

*Il Distretto Socio Sanitario: una identità incompiuta?
Esperienze a confronto*

**INTEGRAZIONE PROFESSIONALE
E CONTINUITA' DELLE CURE: EVIDENZE
DISPONIBILI E GAP DI MANAGEMENT**

di Francesco Longo

Direttore CERGAS – Università Bocconi

Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale

Bari, 27 ottobre 2011

AGENDA

- Invocare risorse aggiuntive per il territorio?
- Modelli organizzativi emergenti del distretto
- Integrazione professionale e continuità delle cure: definizioni
- Evidenze quantitative disponibili
- So what?

Risorse aggiuntive per il territorio? 1/2

Codice Ambito		Mediana costo per res	Media costo per res	% 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 semiresidenziali 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	Domiciliari	€ 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%	

- I costi per funzioni amministrative centrali e altri costi non attribuiti sono stati ripartiti sugli altri ambiti proporzionalmente al loro peso relativo;
- Di conseguenza, i primi tre ambiti pesano ora ancora di più in percentuale, contando per il 71% dei costi.

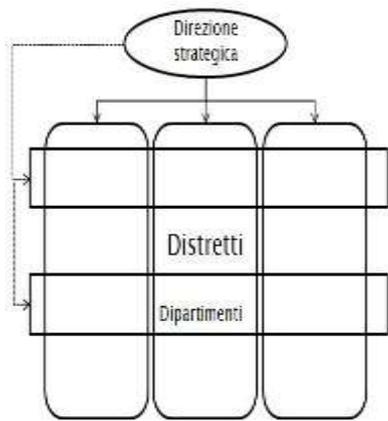
I Risorse aggiuntive per il territorio? 2/2

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	Domiciliari	7%
l1	Materno Infantile	3%
t1	Dipendenze	18%
o1	Hospice	4%
a107	Totale costi per i residenti calcolati "dal basso"	3%

La variazione annua è
calcolata come la
variazione
percentuale tra il
valore di costo del
2006 ed il valore
2009

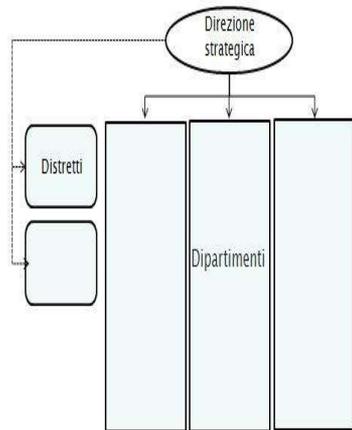
Modelli organizzativi emergenti

**MODELLO
DISTRETTUALE**



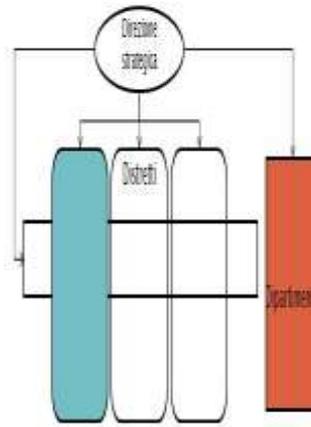
**Avellino
Bassano
Bologna
Cremona
Firenze
Lanciano
Thiene
Trieste**

