

A cura di Francesco Longo, Domenico Salvatore e Stefano Tasselli

# 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

A cura di Francesco Longo, Domenico Salvatore e Stefano Tasselli

# 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

Editore:

**AboutPharma Srl**

Viale Restelli, 5

20124 Milano

Tel. 02.694912.1 - Fax 02.69491269

[aboutpharma@aboutpharma.com](mailto:aboutpharma@aboutpharma.com)

[www.aboutpharma.com](http://www.aboutpharma.com)

## RISULTATI DAL LABORATORIO DI RICERCA

### MISURARE E VALUTARE L'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE E LA CONTINUITÀ DELLE CURE

A cura di Francesco Longo, Domenico Salvatore e Stefano Tasselli

#### **Prefazione**

*Elio Borgonovi* pag. 7

#### **FIASO e Roche: un nuovo modello di partnership**

*Maurizio de Cicco* pag. 11

**I protagonisti del Laboratorio FIASO "Governo del territorio"** pag. 13

**1. Oggetto della ricerca: definizioni, strumenti e misure di valutazione dell'integrazione professionale e della continuità dell'assistenza** pag. 15

1.1 Il concetto di continuità delle cure: breve introduzione pag. 15

1.2 Definizioni puntuali di continuità e integrazione delle cure in letteratura pag. 16

1.3 Metriche comuni di definizione della continuità delle cure pag. 18

1.4 Metodi, strumenti e misure di valutazione della continuità pag. 22

#### *Appendice A*

**Principali tecniche di misurazione della continuità delle cure in letteratura** pag. 24

*segue*

<b>2. Metodo della ricerca: la metodologia d'analisi della seconda fase del Laboratorio FIASO sul governo del territorio</b>	pag. 25
2.1 Una metodologia ibrida e un processo condiviso di definizione con le aziende del Laboratorio	pag. 25
2.2 L'impianto metodologico della ricerca	pag. 26
<i>Note metodologiche per la rilevazione del modello organizzativo aziendale e la rete di offerta di servizi sanitari per le tre patologie</i>	pag. 28
<i>Note metodologiche per la rilevazione del tasso di integrazione professionale</i>	pag. 29
<i>Note metodologiche per la rilevazione della continuità delle cure percepita dai pazienti</i>	pag. 30
<i>Note metodologiche per la realizzazione dei focus group</i>	pag. 31

#### Appendice B

<b>Questionario rivolto ai professionisti e ai pazienti</b>	pag. 33
---	---------

<b>3. Risultati della ricerca: analisi delle principali evidenze emerse dalla seconda fase del Laboratorio</b>	pag. 35
3.1 Dimensioni interpretative dei risultati presentati	pag. 35
3.2 L'organizzazione dell'assistenza da parte delle aziende sul territorio	pag. 35
3.2.1 Posizionamento organizzativo delle aziende	pag. 35
3.2.2 La rete di offerta di servizi sanitari per le tre patologie	pag. 36
3.3 L'integrazione delle cure tra i professionisti: rielaborazione dei dati dei questionari raccolti dalle aziende	pag. 39
3.3.1 Integrazione tra professionisti per la cura del diabete in pazienti con danno d'organo	pag. 40
3.3.2 Integrazione tra professionisti per la cura di pazienti con insufficienza respiratoria grave connessa a BPCO	pag. 43
3.3.3 Integrazione tra professionisti per la cura di pazienti affetti da tumori in fase avanzata in ADO/ADI	pag. 45
3.3.4 Confronto dell'indice di integrazione nei tre percorsi	pag. 47

3.4	La continuità delle cure percepita dai pazienti: rielaborazione dei dati dei questionari raccolti dalle aziende	pag. 47
3.4.1	La continuità delle cure percepita da pazienti affetti da diabete con danno d'organo	pag. 48
3.4.2	La continuità delle cure percepita da pazienti con insufficienza respiratoria grave connessa a BPCO	pag. 49
3.4.3	La continuità delle cure percepita da pazienti affetti da tumori in fase avanzata in ADO/ADI	pag. 49
3.4.4	Confronto dell'indice di continuità delle cure percepita dai pazienti	pag. 51
3.5	Evidenze qualitative emerse dai <i>focus group</i> condotti dalle aziende	pag. 52
3.6	Possibili <i>driver</i> del livello di integrazione professionale	pag. 52

### Appendice C

<b>I risultati analitici complessivi della fase 2 del Laboratorio</b>	pag. 63
---	---------

Struttura macro-organizzativa delle aziende attraverso analisi dei dati di budget 2008 (allocazione risorse finanziarie e umane)	pag. 63
--	---------

Struttura della rete d'offerta territoriale per i tre percorsi per patologia	pag. 67
--	---------

### Conclusioni

<i>Giovanni Monchiero, Francesco Longo, Domenico Salvatore e Stefano Tasselli</i>	pag. 71
---	---------

<b>Indice delle tabelle e dei grafici</b>	pag. 75
---	---------



## PREFAZIONE

Elio Borgonovi

La vita ha una continuità fisica, dalla nascita alla morte e, per i credenti di ogni religione, una continuità metafisica che dura anche dopo la morte in forma diversa. La continuità fisica si riflette sulla continuità dello stato di salute che, ogni giorno, è diverso da ogni altro. Tuttavia si possono individuare due diverse situazioni:

- a. La prima è quella rappresentata da condizioni di benessere fisico e psichico che, pur essendo diverso ogni giorno (nel linguaggio corrente si dice "oggi mi sento particolarmente allegro, euforico, pieno di voglia di fare" oppure "oggi mi sento un po' meno brillante del solito") viene percepito, considerato e valutato dalle persone come normalità.
- b. La seconda, nella quale si manifestano sintomi che inducono a richiedere indagini diagnostiche, stati di malessere persistente o che si ripete con frequenza senza precisi sintomi, cure e interventi di vario tipo che consentono di recuperare uno stato di salute compromesso (ad esempio una frattura, un ictus ecc.) e trattamenti specifici e a volte continui (ad esempio assunzione di farmaci per controllare l'ipertensione o antidepressivi o l'assunzione di insulina ecc.) finalizzati a prevenire il manifestarsi di malattie o a promuovere un migliore benessere fisico-psichico o rivolti a far recuperare condizioni di benessere compromesso.

La continuità dello stato di salute delle persone e di gruppi di persone, come nel caso della "medicina di comunità o dell'igiene pubblica", non può e non ha mai trovato continuità nell'offerta di servizi di tutela della salute. La percezione di un bisogno di salute (in presenza di una sintomatologia evidente e conclamata o di fronte a situazioni asintomatiche di malessere duraturo) e la richiesta di atti idonei a ricercare le cause di tali situazioni, diagnosi, cura, riabilitazione sono eventi discontinui.

L'offerta di atti, prestazioni, servizi si configura come atti medici o in genere assistenziali, sempre più spesso collegati all'uso di strumenti (per diagnosi, interventi chirurgici, trattamenti di altro tipo o la somministrazione di farmaci o altre sostanze adiuvanti), spesso nell'ambito di strutture fisiche (ospedali, centri diagnostici o di riabilitazione, ambulatori di medici di medicina generale o cure primarie, singoli o associati, strutture di riabilitazione per postdegenza o lungodegenza, strutture "protette" e altro). Ciò è stata anche



la conseguenza del processo di progressiva e accentuata specializzazione di tipo scientifico e organizzativo che ha caratterizzato la società moderna.

Il tema del rapporto tra “specializzazione” e “considerazione unitaria e complessiva” della persona che ha esigenze di salute è aperto sul piano scientifico della ricerca di procedure o metodiche assistenziali, forme di consultazione, organizzazione interdisciplinare dell’attività diagnostica, terapeutica e riabilitativa.

Il dibattito è altresì aperto sul piano organizzativo in una realtà nella quale si sono sviluppate competenze professionali, istituzionali (si veda il problema del rapporto tra Comuni o Aziende sanitarie nel campo dei servizi socio-sanitari, delle strutture di accoglienza stabile per anziani, portatori di disabilità, persone non autosufficienti con presenza di figure mediche o sanitarie e di figure socio-assistenziali), del passaggio delle persone in diverse strutture al manifestarsi di differenti eventi. Conoscenze, competenze, esperienze, capacità di medici, infermieri, altri professionisti, funzioni e responsabilità giuridiche, ruoli e mansioni organizzative, strutture fisiche si sono specializzati con l’obiettivo di massimizzare l’efficacia, la qualità di specifici trattamenti, della condizione di salute dei pazienti e al fine di aumentare l’efficienza e la produttività nell’uso delle risorse. Tra le tante classificazioni sembra opportuno richiamare in questa sede quella delle fasi pre-acute, della diagnosi (precoce di fronte a sintomi conclamati ed evidenti), del trattamento delle fasi acute delle malattie, della fase post acuta e dell’assistenza di lungo periodo o continua.

I sistemi di offerta di singoli “professionisti” della salute, di strutture giuridiche e fisiche, le scelte e gli sviluppi strategici, le modalità di finanziamento, i sistemi di programmazione degli obiettivi e quelli di monitoraggio, controllo e valutazione dei risultati si sono orientati, negli ultimi decenni, sull’introduzione di logiche, strumenti, metodi, tecniche per migliorare l’appropriatezza, la qualità delle prestazioni, la soddisfazione reale o percepita dei pazienti, la produttività, l’efficienza, la riduzione dei costi a parità di efficacia assistenziale e di qualità con riferimento ai singoli eventi, fasi, strutture di ricovero. Si è così sviluppato un sistema di offerta nel quale, anche nei casi di eccellenza e di elevata funzionalità e razionalità, si perseguono “ottimi parziali” che, tuttavia, non garantiscono “l’ottimo complessivo” per il paziente sul piano assistenziale e per il sistema, sul piano economico. Coerentemente con il postulato matematico secondo cui nei sistemi complessi la somma o la combinazione degli ottimi parziali non garantisce l’ottimo generale e coerentemente con l’evidenza dell’attuale crisi, che dimostra come il perseguimento degli “ottimi parziali” delle singole banche e imprese non hanno garantito una sostenibilità del sistema economico globale, anche nel campo della tutela della salute si è posta una riflessione sull’esigenza di affrontare l’organizzazione della struttura di offerta recuperando in termini concettuali ma, soprattutto, concreti e operativi, l’impostazione della continuità assistenziale. Si tratta di una condizione indispensabile per garanti-

re in futuro la sostenibilità operativa ed economica dei sistemi di tutela della salute. Questo principio va preso in considerazione su diversi fronti affrontati nel presente lavoro anche sulla base dell'analisi di esperienze positive: quello del rapporto tra medici di medicina generale o di cure primarie sul territorio e assistenza ospedaliera; quello del rapporto tra chi si assume la responsabilità primaria di un paziente e medici specialistici nell'ambito delle strutture di cura e riabilitazione che possono dare il loro contributo di conoscenze sui vari aspetti della condizione del paziente; quello della continuità del rapporto tra assistenza delle fasi acute nelle strutture e assistenza post acute, comprese le forme della home care, dell'ADI (assistenza domiciliare integrata) o di altre soluzioni.

Il presente volume, quindi, affronta una problematica "trivalente" (usando il termine che si usa per i vaccini): sul piano scientifico e di cultura unitaria della salute; sul piano dell'appropriatezza e della più elevata soddisfazione dei pazienti; sul piano della spesa complessiva (non del costo di specifici trattamenti e fasi) e della sostenibilità economica di lungo periodo in un'economia nella quale le risorse sono sempre più limitate di fronte alle enormi opportunità offerte dal progresso scientifico in tutti i campi, compreso quello della tutela della salute.



## FIASO E ROCHE: UN NUOVO MODELLO DI PARTNERSHIP

Maurizio de Cicco, Amministratore Delegato Roche SpA

La collaborazione di Roche con FIASO nell'ambito del "Laboratorio sul Governo del Territorio", giunta ormai al secondo anno, è una dimostrazione di come l'Azienda vuole fortemente essere il partner di riferimento per i soggetti istituzionali qualificati e d'eccellenza che operano per la promozione dell'innovazione sostenibile in sanità.

Partnership che ha il duplice scopo di introdurre in misura crescente strumenti manageriali all'interno delle Aziende sanitarie e di migliorare, attraverso di essi, la qualità dell'offerta di cure e di assistenza rivolta ai pazienti e ai cittadini.

Roche, con il sostegno fornito al Laboratorio, dimostra concretamente, giorno dopo giorno, di assumersi la responsabilità di un nuovo ruolo nel panorama sanitario nazionale: quello di Azienda leader della salute fortemente impegnata nel collaborare con interlocutori istituzionali di riconosciuto spessore nella promozione di una cultura manageriale dell'innovazione in sanità.

Una missione, questa per Roche, ancora più responsabilizzante in un contesto come quello attuale in cui i crescenti vincoli di bilancio a livello statale e regionale e la correlata esigenza di investire le risorse a disposizione nella maniera più efficace e appropriata possibile, inducono tutti gli attori sanitari a collaborare per introdurre forme di gestione che privilegino l'eccellenza da un lato e l'efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi dall'altro.

La prima fase del Laboratorio ci ha consentito di esplorare in quali ambiti assistenziali e per quali attività vengono utilizzate le risorse delle Aziende sanitarie. Con questa seconda, fase siamo entrati ancora di più nel merito dell'innovazione organizzativa, analizzando quali modelli gestionali possono consentire ai professionisti del mondo della sanità di integrarsi e coordinarsi nel modo più appropriato ed efficace possibile.

La partnership tra FIASO e Roche, quindi, rappresenta e rappresenterà una collaborazione d'eccellenza nel panorama della sanità italiana, finalizzata alla crescita della conoscenza delle dinamiche e dei processi che governano il sistema e a fornire gli strumenti manageriali per incrementare sempre di più la qualità dell'assistenza offerta ai pazienti e ai cittadini.



