



REGIONE DEL VENETO



REGIONE CALABRIA

Ministero della Salute

Progetto Mattoni SSN

Classificazione delle strutture

Sintesi dei risultati raggiunti

Autonome Provinz
Bozen - Südtirol



Provincia Autonoma di
Bolzano - Alto Adige



REGIONE MOLISE



REGIONE
TOSCANA



PRICEWATERHOUSECOOPERS



Nolan, Norton Italia

INDICE

<i>Gli obiettivi del progetto</i>	<i>3</i>
<i>La metodologia operativa</i>	<i>3</i>
<i>L'elaborazione del modello teorico</i>	<i>3</i>
<i>La realizzazione del modello operativo</i>	<i>5</i>
<i>La realizzazione del supporto informatico di sperimentazione.....</i>	<i>6</i>
<i>La sperimentazione nelle sedi coinvolte</i>	<i>7</i>
<i>L'affinamento costante del modello operativo sulla scorta dei risultati via via prodotti dalla sperimentazione</i>	<i>7</i>
<i>La produzione della manualistica e della reportistica finale.....</i>	<i>8</i>
<i>Risultati attesi e risultati raggiunti</i>	<i>8</i>



Gli obiettivi del progetto

L'obiettivo di questo Mattone è la classificazione delle strutture che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Per ottenere questo risultato si è optato per la costruzione di un modello basato su un approccio modulare adatto alla mappatura delle strutture, indipendentemente dal loro grado di complessità (interna) e/o modello organizzativo, partendo dalle loro unità di offerta minime e finali. Questo obiettivo è stato riassunto nel motto “dal macro al micro”.

La metodologia operativa

La scelta metodologica attuata si è fondata sulle seguenti fasi:

- l'elaborazione del modello teorico;
- la condivisione dello stesso con le sedi di sperimentazione coinvolte;
- la realizzazione del modello operativo;
- la realizzazione del supporto informatico di sperimentazione;
- la sperimentazione nelle sedi coinvolte;
- l'affinamento costante del modello operativo sulla scorta dei risultati via via prodotti dalla sperimentazione;
- la produzione della manualistica e della reportistica finale.

L'elaborazione del modello teorico

La rete delle unità di offerta delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (di seguito chiamate punti di erogazione) si presenta eterogenea non solo tra le diverse Regioni ma anche all'interno delle singole Regioni, oltre che risultare spesso mutevole nel tempo. Per questo motivo, un approccio al problema orientato ad elencare l'insieme di tutte le Tipologie dei Punti di Erogazione, sarebbe destinato ben presto ad infrangersi contro il

muro della complessità e della variabilità spesso caratterizzata semplicemente da questioni etimologiche.

Partendo da questa considerazione è stato elaborato un modello basato sulla semplicità, sulla flessibilità, sulla modularità e sull'uso di categorie concettuali che costituiscono l'alfabeto di una "lingua franca" che permetta la comunicazione tra realtà diverse. La descrizione dei singoli punti di erogazione è stata quindi concettualizzata e categorizzata in modo da poter essere utilizzabile, condivisibile e comunicabile (cfr. le categorie di Kant).

Nasce così il concetto di "Descrittore" (l'entità atomica del modello): un attributo concettuale applicabile ai punti di erogazione; esempi di descrittori sono: il "livello di assistenza", il "target" di utenza, il "regime di assistenza", ecc.

Aggregando diversi Descrittori è stato così possibile isolare le caratteristiche delle singole Tipologie di Punti di Erogazione astraendone le peculiarità; l'insieme di queste peculiarità viene chiamato "Vettore" e identifica una Tipologia di Punto di Erogazione.

Partendo dalle unità minime di offerta è stato possibile inoltre ricostruire l'articolazione organizzativa dei soggetti erogatori, esplicitandone i legami esistenti tra loro. Tale impostazione permette di decodificare strutture complesse, apparentemente diverse tra loro, come scomposizione e aggregazione di unità semplici (Punti di Erogazione). Questo insieme di entità elementari è poi riportabile ad unità attraverso l'esplicitazione dei legami (relazioni) che intercorrono tra le stesse e che spesso rimangono sullo sfondo. Così facendo è stato possibile ridurre di molto la numerosità dei Tipi Punto di Erogazione e, nel contempo, descrivere dettagliatamente e con grande aderenza alla realtà strutture anche molto articolate (un ospedale è visto come l'aggregazione di unità semplici via via aggregate tra loro per formare strutture sempre più complesse).