**MODELLO
DIPARTIMENTALE**



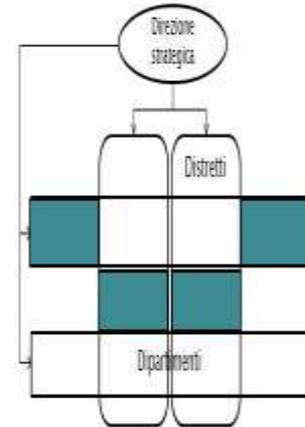
**Alba
Piacenza
Savona**

**MODELLO
MISTO**

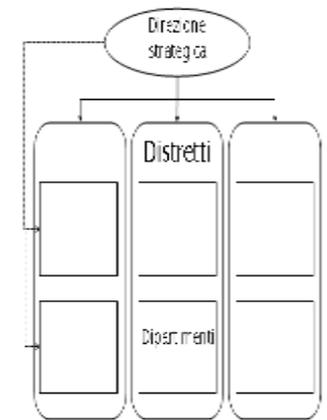


Roma E

**MODELLO
SOVRAPPOSTO**

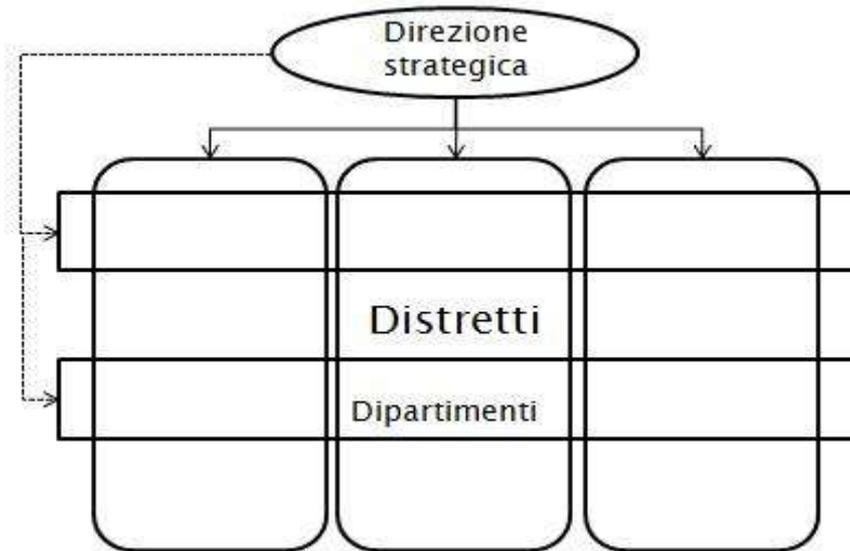


**MODELLO
DISTRETTUALE
SUBARTICOLATO**



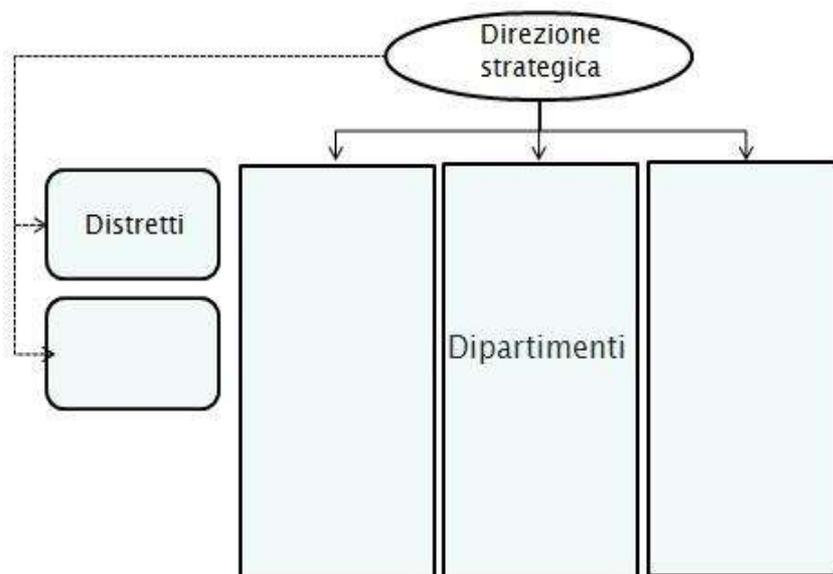
Ferrara

Aziende prevalentemente Distrettuali: analisi sui dati di budget



	Avellino	Bassano	Bologna	Cremona	Firenze	Lanciano	Thiene	Trieste
Budget territoriale (comprensivo di costi funzioni centrali e tecnico-amministrative ripartite)	€ 218.669.000	€ 191.517.327	€ 368.734.762	€ 511.025.631	€ 828.342.964	€ 243.813.000	€ 96.250.410	€ 396.294.000
Budget Distrettuale	€ 210.417.000	€ 185.971.853	€ 335.061.214	€ 502.353.804	€ 770.032.165	€ 217.353.727	€ 89.239.602	€ 359.641.325
Budget Dipartimenti territoriali	€ 8.252.000	€ 5.545.474	€ 33.673.548	€ 8.671.827	€ 58.310.799	€ 26.459.273	€ 7.010.808	€ 36.652.675
% Budget Distrettuale	96%	97%	91%	98%	93%	89%	93%	91%
% Budget Dipartimenti territoriali	4%	3%	9%	2%	7%	11%	7%	9%