## I PROTAGONISTI DEL LABORATORIO FIASO "GOVERNO DEL TERRITORIO"

Il lavoro e l'impegno condiviso dai partecipanti al Laboratorio FIASO ha prodotto questo report. È 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  
Fosco Foglietta  
Francesco Ripa di Meana  
Franco Rotelli  
Nicola Pinelli  
Lorenzo Terranova

### ASL 2 Avellino

Maria Luisa Pascarella  
Paola Lauria  
Maria Rosaria Troisi

### CERGAS Bocconi

Francesco Longo  
Domenico Salvatore  
Stefano Tasselli

### ULSS 3 Bassano

Cristina Beltramello  
Cristina Velludo

### ASS 1 Triestina

Marco Braidà  
Paolo Da Col  
Maila Mislej  
Mario Reali  
Marco Spano  
Chiara Strutti  
Rosolino Trabona

### AUSL Bologna

Massimo Annichiarico  
Ilaria Castaldini  
Gabriele Cavazza  
Adalgisa Protonotari  
Fausta Tamburini

### ASL CN 2 ALBA BRA

Michele Parodi  
Cristina Peirano  
Andrea Saglietti

### ASL 8 Cagliari

Pino Frau  
Rina Bandinu

*Si ringraziano in particolar modo i Dottori Giovanni Monchiero, Francesco Ripa di Meana e Franco Rotelli per il grande e costante sostegno istituzionale dato al Laboratorio. Si ringraziano i Dottori Lorenzo Terranova e Nicola Pinelli per il supporto operativo fornito durante la ricerca. Si ringrazia Stefania Mele per il prezioso contributo fornito nell'elaborazione e analisi dei dati.*

---

**ASL della Provincia di Cremona**

Francesco Forzani  
Salvatore Mannino  
Bruna Masseroni

---

**AUSL Piacenza**

Ermanno Bongiorno  
Filippo Celaschi  
Maria Gasparini  
Enzo Pisati  
Enrico Sverzellati  
Giovanni Tamarri

---

**AUSL Ferrara**

Stefano Carlini  
Marcello Cellini  
Sandro Guerra

---

**ASL Roma E**

Camillo Giulio De Gregorio  
Tino Gori  
Mauro Goletti  
Maria Rosaria Romagnuolo

---

**AS 10 Firenze**

Carla Buonamici  
Mariella Grimaldi  
Laura Peracca  
Stefano Tedici

---

**ASL 2 Savonese**

Claudia Agosti  
Claudio Balbi  
Luca Garra  
Maurizio Modenesi

---

**ASL Lanciano - Vasto**

Alfredo Cordoni  
Paolo Mascitti  
Vincenzo Orsatti  
Salvatore Vallone

---

**ULSS 4 Thiene - Alto Vicentino**

Oliveria Cordiano  
Liliana Rappanella  
Anna Maria Scalzeri  
Giulia Ullucci

## 1. OGGETTO DELLA RICERCA: DEFINIZIONI, STRUMENTI E MISURE DI VALUTAZIONE DELL'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE E DELLA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA

### 1.1 IL CONCETTO DI CONTINUITÀ DELLE CURE: BREVE INTRODUZIONE

Il tema della continuità delle cure e della sua misurazione è da decenni al centro degli studi di management sanitario. A dimostrazione di tale interesse, l'argomento è stato affrontato da molti autori in letteratura (Freeman, Hjortdahl, 1997; Freeman, Shepperd et al., 2001; Haggerty, Freeman et al., 2003) e parallelamente da numerose ricerche, commissionate da centri di ricerca o governi, che rientrano nella cosiddetta *grey literature* (ad esempio, *National Commission on Community Health Services*, 1966; HM Government, 1999 e 2001; Haggerty, Reid and Mc Grail, 2001).

L'esigenza di favorire e incentivare la continuità assistenziale è stata percepita già dagli anni Sessanta, in particolare nell'esperienza nordamericana, come una componente fondamentale di un "esaustivo processo di cura", messaggio ribadito dalla *National Commission on Community Health Services*, che nel 1966 affermava: «Ogni individuo dovrebbe avere un medico personale che rappresenti il punto centrale per l'integrazione e la continuità di tutti i servizi medici e non medici relativi al singolo paziente» (*National Commission on Community Health Services*, 1966).

Gli obiettivi attesi dalla continuità sono essenzialmente due:

- 1) una maggiore efficienza delle cure, attraverso la razionalizzazione del servizio sulla base delle effettive esigenze di salute manifestate dal paziente e percepite dal medico curante;
- 2) un aumento della soddisfazione di medici e pazienti, attraverso relazioni interpersonali più durature e strutturate.

Lo sviluppo dell'interesse verso tale approccio, in assenza di un *framework* epistemologico condiviso, ha condotto però a un progressivo allargamento dei confini dell'oggetto di analisi, non accompagnato da un parallelo rigore concettuale e metodologico.

Al concetto di continuità delle cure, perciò, si sono ben presto accostati concetti quali "continuum delle cure", "coordinamento delle cure", "case management", "disease management" e altri, in un contesto di sovrapposizione terminologica in cui diventa spesso difficile associare ai diversi *label* oggetti di misurazione dai confini realmente identificabili e ben definiti (Haggerty, Reid and Mc Grail, 2001; Haggerty, Freeman et al., 2003).

All'interno del Laboratorio sul Governo del Territorio, condotto in partnership tra FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) e CER GAS Bocconi, è stata definita una metodologia di rilevazione del livello di continuità e di integrazione delle cure,



con il duplice obiettivo di identificare e illustrare le relazioni tra le caratteristiche dell'organizzazione e l'integrazione delle cure tra i professionisti e le relazioni tra l'integrazione dei professionisti e la continuità assistenziale percepita dai pazienti. Obiettivo di tale modello di rilevazione, dopo una fase di sperimentazione sulle 14 aziende del Laboratorio, è quello di diventare un metodo nazionale di riferimento per la misurazione della continuità.

## 1.2 DEFINIZIONI PUNTUALI DI CONTINUITÀ E INTEGRAZIONE DELLE CURE IN LETTERATURA

La letteratura fornisce molte e distinte definizioni di "continuità assistenziale", che si differenziano tra loro per l'ambito sanitario in cui si sono sviluppate e per la classificazione delle diverse tipologie e dimensioni di analisi.

Haggerty, Freeman et al., nell'ambito di uno studio commissionato dal Governo canadese, hanno individuato 2.439 documenti (pubblicati su riviste scientifiche e non) dedicati al tema della continuità delle cure nel periodo compreso tra il 1966 e il 2001, analizzandone 583 giudicati rilevanti per il loro contributo concettuale al tema oggetto di indagine (Haggerty, Freeman et al., 2003).

L'analisi del materiale presente in letteratura condotta dagli autori, e della sua frammentarietà, suggerisce di non concentrarsi su una definizione unitaria e onnicomprensiva di "continuità", ma di ricercare una definizione in sé multidimensionale, costruita su due assi dimensionali: 1) i tipi di continuità e 2) gli elementi concettuali-chiave che li uniscono.

Si possono individuare perciò tre tipi di continuità:

- *Informational continuity*, definita come l'utilizzo di informazioni relative al passato della storia clinica di un paziente e di fatti a lui accaduti per prendere nel presente le decisioni più appropriate circa il suo percorso di cura.
- *Management continuity*, definita come approccio responsabile alla gestione dei bisogni di salute potenzialmente in costante cambiamento di un paziente.
- *Relational Continuity*, definita come la relazione personale iterativa tra un paziente e uno o più professionisti.

Gli elementi concettuali che uniscono tali tipi di continuità sono essenzialmente due:

- 1) la cura del singolo paziente, come avvenimento che genera l'esigenza e richiede la continuità delle cure come modalità di risposta appropriata alla sua problematica di salute;
- 2) la correlata esigenza di trovare modalità di risposta a momenti di emergenza nella cura del paziente, non previsti nella normale routine organizzativa dell'attività medica (ad esempio, necessità di interventi di assistenza in orari non prestabiliti, o necessità di integrazione tra distinte professionalità...).

La continuità delle cure, partendo da tali elementi, può essere definita come il livello attraverso il quale una serie di eventi correlati alla condizione di un paziente viene coordinata da uno o più interlocutori sanitari (medici e non solo), con l'obiettivo di dare una risposta appropriata alla problematica di salute del medesimo paziente.

Haggerty e Reid et al. (Haggerty, Reid and Mc Grail, 2001) hanno sviluppato ulteriormente i termini di tale definizione, specificando che:

- La continuità delle cure deve essere caratterizzata da un approccio "concreto" alla problematica di salute del paziente, atto cioè al miglioramento delle sue condizioni di salute come obiettivo primario, e non allo sviluppo di relazioni tra paziente e professionista e tra professionisti tese a un generico accrescimento delle conoscenze scientifiche su una data patologia. In questo secondo caso, infatti, si parlerebbe non di continuità assistenziale, ma di una sua distorsione, una "meta-continuità", tipicamente "non-assistenziale", in cui l'obiettivo della relazione diventa lo sviluppo informativo della relazione stessa, e delle conoscenze da essa dipendenti, e non la salute del paziente.
- La continuità implica un effettivo trasferimento delle conoscenze tra paziente e professionista e tra professionisti, e non solo la volontà di contribuire all'assistenza senza apporto aggiuntivo in termini informativi.
- La continuità deve essere strutturata in relazioni codificate tra paziente e professionisti, all'interno di un pre-identificato processo di cura.

Non tutti gli autori si riconoscono ovviamente in tale definizione. Freeman e Shepperd et al., ad esempio, hanno classificato i possibili tipi di continuità delle cure in sei categorie logiche, prediligendo un maggior livello di dettaglio (Freeman, Shepperd et al., 2001):

- *Experienced continuity*, definita come un insieme di relazioni tra paziente e uno o più professionisti coordinate a partire dal problema di salute.
- *Continuity of information*, basata sulla necessità dello scambio informativo dei dati clinici del paziente.
- *Longitudinal continuity*, la definizione più tradizionale, individuata come la relazione interpersonale tra il paziente e uno o più professionisti che lo seguono nel tempo.
- *Cross boundary and team continuity*, focalizzata sulla comunicazione tra professionisti.
- *Flexible continuity*, definita come l'insieme degli sforzi dei professionisti per rendere il processo di cura flessibile a seconda delle emergenze.
- *Interpersonal or relational continuity*, definita come l'insieme delle relazioni interpersonali che intercorrono non solo tra il paziente e i professionisti sanitari, ma anche tra gli stessi professionisti che interagiscono nel processo di cura.

Tale definizione multidimensionale di Freeman e Shepperd, pur non apportando ulteriori spunti concettuali alla definizione prima illustrata, illumina un secondo livello concet-

tuale della continuità assistenziale (Freeman, Hjortdahl, 1997; Freeman, Olesen et al., 2003), quello delle relazioni tra i professionisti sanitari (medici e non medici) che partecipano al processo di cura di un determinato paziente e interagiscono tra loro per scambiarsi informazioni circa le condizioni di salute del paziente. Tale particolare aspetto della continuità, analizzato da Freeman e Shepperd in maniera distinta ma complementare negli ultimi tre punti della loro definizione multidimensionale (*Cross boundary and team continuity*, *Flexible continuity* e *Interpersonal or relational continuity*), viene definito con il termine di “integrazione delle cure”, per distinguerlo semanticamente dal termine onnicomprensivo di “continuità delle cure”.

### 1.3 METRICHE COMUNI DI DEFINIZIONE DELLA CONTINUITÀ DELLE CURE

Da queste definizioni è possibile individuare alcuni temi comuni che compaiono nelle multiformi formulazioni del concetto di continuità assistenziale (Haggerty, Reid and McGrail, 2001):

- La continuità è un concetto “individuale”: il principale oggetto di analisi è, infatti, il singolo paziente, e il processo di cura della sua problematica di salute, che coinvolge uno o più professionisti.
- La continuità assume una dimensione temporale che è definita “longitudinale”: essa, infatti, studia le relazioni tra pazienti e professionisti e le loro evoluzioni lungo un arco di tempo.
- La continuità necessita di una “strategia coerente” di cura. Le relazioni tra professionisti e gli scambi informativi, infatti, devono essere orientati al percorso di cura del paziente medesimo e non essere casuali.
- La continuità si struttura lungo una dimensione tipicamente “informativa”: l’oggetto della relazione è l’informazione relativa al passato o al presente del paziente in cura, all’identificazione delle sue problematiche e dei suoi bisogni.

Tali elementi comuni non consentono comunque di tracciare una definizione unanimemente condivisa di continuità, e parallelamente una metodologia uniforme di misurazione.

Tra le ragioni principali di questo fenomeno si rileva il fatto che l’idea di una continuità nell’assistenza, storicamente, si è sviluppata in maniera separata in diversi ambiti assistenziali, per poi essere studiata soltanto in una seconda fase storica come un patrimonio comune a tutta l’assistenza sanitaria rivolta alla persona, e perciò meritevole di attenzione da parte dei Sistemi Sanitari Nazionali.

Dapprima, il concetto di continuità è stato affrontato nella cura delle problematiche connesse alla Salute mentale, con la presenza di studi rivolti a una sua metodologia di misurazione già a partire dall’inizio degli anni Sessanta. L’esigenza di identificare un modello razionale ed efficiente di continuità assistenziale per i pazienti psichiatrici, infatti, era

visto come il primo traguardo per poter sviluppare sforzi organizzativi e politiche volte alla de-istituzionalizzazione e alla possibilità per le persone affette da tali patologie di integrarsi nel tessuto sociale.

Il concetto di continuità ha trovato poi sviluppo in altri ambiti caratterizzati all'esigenza di integrazione delle cure e di scambio di informazioni tra paziente e uno o più professionisti: la Medicina di famiglia, e in particolare la Pediatria (Cassady, Starfield et al., 2000; Stewart, Grumbach et al., 1997), l'assistenza infermieristica, in particolar modo quella domiciliare, e la cura di persone affette da patologie croniche (Freeman, 1985; Rudebeck, 2002).

Se già negli anni Sessanta la *National Commission on Community Health Services*, negli Stati Uniti, aveva auspicato una crescente continuità delle cure, senza però adottare alcuno strumento per realizzarla, è a partire dagli anni Novanta che questo tema è diventato centrale nelle strategie dei Sistemi sanitari nazionali, e in particolare del *National Health System* (NHS) inglese.

Diversi studi commissionati dal Governo britannico a partire dalla metà degli anni Novanta (*Department of Health*, 1997; *HM Government*, 1999 and 2001), infatti, hanno riconosciuto la continuità assistenziale come un obiettivo centrale delle politiche pubbliche in materia sanitaria, sottolineando però, al contempo, una pressoché completa invisibilità di tale tematica nelle scelte di politica pubblica e nelle relative definizioni normative, motivata nella maggior parte dei casi dalle difficoltà di implementazione dovute alle resistenze poste dai professionisti sanitari di fronte a scelte organizzative relative a modifiche dei loro orari di lavoro o prassi operative.

Proprio per rispondere a tali resistenze dei professionisti, l'NHS ha avviato un ripensamento strategico delle modalità per ampliare e rendere più efficace la continuità delle cure, intervenendo con diversi provvedimenti sull'area delle risorse umane (Humphrey, Ehrich et al., 2003). Nello specifico sono state individuate diverse dimensioni della continuità considerate meritevoli di essere incentivate (continuità informativa, integrazione tra professionisti, flessibilità negli orari di lavoro dei professionisti, continuità longitudinale) e dei correlati strumenti per incentivarle, così sintetizzati:

- 1) riconfigurazione dei servizi delle Cure primarie, con incentivazione di forme di *team building* con competenze multi-disciplinari;
- 2) potenziamento dei sistemi informativi, con il supporto delle nuove tecnologie informatiche: l'obiettivo, a tale proposito, è quello di garantire la possibilità per i professionisti sanitari che intervengono nel processo di cura del paziente di scambiarsi le informazioni relative ai dati clinici e alla storia del paziente;
- 3) modalità di lavoro flessibile dei professionisti, con incentivazione di turni maggiormente distribuiti lungo l'arco delle 24 ore;
- 4) definizione di nuovi standard di servizio, con attenzione rivolta alla sicurezza e alla qualità;
- 5) maggiore orientamento ai bisogni dei clienti, con incentivazione di meccanismi di *empowerment*, crescente attenzione ai *feedback* dei pazienti relativamente alla qua-

lità e alla disponibilità del servizio offerto e aumento della comunicazione di informazioni ai pazienti.