Per completezza di rappresentazione (per poter arrivare a rappresentare gli intrecci che spesso intercorrono tra soggetti erogatori giuridicamente distinti) è stato previsto anche il



concetto di “titolarità”, intesa come soggetto giuridico a cui fanno capo uno o più Punti di Erogazione, denominando questa entità come Titolare.

La realizzazione del modello operativo

L’approccio teorico descritto sopra è stato tradotto in un modello operativo caratterizzato da due insiemi di elementi: i Descrittori e i Vettori. L’elaborazione dei primi ha richiesto un grande lavoro di selezione, riflessione e affinamento per individuare quelli maggiormente capaci di descrivere compiutamente le caratteristiche peculiari dei Punti di Erogazione. È stato alla fine scelto il seguente elenco di raggruppamenti di Descrittori ciascuno dei quali ulteriormente dettagliato:

- Livello di assistenza organizzativa
- Punto di Erogazione
- Target/destinatari
- Tipologia di attività
- Descrittori dell’erogazione
- Descrittori dell’emergenza
- Specialità e professioni.
- Livello di Assistenza LEA..

L’elenco dei Descrittori ottenuto dalla sperimentazione, tuttavia, non costituisce motivo di rigidità del modello in quanto lo stesso può essere adeguato e adattato alle necessità che si dovessero incontrare nell’uso ordinario del sistema.

Le diverse combinazioni (insiemi) di Descrittori, i Vettori, hanno evidenziato una tipologia di Punti di Erogazione più comunemente riscontrati nella realtà, così come sono stati previsti e descritti nei documenti di programmazione nazionale e regionale.

L'elenco così costruito non nega la possibilità di definire altri Tipi di Punti di Erogazione combinando in modo originale i Descrittori.

La realizzazione del supporto informatico di sperimentazione

Per supportare la sperimentazione del modello attraverso la concreta mappatura della realtà dei siti di sperimentazione coinvolti nel progetto, è stato prodotto un supporto informatico basato su un database relazionale (entità-relazioni), il cui modello è stato condiviso con tutti i soggetti della sperimentazione.

Particolare attenzione è stata posta alla semplicità d'uso attraverso finestre orientate all'utente (ovvero il soggetto sperimentatore), che permettono l'inserimento dei dati agevolmente e, dove possibile, suggeriscono operazioni.

Per la sperimentazione si è scelto di realizzare il software partendo da un prodotto molto diffuso e conosciuto dagli operatori quale MsAccess (nelle sue diverse versioni), riducendo quindi la necessità di formazione generale e focalizzando l'attenzione sulla formazione specifica.

L'attività di sperimentazione ha portato al costante affinamento dei Descrittori da un lato, e dei Tipi Punto di Erogazione (e corrispondenti Vettori) dall'altro; questa attività ha avuto una ricaduta concreta nel costante aggiornamento del sistema informatico, permettendo ai singoli soggetti della sperimentazione una gestione autonoma e semplificata del passaggio tra le diverse versioni del prodotto.

Il software, oltre ad una funzione di data-entry, è stato sviluppato avendo come obiettivo sia la verifica, da parte dell'operatore, della effettiva correttezza e rappresentatività dei dati inseriti, sia la possibilità di avere un'idea delle potenzialità del sistema. Per questo motivo sono state predisposte delle estrapolazioni automatizzate dei dati presenti nell'archivio che, grazie anche ad una notevole semplicità, flessibilità e raffinatezza, permettono di verificare i dati e di ottenere diverse viste sui dati stessi.

La sperimentazione nelle sedi coinvolte

La bontà del modello e del supporto informatico si sono rese manifeste già dai primi incontri formativi e informativi con le varie sedi di sperimentazione.

Il confronto con le varie realtà ha consentito di affrontare e risolvere con facilità le varie eccezioni e peculiarità locali che di volta in volta si evidenziavano, riuscendo in ogni situazione a rappresentare fedelmente la situazione esaminata.