Aziende prevalentemente Dipartimentali: analisi sul numero di dipendenti



	Alba	Piacenza	Savona
Dipendenti territoriali (comprensivo di personale	532		1.534
Dipendenti assegnati ai Distretti	-		10
Dipendenti assegnati ai Dipartimenti territoriali*	532		1.524
% Dipendenti Distrettuali	0%	0%	1%
% Dipendenti Dipartimenti territoriali	100%	100%	99%

Definizioni del concetto di continuità delle cure nella letteratura internazionale:

Haggerty, Freeman et al. (2003) individuano tre tipologie di continuità:

- “***Informational continuity***”, basata sull’utilizzo di informazioni relative alla storia clinica del paziente per assumere decisioni relative al suo percorso di cura
- “***Management continuity***”, basata sulla gestione dei bisogni in continua evoluzione dei pazienti
- “***Relational Continuity***”, basata sulla stabilità e interattività della relazione tra pazienti e professionisti

Tipologie di misurazione della continuità:

- 1. Misure di continuità informativa:**
completezza delle informazioni trasferite;
trasferimento di conoscenza.
- 2. Misure di consistenza del piano manageriale:**
rispetto dei piani sulle visite di follow up; rispetto di
protocolli specifici per patologia.
- 3. Misure longitudinali:**
durata della relazione con uno o più professionisti;
concentrazione di pazienti in cura da un
professionista; sequenzialità delle cure.
- 4. Misure relazionali:**
misure di affiliazione e intensità della relazione

Definizioni

1. INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

- Continuità informativa tra i care giver**
- Coerenza del piano manageriale: consistenza dei percorsi adottati dai care giver**

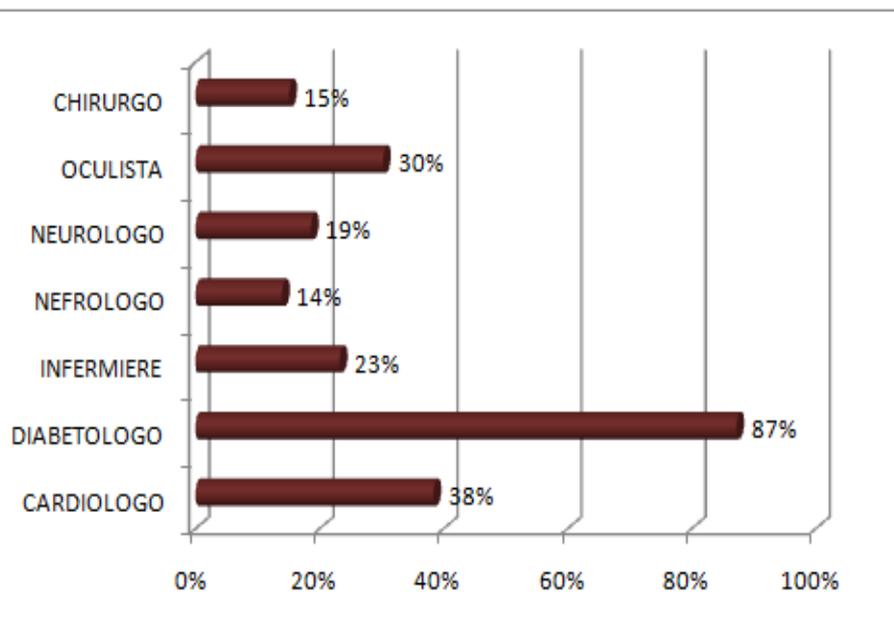
2. CONTINUTA' DELLE CURE PERCEPITA DAI PAZIENTI E LORO FAMILIARI

- Stabilità longitudinali: permanenza nel tempo degli stessi care giver**
- Intensità relazionale**