La mancanza di un approccio concettuale unitario e ancor meno di una strategia condivisa di implementazione di meccanismi di incentivazione alla continuità assistenziale trovano legittimazione nel disaccordo, in letteratura, anche sugli impatti della continuità in termini di costi per i sistemi sanitario e di appropriatezza delle cure.

I benefici potenziali storicamente ascritti dalla letteratura alla continuità delle cure sono essenzialmente due (Haggerty, 1970; Becker, Drachman et al., 1974; Saultz, 2003):

- 1) una maggiore soddisfazione degli utenti del sistema, attraverso la valorizzazione di relazioni interpersonali strutturate in grado di rendere più stimolante il lavoro per i professionisti medici e di aumentare il senso di cura percepita da parte dei pazienti;
- 2) una maggiore efficienza nei processi di cura, attraverso una crescente razionalizzazione del percorso di cura (e di conseguenza minore rischio di duplicazioni di prestazioni non necessarie), minori costi di transazione e minori asimmetrie informative.

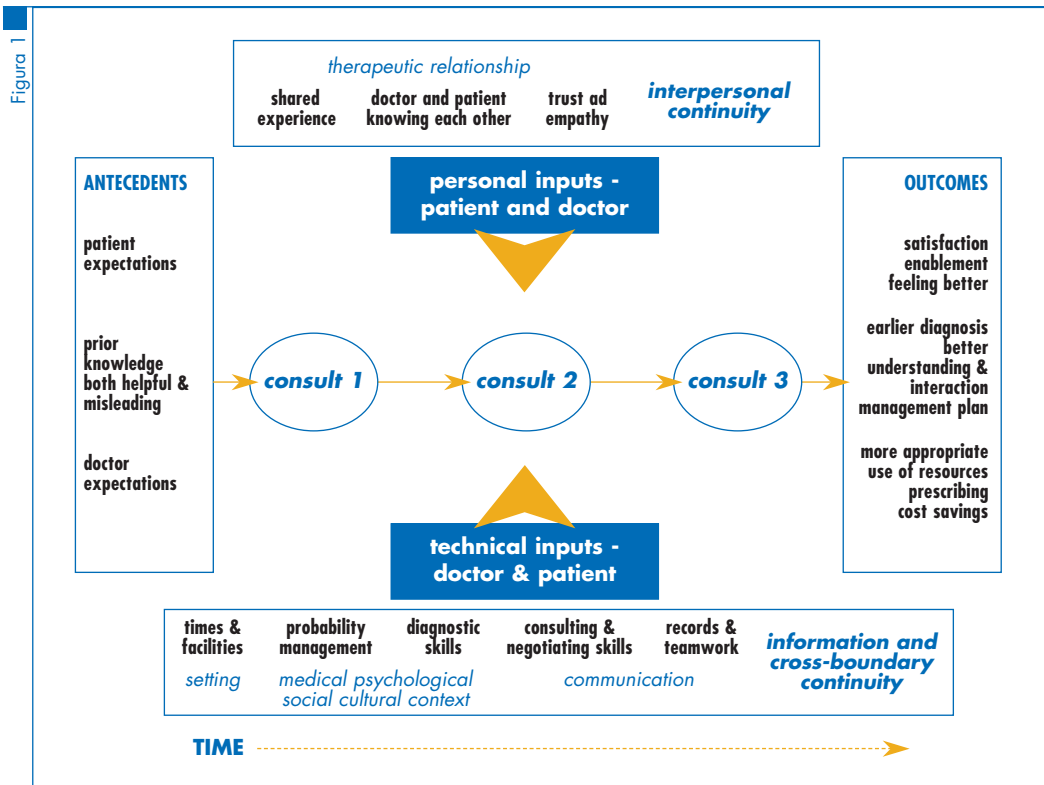
Diversi studi, già a partire dagli anni Sessanta e Settanta, hanno tentato di dimostrare il primo dei due obiettivi, valutando nel complesso un livello di accresciuta soddisfazione personale a seguito dell'introduzione di strumenti di continuità assistenziale, sia dal lato dei professionisti sanitari (Sussman, Caplan, et al., 1967) sia dal lato dei pazienti (Fink, Malloy, Cohen et al., 1969; Haggerty, Reid and Mc Grail, 2001), secondo lo schema logico identificato nella Figura 1 (Freeman, Olesen et al., 2003).

Altri studi, invece, hanno evidenziato come il livello di soddisfazione derivante da accresciuti livelli di continuità nelle cure dipenda spesso dalle condizioni socio-economiche dei pazienti: pazienti particolarmente fragili, e spesso esclusi dalla condivisione di informazioni relative al proprio percorso di cura, si sentono particolarmente soddisfatti della presenza di relazioni stabili con professionisti, mentre lo stesso livello di soddisfazione non si registra in pazienti più evoluti e avanzati socialmente ed economicamente (Becker, Drachman e Kirscht, 1974). Questa evidenza suggerisce come, in determinate circostanze, la soddisfazione del paziente possa essere rivolta non già e non tanto agli effetti della continuità assistenziale sul proprio percorso di cura, in termini di miglioramenti nell'assistenza e maggiore disponibilità di informazioni ricevute dai professionisti, bensì alla gratificazione del rapporto personale con il professionista, ovvero a quel meccanismo di "meta-continuità" che non può essere propriamente associato a una corretta definizione di "continuità assistenziale".

Più contraddittorio, invece, il giudizio sulla maggiore efficienza indotta dalla continuità delle cure (Freeman, Hjortdahl, 1997; Kibbe, Benz et al., 1993).

L'aspetto centrale della continuità assistenziale, ovvero il fatto che il paziente possa scegliere da quale medico o quali medici essere curato e possa stabilire con lui o loro una relazione continuativa, può essere giudicato come potenzialmente in contrasto con uno

**Principali benefici della continuità assistenziale in termini di soddisfazione ed efficienza (Freeman, Olesen et al., 2003)**



degli assunti cardine relativi all'efficienza e all'efficacia dell'assistenza sanitaria moderna, l'immediatezza dell'accesso alle cure (Freeman, Olesen et al., 2003; Kearley, Freeman et al., 2001). La ricerca da parte del singolo paziente del proprio professionista di fiducia, in un contesto di diffusa e unanimemente incentivata continuità assistenziale, potrebbe infatti portare a seri problemi di efficienza, in termini di uso delle risorse professionali (sanitarie e non sanitarie), nella programmazione delle modalità di risposta e di cura, a livello di sistema sanitario, dell'intera popolazione potenzialmente affetta da specifica problematica di salute, oggetto concettuale di riferimento delle scelte di politica sanitaria.

La questione, secondo alcuni studiosi, si presenterebbe perciò addirittura in termini invertiti rispetto a quanto finora analizzato: il problema a livello di sistemi sanitari, infatti, non sarebbe una condizione di assenza di sviluppo della continuità assistenziale, ma la situazione opposta, ovvero il radicamento in molti professionisti e pazienti di distorsioni relazionali e professionali indotte dall'esercizio di forme relazionali definibili di "meta-continuità", in cui alla diagnosi e alla cura clinica si sostituiscono diagnosi e cure basate su modelli bio-psicosociali e fortemente condizionate dal contesto socio economico del

paziente (Engel, 1977; Williams, Frankel, Campbell et al., 2000). È significativa, a tale proposito, la frase citata da uno studioso inglese, nel suo tentativo di convincere un gruppo di Medici di famiglia del fatto che la relazione interpersonale con i propri pazienti non sia l'elemento centrale della loro professionalità: «Come un chirurgo senza il bisturi è pur sempre un chirurgo, così un medico di medicina generale senza la continuità interpersonale è pur sempre un medico di medicina generale» (Mcwhinney, 1997).

L'assenza di *framework* condivisi relativi alla determinazione concettuale, e all'analisi dei potenziali benefici attesi della continuità assistenziale, si riflettono nell'assenza di modalità unanimemente condivise e olistiche di valutazione e misurazione degli effetti della continuità sulla qualità dei servizi assistenziali.

#### 1.4 METODI, STRUMENTI E MISURE DI VALUTAZIONE DELLA CONTINUITÀ

Diversi studi hanno tentato di misurare la continuità delle cure, prendendo a oggetto determinati ambiti assistenziali (in particolare, Salute mentale e Medicina di Famiglia) o determinate categorie di pazienti particolarmente bisognosi di integrazione dell'assistenza (tendenzialmente, bambini e pazienti affetti da patologie croniche).

Haggerty e Reid et al. (Haggerty, Reid and Mc Grail, 2001) hanno individuato quattro categorie che sintetizzano le differenti modalità di misurazione della continuità:

- **Misure longitudinali:** rilevano la durata della relazione nel tempo tra paziente e professionisti sanitari e l'intensità con cui tale relazione si sviluppa.
- **Misure di consistenza del piano manageriale:** rilevano l'aderenza delle cure effettivamente erogate ai pazienti rispetto al percorso di cura più efficace per lo specifico problema di salute, e monitorano l'impegno dei professionisti sanitari nel programmare tale percorso per il paziente. Uno degli indicatori più diffusi, ad esempio, è il rispetto dei piani di visite ed esami previsti per il *follow up*.
- **Misure di continuità informativa:** rilevano il livello di disponibilità e di accessibilità delle informazioni a disposizione di professionisti e pazienti, le modalità con cui l'informazione è trasmessa e l'aderenza dell'informazione trasmessa rispetto a quella potenzialmente disponibile.
- **Misure relazionali:** rilevano l'intensità del legame tra paziente e professionista, attraverso misure di fiducia, empatia, scambio di informazioni. Sono misure di tipo prevalentemente qualitativo e sono rilevate attraverso interviste e questionari.

Un dettaglio dei principali oggetti di misurazione di tali categorie, delle tecniche di misurazione e dei vantaggi e svantaggi, è illustrato nell'Appendice A a pagina 24.

In specifici ambiti assistenziali, diversi autori hanno tentato di rilevare in maniera integrata il livello di continuità delle cure.

Con riferimento alla Salute mentale, ad esempio, si possono individuare molteplici studi

focalizzati sulla misurazione della continuità (Shern, 1994; Bindman, Johnson, et al., 2000; Adair, McDougall, et al., 2003). Shern, ad esempio, ha condotto un'analisi su oltre 1.000 pazienti affetti da disturbi mentali, individuando cinque indicatori chiave di analisi:

- 1) esistenza di un *case manager*;
- 2) cambiamenti nel *case manager*;
- 3) capacità di rispondere ai bisogni improvvisi;
- 4) numero di bisogni soddisfatti;
- 5) livello di coinvolgimento dei pazienti nei percorsi di cura.

Dallo studio effettuato, l'autore ha dimostrato la presenza di ampie differenze organizzative nei processi di cura e nei livelli di continuità, ma non ha individuato significative differenze negli *outcome* clinici per effetto di maggiori livelli di continuità (Shern, 1994). Un altro studio, su un campione di oltre 340 pazienti affetti da disturbi psichici, ha misurato tre indicatori di continuità:

- 1) l'accessibilità del servizio;
- 2) il numero di dipendenti amministrativi dedicati alla salute mentale sul numero totale dei professionisti, come *proxy* dello sforzo amministrativo rivolto alla continuità;
- 3) il tempo speso dai pazienti per programmare le modalità di accesso ai servizi (Bindman, Johnson, et al., 2000).

Con riferimento invece alla Medicina di Famiglia, uno studio di Cassady, Starfield et al. ha rilevato il livello di continuità attraverso indicatori strutturati lungo quattro dimensioni di analisi:

- 1) la longitudinalità della relazione;
- 2) l'accessibilità del primo contatto con il sistema;
- 3) l'eshaustività dei servizi offerti;
- 4) il coordinamento dei servizi.

Tale studio, condotto su oltre 450 pazienti con riferimento nello specifico alla pediatria, ha evidenziato la difficoltà di strutturare metodologie complete di studio del livello di continuità, e suggerisce per il futuro una semplificazione della metodologia di analisi, ricorrendo a un minore numero di *items* (Cassady, Starfield, et al., 1998).

In sintesi, perciò, in letteratura si evidenzia la presenza di molteplici studi sull'argomento, contraddistinti da una grande varietà nelle metodologie di rilevazione della continuità, che si riflette allo stesso tempo nell'assenza di un *framework* condiviso e di risultati univoci.



## APPENDICE A

### PRINCIPALI TECNICHE DI MISURAZIONE DELLA CONTINUITÀ DELLE CURE IN LETTERATURA

Oggetto di misurazione	Descrizione e tecniche di misurazione	Vantaggi	Criticità
<b>Categoria: Misure longitudinali</b>			
Durata della relazione con uno o più professionisti	Misure della durata cronologica di una determinata relazione con professionisti.	Semplici da misurare; ampia disponibilità di fonti (documentali o interviste).	Poco significative in termini di giudizio sulla qualità del contenuto della relazione.
Concentrazione di pazienti in cura da un particolare professionista	La proporzione delle visite di un paziente con uno specifico professionista in un lasso di tempo; misure di dispersione della concentrazione delle visite tra tutti i professionisti visti; la probabilità che un paziente abbia visto meno professionisti di quelli in un gruppo casuale di pazienti.	Misure intuitive, semplici da usare, semplici da interpretare.	Richiedono informazioni dettagliate sul totale delle visite, non sempre disponibili.
Sequenzialità delle cure	La proporzione di visite sequenziali presso lo stesso/gli stessi professionisti.	Presenza di indicatori codificati (es: SECON index).	Richiedono dati dettagliati sulla sequenza temporale delle visite; esaminano solo la sequenza, non il contenuto delle visite.
<b>Categoria: Misure di consistenza del piano manageriale</b>			
Rispetto dei piani sulle visite di <i>follow up</i>	Corrispondenza del numero di visite in <i>follow up</i> con quelle previste nel percorso di cura in un determinato periodo; lunghezza dell'intervallo tra una visita e quella successiva.	Intuitive e semplici da misurare.	Poco significative per giudicare la consistenza del piano manageriale.
Rispetto di protocolli specifici per patologia	La percentuale di pazienti che completano un determinato protocollo di cura; la percentuale di cure precedentemente prescritte e continuate da un paziente in presenza di un nuovo professionista curante.	Misure associabili con <i>outcome</i> di salute per specifiche patologie.	Difficoltà di relazionare tali indicatori con misure della qualità delle cure.
<b>Categoria: Misure di continuità informativa</b>			
Completezza delle informazioni trasferite	Rapporto tra le informazioni in possesso di due o più interlocutori (il paziente stesso e uno o più professionisti) su dati clinici o stato di salute del paziente e le informazioni trasferite.	Tali misure possono essere usate per migliorare la qualità delle prassi organizzative.	È una componente necessaria ma non sufficiente per qualificare la continuità delle cure.
Trasferimento di conoscenza	Misure di rilevazione della qualità conoscitiva delle informazioni trasferite.	Indicano quale percentuale delle informazioni trasmesse sia stata effettivamente recepita.	Mancanza di indicatori consolidati.
<b>Categoria: Misure relazionali</b>			
Affiliazione	Misure della presenza di relazioni strutturate tra un paziente e uno o più professionisti.	Ampiamente usate in letteratura, semplici da misurare attraverso scale ottenute tramite questionari.	Poco significative e poco qualificanti di un'effettiva continuità delle cure.
Intensità della relazione	Indicatori <i>multi-item</i> (es. <i>Primary care index</i> ) che rilevano l'intensità percepita delle relazioni; <i>survey multi-item</i> .	Ampiamente usate in letteratura, consentono confronti tra studi differenti.	Rischiano di escludere pazienti con problemi di accesso alle cure.