La volontà di validare il modello teorico-operativo ha portato al coinvolgimento di una serie di soggetti nella sperimentazione:

- **la Regione Veneto**, Regione Capogruppo (due Aziende Socio Sanitarie e una Azienda Ospedaliera);
- **la Regione Calabria**, Regione Associata (una Azienda Socio Sanitaria e una Azienda Ospedaliera);
- **la Regione Molise** (una Azienda Sanitaria);
- **la Provincia Autonoma di Bolzano** (una Azienda Sanitaria);
- **la Regione Sardegna** (una Azienda Sanitaria ed una Azienda Ospedaliera);
- **la Regione Toscana** (una Azienda Sanitaria ed una Azienda Universitaria Ospedaliera).

La sperimentazione nelle varie Regioni è stata supportata da un'attività di formazione e informazione sul modello e sull'uso del software di supporto e da una successiva costante supervisione in loco e/o telefonica.

L'affinamento costante del modello operativo sulla scorta dei risultati via via prodotti dalla sperimentazione

Durante tutta la fase della sperimentazione è stato costantemente aggiornato e perfezionato il software e, anche se più marginalmente, il modello operativo (revisione



parziale del set di descrittori). Il confronto tra le varie realtà regionali ha consentito inoltre di affinare la classificazione dei Tipi Punto di Erogazione.

La produzione della manualistica e della reportistica finale

A supporto della sperimentazione, oltre alla fornitura del software e della necessaria formazione, è stato sviluppato un manuale d'uso che è stato fornito (e aggiornato) a tutte le sedi di sperimentazione. È stato, inoltre, predisposto un report finale di progetto che, oltre a descrivere le caratteristiche del modello, esplicita i risultati conseguiti nelle sedi di sperimentazione.

Risultati attesi e risultati raggiunti

Il progetto si proponeva di realizzare una classificazione delle strutture e una mappatura delle stesse nei siti di sperimentazione, al fine di valutare il differenziale informativo nei confronti degli attuali flussi informativi ministeriali.

I risultati ottenuti hanno indubbiamente superato le aspettative: infatti, non solo si è realizzata una classificazione delle strutture, ma si è costituito un metodo basato su una “categorizzazione” che la rende aperta e flessibile, in grado di rappresentare efficacemente le diverse realtà regionali, nonché di essere aggiornata.

Il modello, oltre a consentire un preciso censimento delle unità finali di offerta, attraverso la creazione di strutture intermedie di raggruppamento (ad es. Dipartimento Ospedaliero) e alla possibilità di legare tra loro i diversi Punti di Erogazione mediante la creazione del legame gerarchico, ha consentito di rendere visibili e confrontabili i diversi modelli organizzativi presenti nelle varie realtà anche appartenenti alla medesima tipologia organizzativa (Aziende Sanitarie o Aziende Ospedaliere) all'interno di una stessa Regione.

Il sistema ha dimostrato la propria capacità di supportare estrazioni molto raffinate in grado, da un lato, di evidenziare la distribuzione dei vari Tipi Punto di Erogazione tra i diversi siti di sperimentazione, dall'altro di interrogare il sistema per Tipologie di Punto e/o Descrittore.

È stato interessante notare come diversi siti di sperimentazione hanno censito la propria realtà in modo sostanzialmente sovrapponibile e utilizzando correttamente la Tipologia di Punto di Erogazione: ciò ha dimostrato l'estendibilità del modello a bassi costi di formazione e condivisione.

Per quanto attiene all'integrazione con gli altri Mattoni, si deve rilevare che, a causa e per la natura degli obiettivi che gli sono stati affidati, il Mattone 1 si pone tra le fondamenta del Sistema Informativo Sanitario e la sua realizzazione risulta la base per il successivo sviluppo dell'intero sistema.

In particolare, i Mattoni che hanno come focus le attività sanitarie, ad esempio la residenzialità e la semiresidenzialità e l'assistenza domiciliare, interagiranno con il Mattone 1 al fine di fornire elementi utili a perfezionare e arricchire il contenuto informativo derivante dalla metodologia utilizzata, individuando il grado di specificità e dettaglio utile all'integrazione con i dati relativi alle prestazioni erogate ed erogabili.