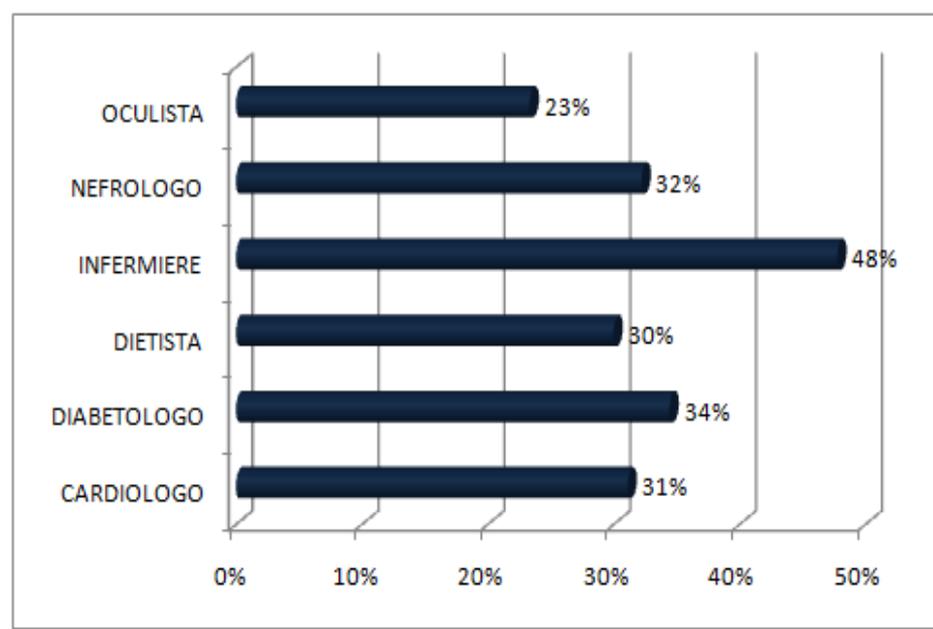
EVIDENZE. Es. Diabete -Indicatori di integrazione tra specialisti ospedalieri e MMG 1/3

SPECIALITA' DEI PROFESSIONISTI CON CUI MMG E SPECIALISTI SI RELAZIONANO NEL PERCORSO:

MMG:



SPECIALISTI:



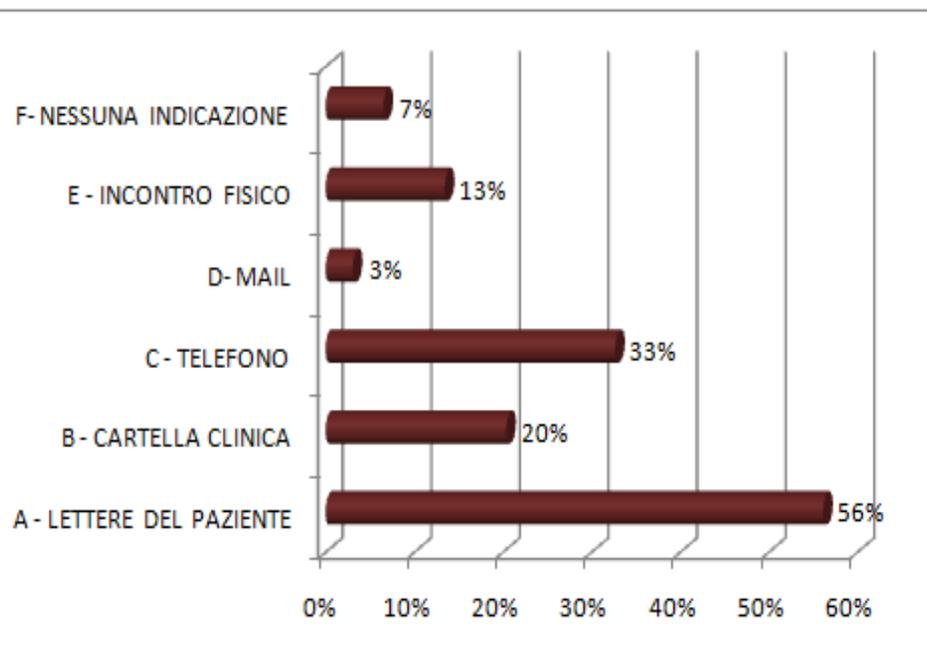
L'87% dei MMG del campione si relaziona con almeno un diabetologo. Percentuali molto più basse per le altre specialità (cardiologo 38%, oculista 30%, infermiere 23%).

La prima figura professionale con cui si relazionano gli specialisti è invece quella dell'infermiere (il 48% degli specialisti si relaziona almeno con un infermiere); seguono diabetologi (34%), nefrologi, cardiologi e dietisti.