## 2. METODO DELLA RICERCA: LA METODOLOGIA D'ANALISI DELLA SECONDA FASE DEL LABORATORIO FIASO SUL GOVERNO DEL TERRITORIO

### 2.1 UNA METODOLOGIA IBRIDA E UN PROCESSO CONDIVISO DI DEFINIZIONE CON LE AZIENDE DEL LABORATORIO

La **fase 2** del Laboratorio si propone i seguenti obiettivi:

- 1) rilevare e misurare il legame tra le caratteristiche dell'organizzazione aziendale delle ASL coinvolte nella ricerca e livello di integrazione delle cure tra i professionisti;
- 2) rilevare e misurare, alla luce delle evidenze emerse dallo studio dell'ipotesi 1), il livello di efficacia degli sforzi condotti dall'organizzazione per realizzare l'integrazione delle cure. Il concetto di efficacia è esplicitato tramite la misura del livello di continuità delle cure tra pazienti e professionisti.

Le finalità di tale fase della ricerca, perciò, sono molteplici: da un lato si vorrebbe comprendere il rapporto tra organizzazione, integrazione e continuità delle cure raccogliendo dati ricchi di dettagli sui processi che legano questi tre concetti; dall'altro lato, si vorrebbero raccogliere evidenze sul rapporto tra organizzazione, integrazione e continuità delle cure nel modo più oggettivo possibile.

Questi due fini sottintendono un percorso metodologico ibrido:

- la **prima finalità**, infatti, sottintende una partecipazione attiva dei componenti dei gruppi aziendali delle 14 ASL, attraverso la definizione di interviste semi-strutturate condotte dai partecipanti, i quali hanno sia le competenze adatte a indagare aspetti non classificabili a priori di questi processi, sia la possibilità di confrontare le rispettive esperienze nei momenti di scambio delle informazioni raccolte previsti dal Laboratorio stesso;
- la **seconda finalità**, invece, sottintende un lavoro di raccolta delle informazioni meno influenzato dalla soggettività dei partecipanti ai singoli gruppi aziendali, e fondato su un campione della popolazione di riferimento statisticamente significativo.

Come da metodo di lavoro all'interno del Laboratorio, già affinato durante la **fase 1** della ricerca, orientata alla rilevazione di dati di costo e di attività dei servizi territoriali nelle aziende, anche per la **fase 2** si è scelto di realizzare una modalità attiva di partecipazione dei componenti dei gruppi aziendali (3 per ogni azienda, tipicamente il *controller*, il dirigente preposto alle cure primarie e un terzo manager della direzione strategica).

Dapprima, si è riunito in tre circostanze un gruppo ristretto di referenti aziendali (rappresentativi di 4 delle 14 aziende) che, insieme ai ricercatori, ha discusso in merito alla selezione delle patologie su cui concentrare l'analisi e ha strutturato una proposta di metodo di rilevazione.

Tale proposta è stata poi presentata e discussa durante un *workshop* della durata di due giorni dai referenti di tutte le aziende, alla presenza dei ricercatori che hanno svolto la funzione di facilitatori: in tale occasione, a ogni referente sono stati consegnati un apposito manuale metodologico, con la spiegazione dettagliata delle finalità della ricerca, delle azioni richieste e alcuni chiarimenti concettuali relativi alla definizione di continuità e integrazione delle cure, e le bozze dei questionari ipotizzati da inviare a pazienti e professionisti. È stata poi messa a disposizione dei referenti una piattaforma *web-based*, in cui segnalare, entro un mese a partire dalla data del *workshop*, eventuali modifiche da apportare al metodo di rilevazione e ai questionari, sulla base delle riflessioni emerse durante la discussione.

Il manuale contenente la metodologia definitiva e i relativi documenti allegati (questionari e linee guida per le interviste) sono stati poi inviati a tutte le aziende, dando avvio formale alla seconda fase del Laboratorio, che si concluderà, come già la prima, con un secondo *workshop* di due giorni, in cui i referenti di tutte le aziende discuteranno i dati e le evidenze raccolte.

## 2.2 L'IMPIANTO METODOLOGICO DELLA RICERCA

L'analisi si focalizza sul livello di continuità e integrazione delle cure di pazienti affetti da tre patologie selezionate sulla base della concomitanza di alcune peculiarità:

- 1) cronicità della patologia;
- 2) possibilità di individuare in maniera univoca un campione stadiato di pazienti;
- 3) prevalenza del percorso di cura sul territorio e coinvolgimento di più professionisti sanitari.

Si sono perciò scelte tre patologie rispondenti a tali caratteristiche: diabete con danno d'organo, insufficienza respiratoria grave in pazienti con BPCO e tumori terminali in ADO (Assistenza Domiciliare Oncologica) o ADI (Assistenza Domiciliare Integrata).

La ricerca è stata perciò impostata sulla misurazione della continuità assistenziale e dell'integrazione tra professionisti nella cura di pazienti affetti da tali patologie.

Nello specifico, sono stati individuati tre oggetti di rilevazione:

- 1) il **modello organizzativo aziendale**: a ogni azienda è stato richiesto di disegnare il proprio organigramma in maniera sintetica, associando a ogni ambito organizzativo la quota delle risorse finanziarie allocata da budget e il totale delle risorse umane. È stato poi domandato di descrivere sinteticamente le caratteristiche delle attività svolte dalle unità organizzative che entrano nel processo tipico di cura dell'azienda dei pazienti affetti dalle patologie individuate;
- 2) il **tasso di integrazione tra professionisti**: a ogni azienda è stato richiesto di individuare i professionisti coinvolti nel percorso di cura delle tre patologie (medici di medici-

na generale, infermiere, specialisti) e di inviare a ciascuna categoria di professionisti un numero di questionari in proporzione alla popolazione assistita. A ognuno dei tre referenti aziendali è stato poi domandato di intervistare un professionista sanitario sul livello di integrazione con gli altri professionisti;

- 3) la **continuità delle cure percepita dai pazienti**: a ogni azienda è stato domandato di individuare i pazienti affetti dalle tre patologie e di inviare a ciascuna categoria di pazienti un numero di questionari in proporzione alla popolazione assistita. A ognuno dei tre referenti aziendali è stato poi domandato di intervistare un paziente sul livello di continuità percepita.

La raccolta dei dati, perciò, è stata strutturata in tre tipologie prevalenti di attività, affidate ai referenti aziendali di ognuna delle 14 ASL:

- 1) la selezione di un campione di professionisti e di pazienti cui sottoporre i questionari;
- 2) la raccolta di procedure e degli assetti organizzativi aziendali da svolgere insieme da tutto il gruppo di lavoro;
- 3) le interviste svolte individualmente da ciascun partecipante al MMG, a un paziente con la patologia assegnata e agli altri professionisti intervenuti nel processo di cura.

Con riferimento ai questionari, essi sono stati predisposti in maniera differenziata a seconda delle categorie di destinatari: professionisti di diverse categorie (Medici di Medicina Generale; specialisti impegnati nella cura delle diverse patologie, quali diabetologi, cardiologi, pneumologi, oncologi; infermieri e altro personale sanitario coinvolto) e pazienti affetti dalle tre patologie individuate.

La struttura dei questionari si compone di diverse sezioni logiche, che coincidono con gli obiettivi attesi in termini di rilevazione del livello di integrazione e continuità.

Il questionario somministrato ai professionisti, riportato in Appendice B, Allegato 1 a pagina 33, si propone di rilevare il livello di integrazione nella cura delle patologie, attraverso domane orientate a comprendere:

- a) l'intensità delle relazioni con altri professionisti coinvolti nel processo di cura della patologia individuata (fino a un massimo di cinque professionisti);
- b) la qualità dello scambio informativo con tali professionisti;
- c) il livello di formalità nelle relazioni con tali professionisti;
- d) il grado di coordinamento tra professionisti nella cura della patologia.

Il questionario rivolto ai pazienti (Gulliford, Naithani et al., 2006), riportato in Appendice B, Allegato 2 a pagina 34, è invece orientato a misurare la continuità percepita delle cure e rileva:

- a) la longitudinalità del rapporto con il/i professionista/i sanitari (in termini di durata del rapporto e di frequenza delle visite);
- b) la qualità dello scambio informativo;

- c) il coordinamento delle cure tra i professionisti percepito dai pazienti;
- d) la percezione relativa alla soddisfazione generale del processo di cura.

Il metodo di rilevazione delle informazioni individuato si caratterizza per tre elementi chiave, che lo differenziano dai metodi precedentemente impiegati in letteratura per misurare la continuità delle cure:

- 1) il **coinvolgimento diretto dei referenti** delle aziende oggetto di analisi nella fase di definizione della metodologia, sia nella fase di definizione della metodologia, sia nella fase di raccolta e rielaborazione delle informazioni;
- 2) la **peculiarità della metodologia** di essere "ibrida", composta ossia di differenti strumenti di rilevazione delle informazioni: questionari, interviste, dati organizzativi di azienda;
- 3) la **ridondanza della stessa metodologia**, attraverso meccanismi di controllo della qualità delle informazioni: questionari e interviste attengono allo stesso oggetto di ricerca, la percezione di professionisti e pazienti riguardo a integrazione e continuità, e consentono di stabilire un confronto incrociato della qualità delle risposte.

### **Note metodologiche per la rilevazione del modello organizzativo aziendale e la rete di offerta di servizi sanitari per le tre patologie**

Possono essere individuati almeno quattro modelli organizzativi "idealtipici" di organizzazione dei servizi territoriali delle Aziende USL:

- 1) modello **prevalentemente Distrettuale**, in cui i distretti comandano gerarchicamente tutti i fattori produttivi, mentre i dipartimenti hanno natura tecnico-funzionale;
- 2) modello **prevalentemente Dipartimentale**, opposto al modello precedente, in cui, cioè, la maggior parte delle risorse afferisce ai dipartimenti territoriali, e i distretti assumono, invece, una funzione di coordinamento orizzontale;
- 3) modello **Misto "Distretto o Dipartimento"** per diversi settori, caratterizzato da una divisione delle risorse fra distretti e dipartimenti basata sulla tipologia di servizio erogato;
- 4) modello **a responsabilità sovrapposte** tra Distretto e Dipartimento per il medesimo servizio, in cui la suddivisione delle risorse e del personale è legata alla singola materia.

Per definire il modello organizzativo di ogni azienda, si è utilizzato un duplice metodo<sup>1</sup> di analisi:

- L'ammontare delle risorse territoriali da assegnare ai distretti o ai dipartimenti è stato

<sup>1</sup>Due note metodologiche:

- Non tutte le risorse, in alcune aziende, sono negoziate a budget. Il totale delle risorse negoziate a budget, perciò, non necessariamente coincide con il totale dei costi.
- Il valore dei costi per funzioni di staff in capo alle Direzioni e costi per funzioni amministrative e tecniche è stato ribaltato tramite stima sugli altri ambiti sulla base del peso percentuale sul totale del budget territoriale.

calcolato sottraendo al totale dei costi negoziati a budget le risorse destinate ai presidi ospedalieri e l'eventuale valore di mobilità e di debito.

- La rilevazione del numero di dipendenti (calcolati come *Full Time Equivalent*) assegnati ai Distretti e ai Dipartimenti territoriali. Per le aziende prevalentemente distrettuali, si sono esclusi dal conto i dipendenti assegnati al Dipartimento di Prevenzione e al Dipartimento di Salute Mentale (perché non decentrabili a livello territoriale), mentre si sono ripartiti i dipendenti di staff e funzioni centrali a Distretti e Dipartimenti, in base alla rispettiva proporzione dei costi.

L'utilizzo di due equivalenti metodi di calcolo nell'identificazione del modello organizzativo di ciascuna azienda costituisce una misura di confronto della qualità dei dati analizzati. Le aziende sono state poi confrontate sulla base di ogni percorso per patologia, prendendo a riferimento alcune dimensioni di analisi:

- esistenza o non esistenza di un percorso formalizzato;
- numero (e tipologia) di Unità organizzative coinvolte nel percorso di cura;
- presenza o assenza di un'unità organizzativa centrale nel percorso;
- natura istituzionale delle unità produttive che partecipano al percorso, distinguendo tra:
  - unità operative gestite direttamente dall'azienda;
  - unità operative esterne pubbliche (ad esempio di Azienda Ospedaliera);
  - unità operative esterne private accreditate.

### **Note metodologiche per la rilevazione del tasso di integrazione professionale**

Il questionario somministrato ai professionisti, riportato in Appendice B, Allegato 1 a pagina 33, si compone di alcune domane orientate a comprendere:

- l'intensità delle relazioni con altri professionisti coinvolti nel processo di cura della patologia individuata (fino a un massimo di cinque professionisti);
- la qualità dello scambio informativo con tali professionisti;
- il livello di formalità nelle relazioni con tali professionisti;
- il grado di coordinamento tra professionisti nella cura della patologia.

In particolare ai professionisti è stato chiesto:

- 1) Da chi gli è arrivato il paziente.
- 2) Con quali informazioni da parte di professionisti che l'avevano già visto.
- 3) Quante volte l'ha incontrato e quanto tempo è durata la relazione.
- 4) A chi ha inviato il paziente:
  - a) inviato a un professionista specifico o a una struttura;
  - b) che percentuale dei pazienti con quella patologia sono inviati a quel professionista/struttura;
  - c) che tipo di informazioni ha comunicato al professionista cui ha inviato e come;
  - d) quali *feedback* ha avuto sul paziente dal professionista a cui lo ha inviato;

- e) quali informazioni ha dato al paziente;
- f) che modo ha utilizzato per fare in modo che il paziente ritorni per le visite programmate.

Il livello di integrazione professionale è stato misurato attraverso la definizione di un indice sintetico calcolato come misura di sintesi di tre dimensioni di analisi dell'integrazione:

- 1) **La frequenza dello scambio informativo interprofessionale**, determinato attraverso l'aggregazione di tre indicatori ai quali è stato assegnato un diverso peso:
  - il numero di contatti telefonici annui tra i professionisti (peso 1);
  - il numero di contatti annui via mail tra i professionisti (peso 0,5);
  - il numero di incontri fisici annui tra i professionisti (peso 2).