Il risultato complessivo derivante dall'integrazione del Mattone 1 con i restanti consentirà, quindi, di fornire tutti gli elementi utili alla realizzazione di un corretto processo di programmazione e controllo ai diversi livelli istituzionali, siano essi locali, regionali o nazionali.

Il raffronto costante tra la rete di offerta garantita, le prestazioni e i servizi sanitari effettivamente erogati ai cittadini, permetterà nel tempo di individuare gli standard quali-quantitativi rispondenti ai potenziali bisogni sanitari della popolazione.

Il modello con il quale è stato sviluppato e testato il progetto Mattone 1 consente di ricondurre ad esso una vasta serie di informazioni aggiuntive legate al singolo punto di

erogazione rispetto a quelle prefissate. Inoltre, beneficiando delle caratteristiche di semplicità, modularità, flessibilità, sarà possibile ricostruire attorno ad esso il sistema di offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari.

A puro titolo esemplificativo si potranno, ad esempio, ricostruire le piante organiche di un'Azienda Sanitaria Locale come somma del personale attribuito ai singoli Punti di Erogazione, così come le attrezzature, i costi, i dati strutturali e qualsiasi altra informazione.

Un'altra area di sviluppo riguarda la possibilità offerta dal modello di rappresentare, oltre che la struttura "gerarchico-organizzativa", anche altri legami come, ad esempio, il concetto di collegamento funzionale e logistico (creazione di raggruppamenti fisici, come i punti di erogazione presenti in un padiglione ospedaliero).

La metodologia individuata dal Mattone 1 fornisce elementi che possono essere utili a rispondere alle cinque priorità individuate dall'Accordo Stato-Regioni del 24 Luglio 2003:

1. Sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza

La rilevazione della rete di assistenza a livello di Punti di Erogazione unita ai Descrittori permetterà di avere la numerosità degli snodi ricettivi dei bisogni sanitari, in modo da avere una proxy numerica della copertura potenziale dei diversi livelli di assistenza, tanto più significativa quanto più omogeneo sarà il dettaglio della rilevazione attuata nelle diverse realtà locali.

2. Cure primarie

Il rilancio delle cure primarie attraverso una rimodulazione organizzativa delle sue forme erogative e la rivisitazione del rapporto tra territorio e ospedale che ne conseguirà, non potrà che partire da una chiara conoscenza della rete di assistenza ad un dettaglio

tale da evidenziare le sinergie e le opportunità di integrazione tra MMG, PLS e operatori del territorio e dell'ospedale sia in termini fisici-logistici che organizzativi.

3. Rete integrata dei servizi sanitari e sociali

L'integrazione dei servizi sanitari e sociali dovrebbe nascere per meglio rispondere alle necessità dei pazienti, quindi il ritorno informativo del Mattone soprattutto in relazione alla natura dei destinatari e della tipologia di attività, permetterà di individuare le opportunità di integrazioni tra operatori sanitari e quelli sociali, utile a garantire un portafoglio di prestazioni e servizi che più che garantire la salute dei cittadini dovrà salvaguardarne la qualità della vita.

4. Centri di eccellenza

La valorizzazione di un centro di eccellenza non può che avvenire in relazione al complesso di una rete di offerta, poiché eccellere vorrà dire anche diventare riferimento di punti di erogazione di una stessa rete, pertanto la logica delle relazioni meglio di altre permetterà di valorizzare la centralità dell'eccellenza all'interno di network complessi quali i SSR.

5. Comunicazione istituzionale

La comunicazione istituzionale, soprattutto quella legata alla prevenzione, per quanto finora si sia sempre avvalsa di messaggi efficaci, dovrà sempre più, in futuro, essere supportata da informazioni accessorie quali le caratteristiche della rete di offerta, che la possano rendere maggiormente fruibile da parte dei destinatari.

In conclusione il contenuto informativo derivante dalla metodologia del Mattone 1 può contribuire a risolvere diverse esigenze, anche se necessita ancora di essere migliorato al fine di essere applicato in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.