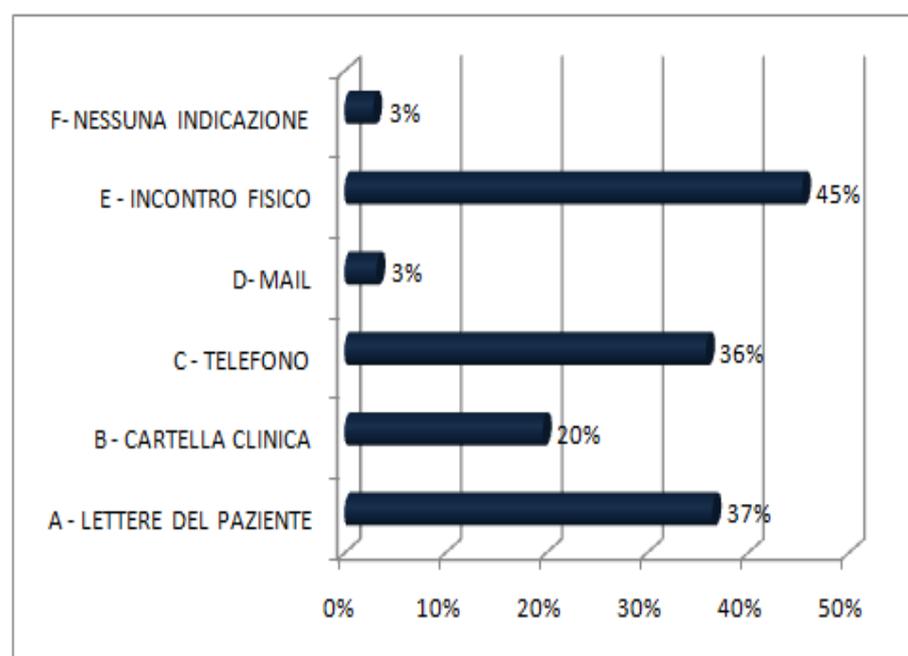
Diabete - Indicatori di integrazione tra specialisti ospedalieri e MMG 2/3

MODALITA' DI COMUNICAZIONE DI MMG E SPECIALISTI CON GLI ALTRI PROFESSIONISTI:

MMG:



SPECIALISTI:



I MMG comunicano con gli altri professionisti prevalentemente attraverso lettere dei pazienti o telefono.

Gli specialisti prevalentemente attraverso incontro fisico e lettera del paziente.

Diabete - Indicatori di integrazione tra specialisti ospedalieri e MMG 3/3

	MMG - Diabete	Specialisti - diabete	Sintesi MMG e Specialisti
% professionisti individuati che lavora in struttura ospedaliera	58%	68%	63%
Numero medio contatti telefonici tra professionisti nell'ultimo anno	12	18	15
Numero medio contatti via mail tra professionisti nell'ultimo anno	0,12	2	0,93
Numero medio incontri fisici tra professionisti nell'ultimo anno	5	40	23
Numero medio incontri extra-professionali tra professionisti	2	5	3
% di pazienti visitata da entrambi i professionisti	29%	41%	35%
% di pazienti visitata sia dal MMG/ Specialista che compila il questionario sia da altri professionisti che lavorano nella struttura del professionista con cui si relaziona	32%	36%	34%
Livello medio di accordo tra i professionisti sui protocolli diagnostici terapeutici (scala 1-5)	3,80	4,08	3,96
Livello medio di utilizzo da parte dei professionisti dello stesso database informativo (scala 1-5)	2,43	2,74	2,60

Diabete - Indice sintetico di integrazione professionale

	MMG - Diabete	Specialisti - Diabete	Valore medio nel percorso
Frequenza dello scambio informativo interprofessionale	1,30	5,00	3,64
Livello di condivisione tra i professionisti dei PDTA	3,80	4,08	3,96
Livello di condivisione e utilizzo di sistemi informativi comuni	2,43	2,74	2,60
Indice sintetico di integrazione professionale	2,51	3,94	3,40

L'indice sintetico medio di integrazione professionale per il percorso del diabete all'interno del campione di aziende, in una scala da 1 a 5, è di 3,40.