Il punteggio risultante dalla somma ponderata dei tre indicatori è stato poi indicizzato con un numero parametrico compreso tra i valori 0 e 5, calcolato proporzionalmente assumendo come valore pari a 5 il valore massimo della frequenza dello scambio informativo riscontrato nei diversi percorsi dei professionisti e confrontando lungo una scala da 0 a 5 i valori degli altri percorsi.

- 2) **Il livello di condivisione tra professionisti dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali**, determinato utilizzando una misura compresa tra 1 (assenza completa di condivisione) e 5 (livello molto elevato di condivisione).
- 3) **Il livello di condivisione e utilizzo tra professionisti di sistemi informativi comuni**, determinato utilizzando una misura compresa tra 1 (assenza completa di condivisione) e 5 (livello molto elevato di condivisione).

A ciascuna delle tre dimensioni di analisi è stato assegnato uguale peso.

L'indice sintetico è stato calcolato come una misura comparativa tra i valori dei diversi percorsi in scala 5.

### **Note metodologiche per la rilevazione della continuità delle cure percepita dai pazienti**

Il questionario rivolto ai pazienti (Gulliford et al., 2006), riportato in Appendice B, Allegato 2 a pagina 34, rileva:

- la longitudinalità del rapporto con il/i professionista/i sanitari (in termini di durata del rapporto e di frequenza delle visite);
- la qualità dello scambio informativo;
- il coordinamento delle cure tra i professionisti percepito dal paziente;
- la percezione relativa alla soddisfazione generale del processo di cura.

Nello specifico, le domande rivolte al paziente inserito nel percorso di cura sono:

- 1) Quante volte nell'ultimo anno ha parlato con personale sanitario.

- 2) Quante volte ha visto il suo *case manager*.
- 3) Quanto tempo impiega per contattare il suo medico di fiducia.
- 4) Se è soddisfatto:
  - a) di come i professionisti interagiscono nel suo percorso di cura;
  - b) delle informazioni che riceve dai professionisti;
  - c) della qualità clinica della cura;
  - d) della qualità interpersonale della cura.

Come per l'integrazione tra professionisti, per ognuno dei tre percorsi per patologia è stato definito un indice sintetico di rilevazione della continuità percepita dai pazienti, misurata sulla base di 4 dimensioni di analisi, cui è stato assegnato uguale peso nel calcolo dell'indice:

- 1) **Continuità longitudinale:** il livello di intensità con cui si sviluppa nel tempo la relazione tra paziente e professionista/i. Per calcolare la misura della continuità longitudinale, sono stati aggregati tra loro quattro indicatori rilevati nel questionario, cui è stato assegnato un diverso peso:
  - il numero medio annuo di contatti da parte del paziente con personale sanitario (peso 1);
  - il numero medio annuo di volte in cui l'AUSL ha contattato il paziente per informarsi sulle sue condizioni di salute e sull'accessibilità dei servizi (peso 1);
  - il numero annuo di esami del sangue (peso 0,5);
  - il numero di visite ricevute da parte del medico-infermiere (peso 2).

Il punteggio risultante dalla somma ponderata di tali indicatori è stato poi indicizzato con un numero compreso tra 0 e 5, calcolato proporzionalmente assumendo come valore pari a 5 il valore massimo della continuità longitudinale riscontrato nei diversi percorsi dei pazienti e confrontando lungo una scala da 0 a 5 i valori degli altri percorsi.

- 2) **Accessibilità dei servizi:** il livello di facilità/tempestività con cui il paziente riesce ad accedere ai servizi in condizione di bisogno, determinato utilizzando una misura compresa tra 1 (elevata difficoltà di accessibilità) e 5 (elevata facilità di accessibilità).
- 3) **Qualità delle relazioni:** il giudizio da parte del paziente sul contenuto informativo/relazionale del suo rapporto con il/i professionista/i, determinato utilizzando una misura compresa tra 1 (percezione di insufficiente qualità) e 5 (percezione di elevata qualità).
- 4) **Unitarietà diagnostico-terapeutica percepita:** il giudizio da parte del paziente sul livello di coordinamento tra professionisti all'interno del suo percorso di cura, determinato utilizzando una misura compresa tra 1 (giudizio del tutto negativo) e 5 (giudizio del tutto positivo).

### **Note metodologiche per la realizzazione dei focus group**

I *focus group* sono stati realizzati attraverso il coinvolgimento di 42 dirigenti di 14 aziende (3 per azienda: il Direttore delle Cure Primarie, il Responsabile del Controllo di



Gestione e un dirigente con ruolo di coordinamento della direzione strategica aziendale), ai quali si sono aggiunti 4 Direttori Generali di 4 delle aziende partecipanti in veste di *discussant*.

Dopo aver somministrato i questionari e dopo aver fatto le interviste telefoniche a professionisti e pazienti, i referenti delle aziende hanno partecipato a due tipologie di *focus group* strutturate su due livelli:

- il **primo livello**, a carattere intraaziendale, ha visto confrontarsi i tre referenti delle aziende, divisi in tre gruppi in base al tipo di patologia, con altri collaboratori all'interno dell'azienda. I temi trattati nei *focus group* vertono intorno a 10 domande volte a identificare alcuni rilevanti obiettivi di ricerca (vedi Tabella 3.25 a pagina 53);
- il **secondo livello**, a carattere interaziendale, ha visto invece confrontarsi, durante uno dei *workshop* del Laboratorio, per la durata di due ore, i referenti di tutte le aziende del campione, anche in questo caso divisi per patologia; l'obiettivo, in questo caso, è quello di comprendere come le diverse aziende hanno trattato i differenti temi oggetto di analisi.

## APPENDICE B

## QUESTIONARIO RIVOLTO AI PROFESSIONISTI E AI PAZIENTI

### Allegato 1 - Questionario rivolto ai Professionisti per la rilevazione del livello di integrazione delle cure

- 1) Il Professionista A si occupa di (*specialità, o occupazione*) \_\_\_\_\_
- 2) Il Professionista A lavora:
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nella Sua unità operativa                                     | <input type="checkbox"/> in un'altra azienda pubblica             |
| <input type="checkbox"/> in un'unità operativa del Suo stesso dipartimento o distretto | <input type="checkbox"/> in un'altra azienda privata o non-profit |
| <input type="checkbox"/> in un altro dipartimento e distretto della Sua azienda        | <input type="checkbox"/> in uno studio privato                    |
- 3) Il Professionista A lavora in una struttura ospedaliera?  Sì  No
- 4) Se Lei ha assistito il paziente prima di tale Professionista, Lei ha suggerito al Paziente di contattare (*non rispondere se crede di aver incontrato il Paziente dopo il Professionista A*):
- specificamente il Professionista A
- la struttura all'interno del quale il Professionista A lavora
- un Professionista in grado di fornire quella tipologia di prestazione
- il Paziente si è rivolto al Professionista A senza una Sua indicazione
- 5) Lei e il Professionista A avete comunicato specificamente del paziente a cui si sta riferendo:
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> attraverso lettere portate dal Paziente | <input type="checkbox"/> durante un incontro faccia a faccia in cui avete discusso dello specificato Paziente |
| <input type="checkbox"/> attraverso la cartella clinica          |   |
| <input type="checkbox"/> via telefono                            | <input type="checkbox"/> non ha avuto contatti con A, ma il Paziente Le ha detto di averlo incontrato         |
| <input type="checkbox"/> via mail                                |   |
- 6) Per parlare di qualsiasi argomento legato alla Sua professione, quante volte nell'ultimo anno stima che Lei abbia comunicato col Professionista A (*escludendo incontri non lavorativi*)?
- a) via telefono \_\_\_\_\_
- b) via mail \_\_\_\_\_
- c) durante un incontro faccia a faccia \_\_\_\_\_
- 7) Quante volte nell'ultimo anno Lei ha incontrato il collega per motivi non lavorativi? \_\_\_\_\_
- 8) Che percentuale dei Pazienti con tumori in fase avanzata che Lei assiste è assistita anche:
- a) dal Professionista A? \_\_\_\_\_
- b) da altri professionisti nella stessa struttura in cui lavora il Professionista A? \_\_\_\_\_
- Indichi, per favore il Suo grado di accordo con le seguenti affermazioni:
- 9) Il Professionista A e io siamo d'accordo sul seguire i protocolli diagnostici-terapeutici:
- per nulla d'accordo  poco d'accordo  d'accordo  abbastanza d'accordo  completamente d'accordo
- 10) A e io accediamo e apportiamo modifiche allo stesso database informatico sui Pazienti:
- per nulla d'accordo  poco d'accordo  d'accordo  abbastanza d'accordo  completamente d'accordo

## Allegato 2 - Questionario rivolto ai Pazienti per la rilevazione della continuità percepita delle cure

1. Negli ultimi 12 mesi, circa quante volte ha parlato con il personale sanitario? \_\_\_\_\_
2. Negli ultimi 12 mesi quante volte l'ASL o un medico hanno contatto Lei via lettera o fax per fissare o ricordarLe un appuntamento? \_\_\_\_\_
3. Negli ultimi 12 mesi circa quante volte ha fatto esami del sangue? \_\_\_\_\_
4. Negli ultimi 12 mesi, circa quante volte ha visto il medico o infermiere che vede più spesso? \_\_\_\_\_
5. Se ha bisogno di consigli urgentemente, quanto tempo ci impiega per incontrare il medico o l'infermiere che vede più spesso? \_\_\_\_\_ giorni
6. Come giudicherebbe la durata dell'attesa necessaria per parlare con un medico?

Eccessivamente elevata	Abbastanza elevata	Nella norma, accettabile	Abbastanza tempestiva	Molto tempestiva
------------------------	--------------------	--------------------------	-----------------------	------------------

7. Se ha un problema con la sua patologia è soddisfatto della risposta che trova nel territorio della Sua ASL?

Decisamente No	Tendenzialmente No	Non saprei	Tendenzialmente Si	Decisamente Si
----------------	--------------------	------------	--------------------	----------------

8. Se ha bisogno di parlare con il Suo solito medico o infermiere, quanto facile è parlargli?

Molto difficile	Abbastanza difficile	Dipende da volta a volta	Abbastanza facile	Molto facile
-----------------	----------------------	--------------------------	-------------------	--------------

9. È soddisfatto di come il medico o infermiere che La segue Le spiega le terapie e i test che Le prescrive?

Decisamente No	Tendenzialmente No	Non saprei	Tendenzialmente Si	Decisamente Si
----------------	--------------------	------------	--------------------	----------------

10. Il medico o infermiere che La segue, La coinvolge nelle decisioni sulla Sua Patologia di diabete con danno d'organo?

Per nulla	Poco	Dipende da decisione a decisione	Abbastanza	Molto
-----------	------	----------------------------------	------------	-------

11. Il medico o infermiere che La segue ascolta quello che ha da dirgli?

Per nulla	Poco	Dipende da volta a volta	Abbastanza	Molto
-----------	------	--------------------------	------------	-------

12. Il medico o infermiere che La segue conosce la Sua storia clinica?

Per nulla	Poco	Non saprei	Abbastanza	Molto
-----------	------	------------	------------	-------

13. Il medico o infermiere che La segue prende le decisioni migliori per il Suo problema di salute?

Decisamente No	Tendenzialmente No	Non saprei	Tendenzialmente Si	Decisamente Si
----------------	--------------------	------------	--------------------	----------------

14. Il medico o infermiere che La segue si preoccupa di Lei?

Decisamente No	Tendenzialmente No	Non saprei	Tendenzialmente Si	Decisamente Si
----------------	--------------------	------------	--------------------	----------------

15. In generale, quanto bene è coordinata l'assistenza per il Suo problema di salute?

Molto male	Abbastanza male	Nella norma – accettabile	Abbastanza bene	Molto bene
------------	-----------------	---------------------------	-----------------	------------

16. Tutti Le danno le stesse informazioni e consigli?

Decisamente No	Tendenzialmente No	Dipende da caso a caso	Tendenzialmente Si	Decisamente Si
----------------	--------------------	------------------------	--------------------	----------------

17. Tutti conoscono la Sua storia clinica?

Decisamente No	Tendenzialmente No	Non saprei	Tendenzialmente Si	Decisamente Si
----------------	--------------------	------------	--------------------	----------------

18. Tutti conoscono la Sua terapia?

Decisamente No	Tendenzialmente No	Non saprei	Tendenzialmente Si	Decisamente Si
----------------	--------------------	------------	--------------------	----------------

19. Tutti condividono un piano concordato per il trattamento del Suo problema di salute?

Decisamente No	Tendenzialmente No	Non saprei	Tendenzialmente Si	Decisamente Si
----------------	--------------------	------------	--------------------	----------------

### 3. RISULTATI DELLA RICERCA: ANALISI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE EMERSE DALLA SECONDA FASE DEL LABORATORIO

#### 3.1 DIMENSIONI INTERPRETATIVE DEI RISULTATI PRESENTATI

I risultati della **fase 2** del Laboratorio sono presentati sulla base di cinque dimensioni di analisi delle informazioni raccolte e rielaborate:

- 1) Analisi delle strutture organizzative delle aziende del campione: da un lato le aziende sono classificate secondo la struttura organizzativa, utilizzando alcuni modelli idealtipici di classificazione delle strutture organizzative delle aziende; dall'altro le aziende sono confrontate sulla base della struttura d'offerta per le tre patologie.
- 2) Risultati ottenuti dalla somministrazione dei questionari a MMG e Specialisti per la misurazione del livello di integrazione professionale, distinguendo fra le tre patologie selezionate.
- 3) Risultati ottenuti dalla somministrazione dei questionari ai pazienti per la misurazione del livello di continuità delle cure percepita, distinguendo fra le tre patologie selezionate.
- 4) Dati qualitativi emersi dai *focus group*, come strumento di verifica dei risultati quantitativi ottenuti nei due punti precedenti e come spunto per approfondimenti.
- 5) Risultati emersi dalle correlazioni effettuate sulla base di alcune variabili indipendenti (variabili demografiche, di contesto e di scelte organizzative delle aziende) e variabili dipendenti (livello di integrazione professionale e continuità delle cure percepita dai pazienti).

#### 3.2 L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DA PARTE DELLE AZIENDE SUL TERRITORIO

L'analisi organizzativa condotta su un campione di 14 aziende si propone il duplice obiettivo di:

- rilevare le scelte delle aziende in termini di struttura organizzativa adottata;
- mettere in evidenza come le aziende hanno inteso strutturare i percorsi relativi alle tre patologie individuate e che tipi di Unità Organizzative intervengono nel processo di cura.

##### 3.2.1 Posizionamento organizzativo delle aziende

Una prima fotografia organizzativa delle 14 aziende evidenzia ampie variabilità relative alla loro struttura macro-organizzativa: il numero di distretti per azienda, la dimensione media dei distretti e il numero dei dipartimenti sanitari (con particolare riferimento a quelli territoriali) appaiono fortemente eterogenei all'interno del campione (vedi Tabella 3.1 a pagina 36).