Esso è più elevato negli specialisti (3,94) che nei MMG (2,51): gli Specialisti presentano maggiori livelli di integrazione per tutte e tre le dimensioni di analisi.

Indice sintetico di integrazione professionale per diabete, BPCO, tumore terminale domiciliare

	PERCORSO DIABETE			PERCORSO BPCO			PERCORSO TUMORE		
	MMG - Diabete	Specialisti - Diabete	Valore medio nel percorso	MMG - BPCO	Specialisti - BPCO	Valore medio nel percorso	MMG - Tumore	Specialisti - Tumore	Valore medio nel percorso
Frequenza dello scambio informativo interprofessionale	1,30	5,00	3,64	1,12	5,00	3,50	1,54	5,00	3,71
Livello di condivisione tra i professionisti dei PDTA	3,80	4,08	3,96	3,83	3,93	3,88	4,14	3,86	3,99
Livello di condivisione e utilizzo di sistemi informativi comuni	2,43	2,74	2,60	2,55	3,14	2,86	2,73	2,80	2,77
Indice sintetico di integrazione professionale	2,51	3,94	3,40	2,50	4,02	3,41	2,80	3,89	3,49

Gli indici sintetici per i 3 percorsi risultano tendenzialmente allineati: tumore 3,49, BPCO 3,41 e diabete 3,40.

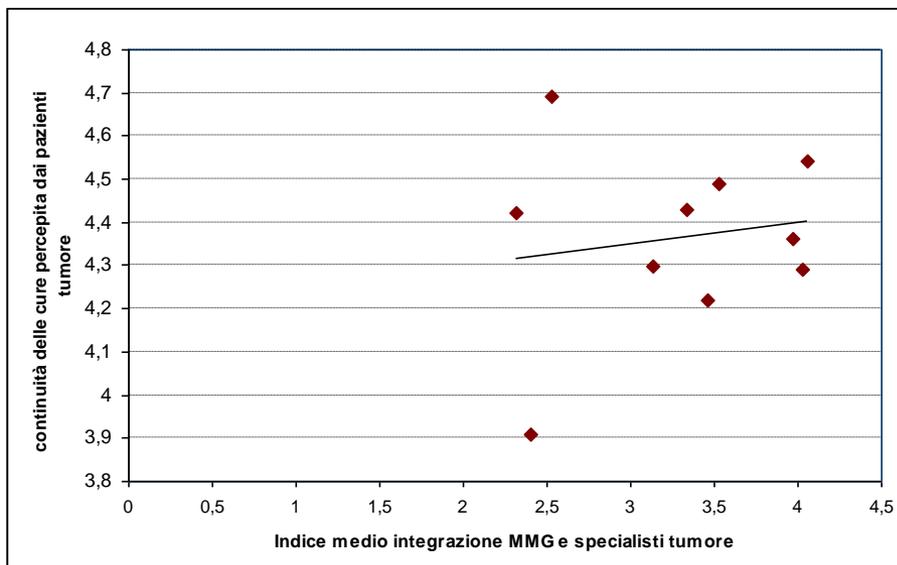
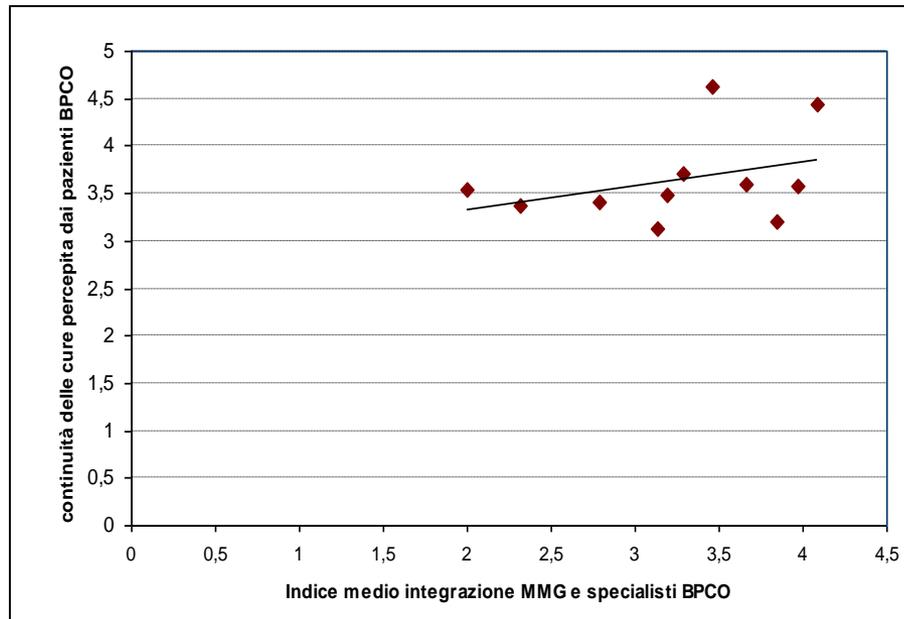
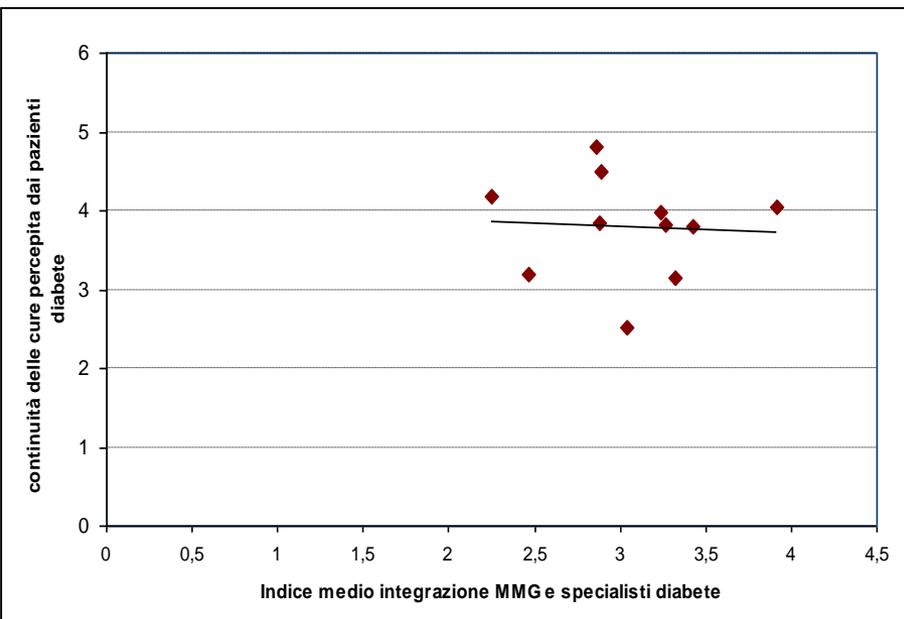
In tutti i percorsi il valore degli specialisti è più elevato rispetto a quello dei MMG.