### Distretti e Dipartimenti all'interno delle aziende

Tabella 3.1

	Alba	Avellino	Bassano	Bologna	Cremona	Ferrara	Firenze
Numero Distretti	2	6	2	6	3	3	4 (zone)
Numero medio abitanti per Distretto	83.540	47.200	88.000	139.419	113.785	117.154	200.265
Numero Dipartimenti Sanitari	9*	6	1	16	4	10	12***
di cui Dipartimenti Territoriali	3	3	1	2**	4	3	1
* 6 Ospedalieri, Dipartimento Prevenzione, DSM e Dipartimento Territoriale ** più 2 Dipartimenti Funzionali *** 8 Ospedalieri, 1 Territoriale (Prevenzione), 3 funzionali senza budget							
	Lanciano	Piacenza	Roma	Savona	Thiene	Trieste	Cagliari
Numero Distretti	4	3	4	4	2	4	5
Numero medio abitanti per Distretto	53.519	91.982	135.117	70.517	91.927	59.914	111.082
Numero Dipartimenti Sanitari	2	14	2	5	3	3	4
di cui Dipartimenti Territoriali	2	3	2	4	3	2	2

Relativamente alla tipologia di modello macro-organizzativo adottato, all'interno dei quattro precedentemente dettagliati nell'appendice metodologica, tra le 14 aziende del campione si rileva una netta prevalenza di organizzazioni prevalentemente distrettuali (vedi Grafico 3.1). Tuttavia, analizzando la presenza di diverse aziende prevalentemente dipartimentali e di un'azienda mista, non si può far a meno di notare come ci sia una forte variabilità nell'organizzazione territoriale delle cure, ponendo chiaramente in evidenza l'assenza di una *one best way*.

L'analisi è stata condotta escludendo dall'allocazione delle risorse a distretti e dipartimenti le risorse finanziarie e umane relative ai dipartimenti di Prevenzione e Sanità Pubblica, Salute Mentale e Dipendenze.

I dettagli della ripartizione delle risorse economiche e umane negoziate a budget per ogni singola azienda sono riportati nell'Appendice C a pagina 63.

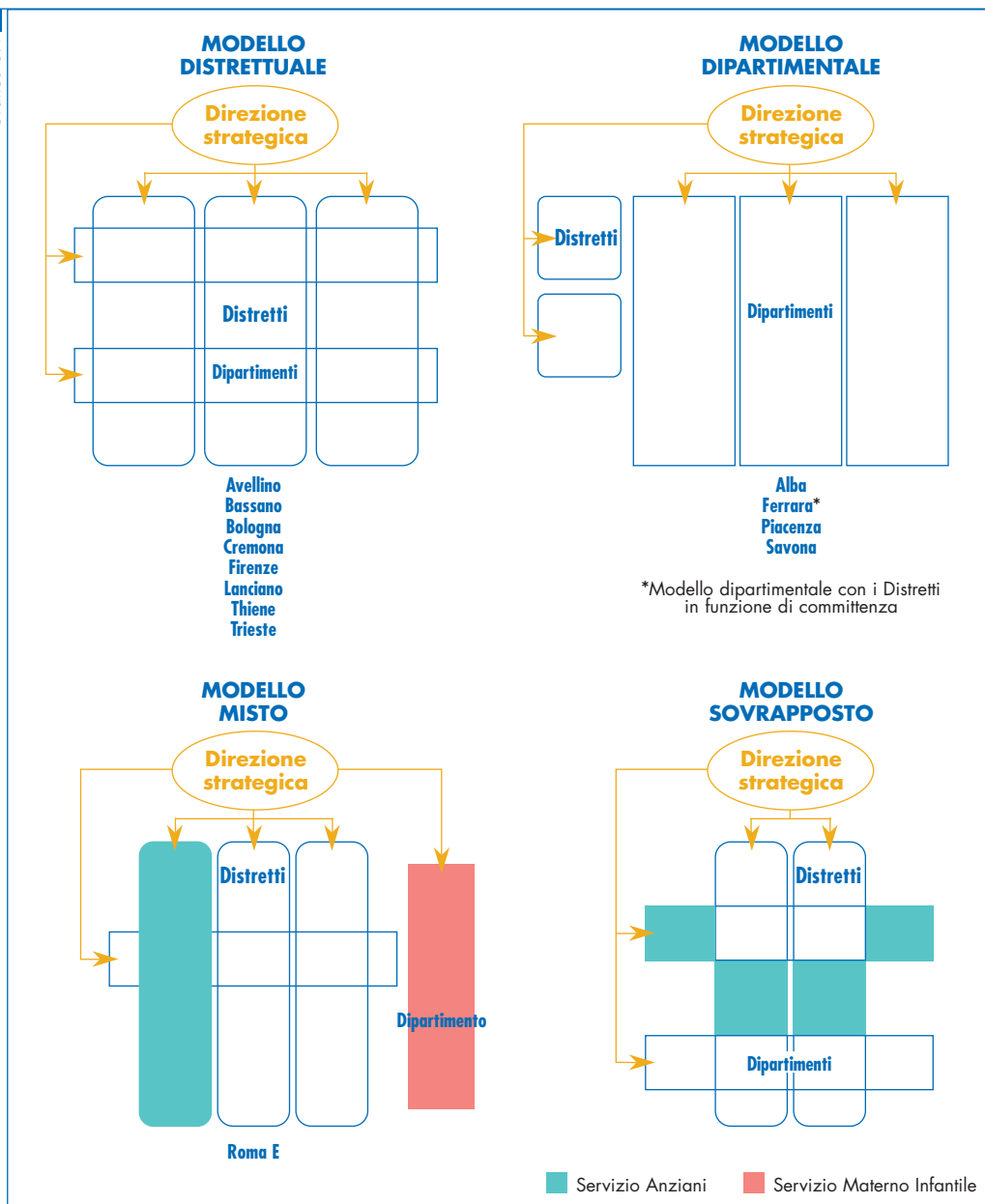
#### 3.2.2 La rete di offerta di servizi sanitari per le tre patologie

Relativamente all'organizzazione della rete d'offerta sul territorio da parte delle singole aziende per le tre patologie croniche analizzate, si evidenzia come:

- con riferimento all'organizzazione dei percorsi per i pazienti diabetici con danno d'organo, gli investimenti storici di carattere organizzativo e finanziario sostenuti dalle aziende per la prevenzione e la cura di tale patologia (spesso considerata come la patologia cronica per eccellenza su cui concentrare sforzi e innovazioni assistenziali) hanno condotto in tutte le aziende, seppur con elevati livelli di variabilità

**Modelli organizzativi adottati dall'azienda**

Grafico 3.1



relativi alla modalità di definizione del percorso, alla strutturazione di percorsi integrati con una rilevante componente ospedaliera tendenzialmente rappresentata dalla presenza di centri antidiabetici;

- con riferimento alla BPCO, si riscontrano livelli molto elevati di eterogeneità nel livello di maturità della strutturazione della rete d'offerta territoriale: la maggior parte delle

aziende presenta percorsi diagnostico-terapeutici formalizzati ma sbilanciati sul ruolo delle unità pneumologiche ospedaliere; alcune aziende evidenziano l'assenza di un percorso formalizzato e una sostanziale assenza di presa in carico integrata del paziente cronico; poche aziende mostrano una vera integrazione tra ambito ospedaliero e territoriale e una funzione di *case management* e coordinamento dell'assistenza focalizzata prevalentemente in unità organizzative territoriali;

- con riferimento ai pazienti oncologici, la gravità della patologia e delle condizioni cliniche, pur in assenza di un reale livello di integrazione organizzativa tra ospedale e territorio, ha spinto sostanzialmente tutte le aziende a forti sforzi rivolti all'assistenza di tale categoria di pazienti. Pur nell'eterogeneità dei modelli di assistenza adottati dalle aziende, l'elevata intensità assistenziale indotta dalla patologia induce nei pazienti una maggiore percezione della presa in carico complessiva.

Le aziende del campione presentano un alto tasso di formalizzazione del percorso per il Diabete in pazienti con danno d'organo (vedi Tabella 3.2), accompagnato da un elevato numero di Unità Operative coinvolte, in funzione anche delle dimensioni dell'azienda. La funzione di coordinamento è spesso attribuita a un'Unità Operativa (tendenzialmente ospedaliera), in funzione di *case management*.

Per quanto riguarda la natura istituzionale delle Unità Organizzative che partecipano al percorso, è stata riscontrata una relativa eterogeneità dei produttori (fra UO gestite direttamente dall'AUSL, UO esterne pubbliche e UO esterne private).

Nel caso della seconda patologia oggetto di studio, insufficienza respiratoria grave in

### Percorso sul Diabete in pazienti con danno d'organo

	Alba	Avellino	Bassano	Bologna	Cremona	Ferrara
Esistenza di un percorso formalizzato	Sì	Sì	No	Sì	Sì	Sì
Numero Unità Operative che partecipano al percorso	4	3	3	12	6	6
Unità Operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso	UO malattie metaboliche e diabetologia	Centro antidiabetico presso il distretto centrale	Centro antidiabetico Ospedale Bassano	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente	Centro antidiabetologico Azienda Ospedaliera	Servizi Ambulatoriali di Diabetologia
	Firenze	Lanciano	Piacenza	Thiene	Trieste	
Esistenza di un percorso formalizzato	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	
Numero Unità Operative che partecipano al percorso	5	7	10	4	13	
Unità Operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso	Unità specialistiche ospedaliere di diabetologia	UOC Centro Antidiabetico (Ospedali Lanciano e Gissi)	UO Diabetologia Ospedale di Piacenza	UO Diabetologia – endocrinologia territoriale	Centro Diabetologico Distrettuale	

### Percorso su insufficienza respiratoria grave in pazienti con BPCO

Tabella 3.3

	Alba	Avellino	Bassano	Bologna	Cremona	Ferrara
Esistenza di un percorso formalizzato	No	Sì	Sì	Non completamente formalizzato	Sì	Sì
Numero Unità Operative che partecipano al percorso	–	3	3	–	10	8
Unità Operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso		Pneumologia Presidio Ospedaliero	UO Cure Primarie – Struttura semplice Cure domiciliari e pneumologia territoriale	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente	Pneumologia Azienda Ospedaliera	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente
	Firenze	Lanciano	Piacenza	Thiene	Trieste	
Esistenza di un percorso formalizzato	Sì	Sì	Sì	Sì	Non completamente formalizzato	
Numero Unità Operative che partecipano al percorso	5	7	8	4	11	
Unità Operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso	S.S. Fisiopatologia Respiratoria	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente	UO Fisiopatologia respiratoria ospedaliera	Pneumologia AOU (progressivamente a tendere Servizio Pneumologia Territoriale)	

pazienti con BPCO, la maggior parte delle aziende, come per il diabete, propende per una formalizzazione del percorso di cura, sebbene non in tutte le aziende sia presente un'Unità Organizzativa con ruolo di coordinamento, e, laddove presente, il coordinamento sia tendenzialmente ospedaliero (vedi Tabella 3.3).

Con riferimento alla natura istituzionale delle Unità Organizzative che partecipano al percorso, la situazione è simile a quanto emerso per il percorso precedente, ovvero presenza di molteplici e distinti produttori.

La quasi totalità delle aziende prevede un percorso formalizzato anche per la terza patologia, tumore in fase avanzata gestito in ADO/ADI (vedi Tabella 3.4 a pagina 40), con il coordinamento prevalentemente orientato verso strutture che hanno natura territoriale.

### 3.3 L'INTEGRAZIONE DELLE CURE TRA I PROFESSIONISTI: RIELABORAZIONE DEI DATI DEI QUESTIONARI RACCOLTI DALLE AZIENDE

I risultati dei questionari rivolti a diverse categorie di professionisti (MMG e Specialisti – medici e infermieri professionali), di seguito presentati, sono finalizzati a rilevare e misurare il livello di integrazione professionale nel percorso di cura delle tre patologie individuate.



### Percorso sul tumore in fase avanzata in ADO/ADI

Tabella 3.4

	Alba	Avellino	Bassano	Bologna	Cremona	Ferrara
<b>Esistenza di un percorso formalizzato</b>	No	Si	Si	Si	Non completamente formalizzato	Si
<b>Numero Unità Operative che partecipano al percorso</b>	5	7	3	16	6	11
<b>Unità Operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso</b>	UO Assistenza sanitaria territoriale	Area di coordinamento assistenza anziani – ADI	UO Cure Primarie – Cure palliative	6 Aree Dipartimentali delle Cure Primarie distrettuali	UO Cure Palliative Azienda Ospedaliera	UO Cure Primarie – ADI e MMG
	Firenze	Lanciano	Piacenza	Thiene	Trieste	
<b>Esistenza di un percorso formalizzato</b>	Si	Si	Si	Si	Si	
<b>Numero Unità Operative che partecipano al percorso</b>	9	3	8	3	13	
<b>Unità Operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso</b>	S.S. Cure Palliative Leniterapia per le 4 aree	UOC Oncologia Medica Lanciano	UO Assistenza Primaria distrettuali	UOC Cure Primarie (ADI e MMG) per ciascuno dei due distretti	Unità di Coordinamento delle Cure Palliative (UCCP)	

Le informazioni che verranno di seguito presentate si focalizzano, per ciascuna delle tre patologie, su:

- Le caratteristiche del campione di MMG e Specialisti che hanno risposto al questionario nelle aziende.
- Gli indicatori di integrazione con altri professionisti nel percorso rilevati dai MMG e dagli specialisti.
- L'indice sintetico di calcolo del "livello di integrazione professionale tra professionisti".

#### 3.3.1 Integrazione tra professionisti per la cura del diabete in pazienti con danno d'organo

I MMG che hanno risposto al questionario sono in grande maggioranza maschi, di età di poco superiore ai 50 anni, con circa 1.300 assistiti, e hanno individuato in media 3 altri professionisti con cui interagiscono nel percorso del diabete (vedi Tabella 3.5).

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

I professionisti con cui si relazionano i MMG lavorano principalmente nello stesso o in altro Distretto/Dipartimento aziendale, e la comunicazione avviene prevalentemente

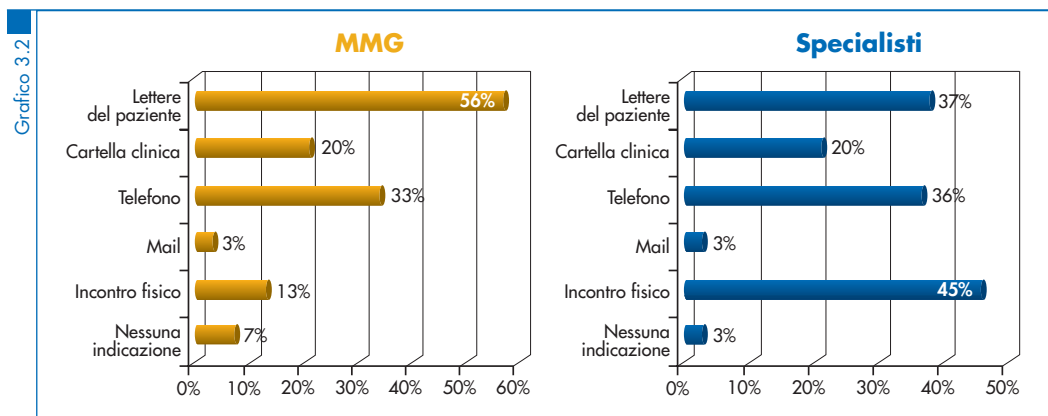
attraverso lettere portate dai pazienti o attraverso il telefono (vedi Grafico 3.2). I MMG tendono a indirizzare i pazienti verso la struttura in cui il professionista con cui si relazionano lavora.

Gli Specialisti sono soprattutto donne, non raggiungono in media i 50 anni, lavorano per lo più in ospedale, sono dipendenti della AUSL e interagiscono in media nel percorso con 3,5 professionisti (vedi Tabella 3.5). La prima figura professionale con cui si relazionano gli Specialisti è quella dell'infermiere (il 48% degli Specialisti si relaziona almeno con un infermiere); seguono diabetologi (34%), nefrologi, cardiologi e dietisti. Nell'analisi delle figure professionali con cui si relazionano gli Specialisti non sono presenti invece i MMG. Gli Specialisti si relazionano prevalentemente con professionisti che lavorano nello stesso Distretto/Dipartimento, o nella stessa unità, e la comunicazione avviene per lo più attraverso incontro fisico e lettera del paziente (vedi Grafico 3.2).

### Caratteristiche del campione di MMG e Specialisti che hanno risposto al questionario - Diabete

	MMG - Diabete	Specialisti - Diabete
Numero questionari	94	99
Età media professionisti	53	48
% maschi	77%	38%
% femmine	23%	62%
Numero medio assistiti (solo per MMG)	1.299	-
% professionisti che lavora in struttura ospedaliera (solo per specialisti)	-	75%
Numero relazioni professionali individuate dai professionisti	281	351
Numero medio relazioni individuate per singolo questionario	2,99	3,55

### Modalità di comunicazione di MMG e Specialisti con altri professionisti - Diabete



### Indicatori di integrazione con altri professionisti da parte di MMG e Specialisti - Diabete

Tabella 3.6

	MMG - Diabete	Specialisti - Diabete	Sintesi MMG e Specialisti
% professionisti individuati che lavorano in struttura ospedaliera	59%	70%	65%
Numero medio contatti telefonici tra professionisti nell'ultimo anno	11	18	14
Numero medio contatti via mail tra professionisti nell'ultimo anno	0,11	2	0,88
Numero medio incontri fisici tra professionisti nell'ultimo anno	5	46	26
Numero medio incontri extra-professionali tra professionisti	2	4	3
% pazienti visitati da entrambi i professionisti	28%	40%	35%
% pazienti visitati sia dal MMG/Specialista che compila il questionario sia da altri professionisti che lavorano nella struttura del professionista con cui si relaziona	30%	38%	34%
Livello medio di accordo tra i professionisti sui protocolli diagnostico-terapeutici (scala 1-5)	3,79	4,14	3,99
Livello medio di utilizzo dello stesso database informativo da parte dei professionisti (scala 1-5)	2,45	2,95	2,73

Gli Specialisti preferiscono indirizzare i pazienti soprattutto verso il professionista specifico e la struttura.

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 3,24 (vedi Tabelle 3.6 e 3.7). Esso è più elevato negli Specialisti (4,03) che nei MMG (2,40); gli Specialisti presentano inoltre maggiori livelli di integrazione per tutte e tre le dimensioni di analisi, con una significativa differenza nella frequenza dello scambio informativo interprofessionale.

Il forte delta tra il livello di integrazione rilevato nei MMG e negli Specialisti è dovuto principalmente al fatto che i MMG concepiscono come ambito di integrazione la relazione tra mondo ospedaliero e territoriale, mentre gli Specialisti identificano l'integrazione come prevalentemente rivolta ad altri attori ospedalieri. Tale sostanziale differenza percettiva influenza in maniera significativa i rispettivi indici di integrazione misurati e trova conferma anche con riferimento alle altre due patologie.

### Indice sintetico di integrazione professionale - Diabete

Tabella 3.7

	MMG - Diabete	Specialisti - Diabete	Valore medio nel percorso Diabete
Frequenza dello scambio informativo interprofessionale	0,95	5,00	3,00
Livello di condivisione dei PDTA tra i professionisti	3,79	4,14	3,99
Livello di condivisione e utilizzo di sistemi informativi comuni	2,45	2,95	2,73
<b>Indice sintetico di integrazione professionale</b>	<b>2,40</b>	<b>4,03</b>	<b>3,24</b>

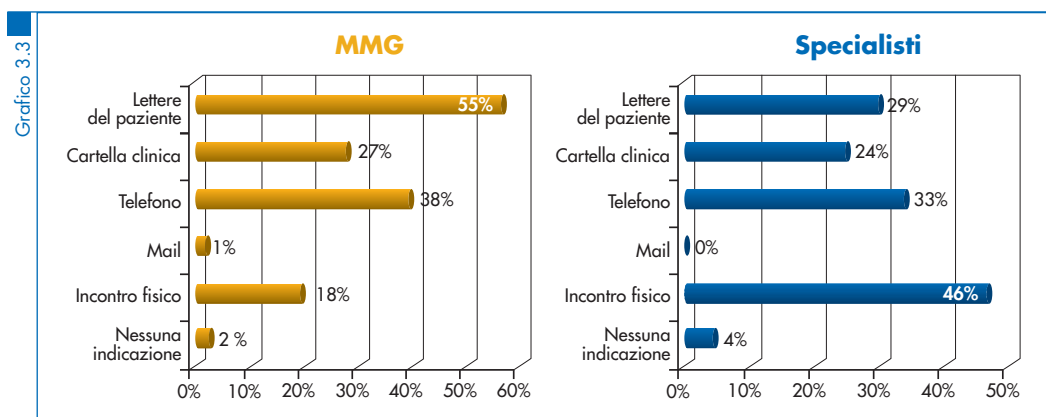
### 3.3.2 Integrazione tra professionisti per la cura di pazienti con insufficienza respiratoria grave connessa a BPCO

I MMG che hanno risposto al questionario sono in grande maggioranza maschi, di quasi 55 anni, con poco meno di 1.300 assistiti, e hanno individuato in media 2,26 altri professionisti con cui interagiscono nel percorso BPCO (vedi Tabella 3.8). Tutti i MMG, in media, si relazionano con pneumologi, in misura molto minore con infermieri (31%) e con cardiologi (23%). I professionisti con cui si relazionano i MMG lavorano principalmente nello stesso o in altro Distretto/Dipartimento aziendale, e comunicano tra di loro prevalentemente attraverso lettere portate dai pazienti (vedi Grafico 3.3). I MMG indirizzano prevalentemente i pazienti verso la struttura, e in misura decisamente minore verso lo specifico professionista.

#### Caratteristiche del campione di MMG e Specialisti che hanno risposto al questionario - BPCO

	MMG - BPCO	Specialisti - BPCO
Numero questionari	90	76
Età media professionisti	54	48
% maschi	69%	47%
% femmine	31%	53%
Numero medio assistiti (solo per MMG)	1.286	—
% professionisti che lavora in struttura ospedaliera (solo per specialisti)	—	73%
Numero relazioni professionali individuate dai professionisti	203	262
Numero medio relazioni individuate per singolo questionario	2,26	3,45

#### Modalità di comunicazione di MMG e Specialisti con altri professionisti - BPCO



### Indicatori di integrazione con altri professionisti da parte di MMG e Specialisti - BPCO

Tabella 3.9

	MMG - BPCO	Specialisti - BPCO	Sintesi MMG e Specialisti
% professionisti individuati che lavorano in struttura ospedaliera	63%	59%	61%
Numero medio contatti telefonici tra professionisti nell'ultimo anno	6	16	11
Numero medio contatti via mail tra professionisti nell'ultimo anno	0,01	0,82	0,40
Numero medio incontri fisici tra professionisti nell'ultimo anno	6	38	23
Numero medio incontri extra-professionali tra professionisti	2	2	2
% pazienti visitati da entrambi i professionisti	30%	34%	32%
% pazienti visitati sia dal MMG/Specialista che compila il questionario sia da altri professionisti che lavorano nella struttura del professionista con cui si relaziona	28%	31%	30%
Livello medio di accordo tra i professionisti sui protocolli diagnostico-terapeutici (scala 1-5)	3,82	3,84	3,83
Livello medio di utilizzo dello stesso database informativo da parte dei professionisti (scala 1-5)	2,55	2,93	2,75

Gli Specialisti sono poco più della metà donne, non raggiungono in media i 50 anni, lavorano per lo più in ospedale, sono dipendenti della AUSL e interagiscono in media nel percorso con quasi 3,5 professionisti (vedi Tabella 3.8 a pagina 43). Il 58% degli Specialisti, in media, si relaziona con pneumologi, il 45% con l'infermiere, il 27% con il cardiologo e il 16% con il MMG. Gli Specialisti si relazionano prevalentemente con professionisti che lavorano nella stessa unità e nello stesso Distretto/Dipartimento, e le modalità di comunicazione più utilizzate sono gli incontri fisici (46%), ai quali seguono il contatto telefonico e la lettera del paziente (vedi Grafico 3.3 a pagina 43). Gli Specialisti preferiscono indirizzare i pazienti verso la struttura o il professionista, ma presentano valori molto elevati di non risposta alla domanda. L'indice sintetico medio di integrazione professionale per il percorso della BPCO, in una scala da 1 a 5, è di 3,06 (vedi Tabelle 3.9 e 3.10). Come per il diabete, anche per la BPCO esso è più elevato negli Specialisti (3,65) che nei MMG (2,39), e buona parte di tale scarto è dovuto all'ampia differenza nella frequenza dello scambio informativo.

### Indice sintetico di integrazione professionale - BPCO

Tabella 3.10

	MMG - BPCO	Specialisti - BPCO	Valore medio nel percorso BPCO
Frequenza dello scambio informativo interprofessionale	0,81	4,19	2,60
Livello di condivisione dei PDTA tra i professionisti	3,82	3,84	3,83
Livello di condivisione e utilizzo di sistemi informativi comuni	2,55	2,93	2,75
<b>Indice sintetico di integrazione professionale</b>	<b>2,39</b>	<b>3,65</b>	<b>3,06</b>

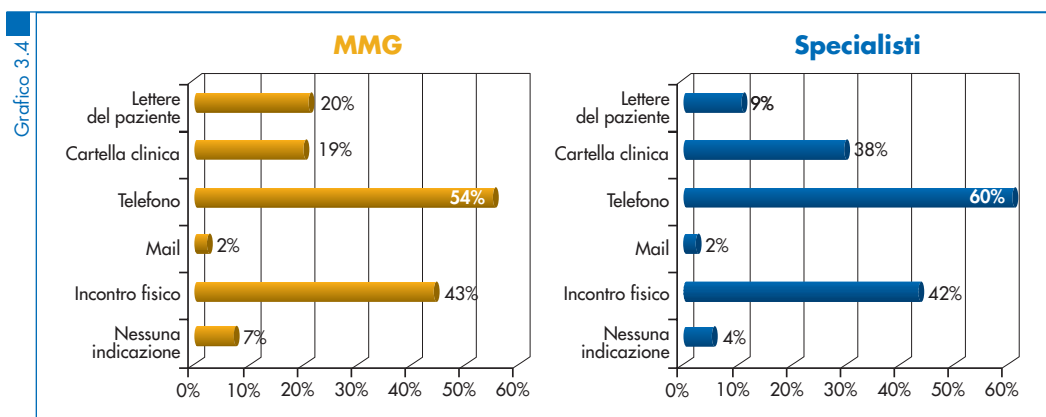
### 3.3.3 Integrazione tra professionisti per la cura di pazienti affetti da tumori in fase avanzata in ADO/ADI

I MMG che hanno risposto al questionario sono in grande maggioranza maschi, di età media 52 anni, con 1.274 assistiti, e hanno individuato in media 2,7 altri professionisti con cui interagiscono nel percorso tumore (vedi Tabella 3.11). Il 66% dei MMG del campione si relaziona con un oncologo, il 61% con un infermiere, e circa uno su cinque con il palliativista e il chirurgo. I professionisti con cui si relazionano i MMG lavorano principalmente nello stesso Distretto/Dipartimento aziendale, e comunicano tra loro prevalentemente attraverso telefono e incontro fisico (vedi Grafico 3.4). I MMG indirizzano i pazienti prevalentemente verso la struttura, e in misura minore verso lo specifico professionista.

#### Caratteristiche del campione di MMG e Specialisti che hanno risposto al questionario - Tumore

	MMG - Tumore	Specialisti - Tumore
Numero questionari	83	80
Età media professionisti	52	45
% maschi	76%	35%
% femmine	24%	65%
Numero medio assistiti (solo per MMG)	1.274	—
% professionisti che lavora in struttura ospedaliera (solo per specialisti)	—	54%
Numero relazioni professionali individuate dai professionisti	224	234
Numero medio relazioni individuate per singolo questionario	2,70	2,93

#### Modalità di comunicazione di MMG e Specialisti con altri professionisti - Tumore



### Indicatori di integrazione con altri professionisti da parte di MMG e Specialisti - Tumore

	MMG - Tumore	Specialisti - Tumore	Sintesi MMG e Specialisti
% professionisti individuati che lavorano in struttura ospedaliera	55%	34%	45%
Numero medio contatti telefonici tra professionisti nell'ultimo anno	10	22	16
Numero medio contatti via mail tra professionisti nell'ultimo anno	0,88	3	2
Numero medio incontri fisici tra professionisti nell'ultimo anno	7	36	22
Numero medio incontri extra-professionali tra professionisti	1	2	2
% pazienti visitati da entrambi i professionisti	40%	41%	40%
% pazienti visitati sia dal MMG/Specialista che compila il questionario sia da altri professionisti che lavorano nella struttura del professionista con cui si relaziona	31%	42%	36%
Livello medio di accordo tra i professionisti sui protocolli diagnostico-terapeutici (scala 1-5)	4,15	3,88	4,01
Livello medio di utilizzo dello stesso database informativo da parte dei professionisti (scala 1-5)	2,75	2,77	2,76

Gli Specialisti sono per il 65% donne, hanno in media 45 anni, lavorano per lo più in ospedale, sono dipendenti della AUSL e interagiscono in media nel percorso con 2,93 professionisti (vedi Tabella 3.11 a pagina 45). Il 63% degli Specialisti si relaziona con il MMG; il 42% con l'oncologo e il 40% con l'infermiere; il 27% con il palliativista. Gli Specialisti si relazionano prevalentemente con professionisti che lavorano nello stesso o in altro Distretto/Dipartimento dell'azienda o nella stessa unità, e comunicano tra loro prevalentemente via telefono, e in misura minore attraverso l'incontro fisico (vedi Grafico 3.4 a pagina 45). Gli Specialisti indirizzano i pazienti verso la struttura e lo specifico professionista, ma la maggior parte non ha risposto alla domanda.