Indice sintetico di continuità percepita dai pazienti nei tre percorsi per patologia

	Valore medio nel percorso per il Diabete	Valore medio nel percorso per la BPCO	Valore medio nel percorso per il Tumore
Indice medio di continuità longitudinale	3,33	3,00	5,00
Indice medio di accessibilità	3,82	3,77	4,10
Indice medio di qualità delle relazioni	4,17	4,15	4,41
Indice medio di unitarietà diagnostico terapeutica percepita	3,90	3,79	4,16
Indice sintetico di continuità percepita delle cure	3,81	3,68	4,42

L'indice sintetico medio di continuità percepita per il percorso del tumore è il più elevato dei tre percorsi per patologia (4,42); gli indici per il diabete (3,81) e per la BPCO (3,68) presentano valori tra loro omogenei.

Relazione tra integrazione professionale e continuità percepita dai pazienti nei 3 percorsi



So what? Implicazioni manageriali 1/2

- Integrazione professionale e continuità percepita possono essere misurate
- Raro oggetto di lavoro operazionalizzato
- Integrazione su singolo percorso/processo
- Integrazione e continuità percepita dai pazienti sono due dimensioni indipendenti tra di loro => distinti oggetti di lavoro

So what? Implicazioni manageriali 2/2

- Definire chi deve comunicare con chi?
- Evitare comunicazioni inefficienti: riunioni, telefonate
- Ingegnerizzare le comunicazioni, in modo asincrono e documentato
- Riunioni solo per audit e casi esemplificativi
- Ridurre la variabilità dei care giver
- Monitorare e socializzare misure di intensità relazionale