L'indice sintetico medio di integrazione professionale per il percorso del diabete, in una scala da 1 a 5, è di 3,17 (vedi Tabelle 3.12 e 3.13). Esso è più elevato negli Specialisti (3,68) che nei MMG (2,69); in particolare la differenza maggiore, come nelle altre due patologie, riguarda la frequenza dello scambio informativo interprofessionale.

### Indice sintetico di integrazione professionale - Tumore

	MMG - Tumore	Specialisti - Tumore	Valore medio nel percorso Tumore
Frequenza dello scambio informativo interprofessionale	1,17	4,38	2,75
Livello di condivisione dei PDTA tra i professionisti	4,15	3,88	4,01
Livello di condivisione e utilizzo di sistemi informativi comuni	2,75	2,77	2,76
<b>Indice sintetico di integrazione professionale</b>	<b>2,69</b>	<b>3,68</b>	<b>3,17</b>

### 3.3.4 Confronto dell'indice di integrazione nei tre percorsi

Gli indici sintetici per i 3 percorsi risultano tendenzialmente allineati: diabete 3,24; BPCO 3,06; tumore 3,17 (vedi Tabella 3.14). Caratteristica comune a tutti i percorsi è la presenza di valori più elevati per gli Specialisti rispetto a quelli dei MMG; in particolare, tale differenza è particolarmente significativa con riferimento al primo indicatore, ovvero la frequenza dello scambio informativo interprofessionale, che nei MMG presenta valori intorno a 1 mentre negli Specialisti supera il 4. Relativamente alle altre due dimensioni che compongono l'indicatore sintetico, i professionisti (siano essi MMG o specialisti) presentano buoni livelli di condivisione dei percorsi diagnostico terapeutici per le tre patologie, mentre invece evidenziano limiti significativi nell'utilizzo e nella condivisione di sistemi informativi comuni (valori inferiori a 3). Tale dato trova riscontro nel livello estremamente basso di utilizzo delle e-mail quale strumento di comunicazione delle informazioni.

#### Indice sintetico di integrazione professionale nei tre percorsi per patologia

Tabella 3.14

	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	0,95	5,00	3,00	0,81	4,19	2,60	1,17	4,38	2,75
Livello di condivisione dei PDTA tra i professionisti	3,79	4,14	3,97	3,82	3,84	3,83	4,15	3,88	4,02
Livello di condivisione e utilizzo di sistemi informativi comuni	2,45	2,95	2,70	2,55	2,93	2,74	2,75	2,77	2,76
<b>Indice sintetico di integrazione professionale</b>	<b>2,40</b>	<b>4,03</b>	<b>3,24</b>	<b>2,39</b>	<b>3,65</b>	<b>3,06</b>	<b>2,69</b>	<b>3,68</b>	<b>3,17</b>

### 3.4 LA CONTINUITÀ DELLE CURE PERCEPITA DAI PAZIENTI: RIELABORAZIONE DEI DATI DEI QUESTIONARI RACCOLTI DALLE AZIENDE

Vengono ora presentati i risultati dei questionari rivolti ai pazienti finalizzati a rilevare e misurare il livello di continuità delle cure percepita nel percorso di cura delle tre patologie individuate.

Anche in questo caso, come per i risultati sull'integrazione professionale, le informazioni presentate si focalizzano su alcune dimensioni di analisi:



- 1) Le caratteristiche del campione di pazienti che hanno risposto al questionario nelle diverse aziende.
- 2) Gli indicatori di continuità delle cure percepita dai pazienti rilevati nel questionario.
- 3) L'indice sintetico di calcolo della "continuità percepita delle cure".

### **3.4.1 La continuità delle cure percepita da pazienti affetti da diabete con danno d'organo**

Il paziente medio affetto da Diabete con danno d'organo può essere con analoghe probabilità uomo o donna, con età media di 68 anni (vedi Tabella 3.15).

Il paziente medio affetto da Diabete con danno d'organo ha poco più di un contatto e mezzo al mese con personale sanitario, viene contattato dalla AUSL 2 volte all'anno, effettua in media 7 esami del sangue e viene visitato più di una volta al mese da medico e infermiere (vedi Tabella 3.16).

L'indice sintetico di continuità delle cure percepita in pazienti affetti da Diabete con danno d'organo è medio alto, pari, lungo una scala da 1 a 5 a 3,52 (vedi Tabella 3.17). Gli indicatori presentano tutti valori molto alti, eccetto l'indice medio di continuità longi-

#### **Caratteristiche del campione di pazienti che hanno risposto al questionario - Diabete**

Pazienti - Diabete		
Tabella 3.15	Numero questionari ricevuti	129
	Età media	68
	% pazienti maschi	50%
	% pazienti femmine	50%

#### **Indicatori di continuità percepita delle cure - Diabete**

Pazienti - Diabete			
Tabella 3.16	Misure di continuità longitudinale	Numero medio annuo di contatti con personale sanitario	19
		Numero medio annuo di contatti con l'azienda sanitaria locale	2
		Numero medio annuo di esami del sangue	7
		Numero medio di visite da parte di medico/infermiere	15
	Indice medio di accessibilità	3,80	
	Indice medio di qualità delle relazioni	4,19	
	Indice medio di unitarietà diagnostico-terapeutica percepita	3,90	

### Indice medio di continuità delle cure percepita dai pazienti - Diabete

Valore medio nel percorso Diabete		
Tabella 3.17	Indice medio di continuità longitudinale	2,18
	Indice medio di accessibilità	3,80
	Indice medio di qualità delle relazioni	4,19
	Indice medio di unitarietà diagnostico-terapeutica percepita	3,90
	<b>Indice sintetico di continuità delle cure percepita</b>	<b>3,52</b>

tudinale (ossia il livello di frequenza della relazione e dello scambio informativo tra paziente e professionista), che ha un valore di 2,18.

### 3.4.2 La continuità delle cure percepita da pazienti con insufficienza respiratoria grave connessa a BPCO

Il paziente medio affetto da BPCO che ha risposto al questionario è per lo più maschio, di età 75 anni (vedi Tabella 3.18).

Il paziente ha in media un contatto e mezzo al mese con personale sanitario, viene contattato dalla AUSL due volte all'anno, effettua circa 6 esami del sangue all'anno e riceve visite da parte di medico o infermiere poco più di una volta al mese (vedi Tabella 3.19 a pagina 50). L'indice sintetico di continuità delle cure percepita dai pazienti con insufficienza respiratoria grave connessa a BPCO è di 3,45 (vedi Tabella 3.20 a pagina 50). Anche in questo caso, il valore più basso è dato dall'indice medio di continuità longitudinale.

### Caratteristiche del campione di pazienti che hanno risposto al questionario - BPCO

Pazienti - BPCO		
Tabella 3.18	Numero questionari ricevuti	118
	Età media	75
	% pazienti maschi	58%
	% pazienti femmine	42%

### 3.4.3 La continuità delle cure percepita da pazienti affetti da tumori in fase avanzata in ADO/ ADI

Il paziente medio affetto da tumore in fase avanzata che ha risposto al questionario è per lo più donna, di età di 70 anni (vedi Tabella 3.21 a pagina 50).

### Indicatori di continuità percepita delle cure - BPCO

		Pazienti - BPCO
Tabella 3.19 Misure di continuità longitudinale	Numero medio annuo di contatti con personale sanitario	18
	Numero medio annuo di contatti con l'azienda sanitaria locale	2
	Numero medio annuo di esami del sangue	6
	Numero medio di visite da parte di medico/infermiere	16
Indice medio di accessibilità		3,74
Indice medio di qualità delle relazioni		4,12
Indice medio di unitarietà diagnostico-terapeutica percepita		3,77

### Indice medio di continuità delle cure percepita dai pazienti - BPCO

		Valore medio nel percorso BPCO
Tabella 3.20	Indice medio di continuità longitudinale	2,16
	Indice medio di accessibilità	3,74
	Indice medio di qualità delle relazioni	4,12
	Indice medio di unitarietà diagnostico-terapeutica percepita	3,77
	<b>Indice sintetico di continuità delle cure percepita</b>	<b>3,45</b>

### Caratteristiche del campione di pazienti che hanno risposto al questionario - Tumore

		Pazienti - Tumore
Tabella 3.21	Numero questionari ricevuti	95
	Età media	70
	% pazienti maschi	48%
	% pazienti femmine	52%

Il paziente medio affetto da tumore ha in media poco più di 4 contatti al mese con personale sanitario, viene contattato dalla AUSL poco più di due volte all'anno, effettua circa 15 esami del sangue all'anno e riceve visite da parte di medico o infermiere poco meno di 3 volte al mese (vedi Tabella 3.22).

L'indice sintetico di continuità delle cure percepita dai pazienti affetti da tumori in fase avanzata in ADO/ ADI è di 4,42 (vedi Tabella 3.23). I valori degli indicatori utilizzati sono tutti superiori al 4; in particolare, diversamente da quanto rilevato per le due patologie precedenti, l'indice medio di continuità longitudinale è il più elevato.

### Indicatori di continuità percepita delle cure - Tumore

Tabella 3.22

		Pazienti - Tumore
Misure di continuità longitudinale	Numero medio annuo di contatti con personale sanitario	51
	Numero medio annuo di contatti con l'azienda sanitaria locale	2
	Numero medio annuo di esami del sangue	15
	Numero medio di visite da parte di medico/infermiere	32
Indice medio di accessibilità		4,11
Indice medio di qualità delle relazioni		4,42
Indice medio di unitarietà diagnostico-terapeutica percepita		4,15

### Indice medio di continuità delle cure percepita dai pazienti - Tumore

Tabella 3.23

	Valore medio nel percorso Tumore
Indice medio di continuità longitudinale	5,00
Indice medio di accessibilità	4,11
Indice medio di qualità delle relazioni	4,42
Indice medio di unitarietà diagnostico-terapeutica percepita	4,15
<b>Indice sintetico di continuità delle cure percepita</b>	<b>4,42</b>

#### 3.4.4 Confronto dell'indice di continuità delle cure percepita dai pazienti

L'indice sintetico medio di continuità percepita per il percorso del tumore è il più elevato dei tre percorsi per patologia (4,42); tuttavia anche l'indice per il diabete (3,52) e quello per la BPCO (3,45) presentano valori medio-alti (vedi Tabella 3.24).

### Indice sintetico di continuità percepita nei tre percorsi per patologia

Tabella 3.24

	Valore medio nel percorso Diabete	Valore medio nel percorso BPCO	Valore medio nel percorso Tumore
Indice medio di continuità longitudinale	2,18	2,16	5,00
Indice medio di accessibilità	3,80	3,74	4,11
Indice medio di qualità delle relazioni	4,19	4,12	4,42
Indice medio di unitarietà diagnostico-terapeutica percepita	3,90	3,77	4,15
<b>Indice sintetico di continuità delle cure percepita</b>	<b>3,52</b>	<b>3,45</b>	<b>4,42</b>

Nonostante il percorso del tumore presenti valori più elevati per tutti e quattro gli indicatori di continuità, la differenza principale può essere individuata nell'indice medio di continuità longitudinale, che presenta un valore intorno al 2 per i percorsi di diabete e BPCO, e che invece raggiunge il massimo nel percorso del tumore. Questa evidenza suggerisce come la gravità delle condizioni cliniche dei pazienti, più ancora del livello di coordinamento organizzativo del percorso, costituisca un *driver* esplicativo della frequenza relazionale tra pazienti e professionisti sanitari.

### **3.5 EVIDENZE QUALITATIVE EMERSE DAI FOCUS GROUP CONDOTTI DALLE AZIENDE**

Dopo aver inviato i questionari e aver analizzato un campione selezionato di professionisti e di pazienti, i referenti delle aziende del campione si sono riuniti in *focus group* per patologia in ogni singola azienda per valutare da un punto di vista qualitativo punti di forza, criticità e ipotesi migliorative dei tre percorsi. Durante tali *focus group* sono emersi alcuni spunti rilevanti che possono essere utilizzati da un lato come conferma delle informazioni ottenute dalla rielaborazione dei questionari rivolti ai MMG e agli specialisti, dall'altro come ulteriori elementi di riflessione sull'integrazione professionale. Nella Tabella 3.25 vengono presentati i principali temi emersi durante le discussioni e una sintesi delle risposte date dalle aziende.

### **3.6 POSSIBILI DRIVER DEL LIVELLO DI INTEGRAZIONE PROFESSIONALE**

Dopo aver presentato i dati emersi dalla rielaborazione dei questionari inviati a pazienti e professionisti, ci si concentra ora sul tentativo di individuare possibili fattori in grado di spiegare il livello di integrazione tra i professionisti, e quindi in grado di influenzarlo. In particolare sono state identificate alcune variabili organizzative e di contesto, scelte come variabili indipendenti, che sono state messe in relazione con il livello di integrazione professionale, scelto come variabile dipendente. Lo scopo di tali correlazioni, considerato il numero relativamente ridotto di osservazioni (14 aziende), non è chiaramente quello di fornire una fotografia statisticamente significativa delle evidenze analizzate, bensì quello di suggerire alcune prime indicazioni che sembrano emergere dai dati raccolti e di indicare un possibile metodo di ricerca di potenziali *driver* esplicativi del livello di integrazione professionale, eventualmente da estendere in futuro a un numero più ampio di aziende.

La prima riflessione strategica che emerge riguarda il rapporto tra la frequenza dello scambio informativo fra MMG e Specialisti e il contesto all'interno del quale le aziende sono inserite, distinguendo fra contesto metropolitano (numero di abitanti superiore a 200.000), contesto cittadino (numero di abitanti compreso fra 50.000 e 200.000) e contesto rurale (numero di abitanti inferiore a 50.000). I grafici riportati di seguito (vedi Grafico 3.5 a pagina 55)

## Evidenze principali dei focus group

Tabella 3.25	DOMANDE	Diabete	BPCO	Tumori in ADI
	<b>Quali sono le modalità di coordinamento tra i professionisti?</b>	Prevalentemente lettera/referto portata dal paziente o telefono. Più rari incontri fisici. Le aziende cercano di definire percorsi condivisi per individuare <i>"chi fa cosa, quando, dove (e possibilmente come)"</i> .	Corrispondenza clinica (lettera di referto) o telefonica. Rari incontri fisici. In alcune realtà il coordinamento è facilitato dalla presenza di figure quali l'infermiere di distretto, che comunica con MMG e specialista attraverso cartelle a domicilio. <i>"La comunicazione parte tendenzialmente dal MMG. Solo in via eccezionale, e per casi particolarmente gravi, parte dallo Specialista"</i> .	Sono presenti apposite modalità organizzative che facilitano il coordinamento: ad esempio Unità di Coordinamento Cure Palliative, incontri tra professionisti in cui si definiscono ruoli e responsabilità, o cartelle sanitarie integrate. In tutte le aziende sono presenti comunicazioni tra MMG e Specialisti basati su documenti clinici e via telefono.
	<b>Ha avuto la percezione che i professionisti diano ai pazienti risposte coerenti tra di loro?</b>	Risposte tendenzialmente coerenti, facilitate dalla presenza di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• valutazioni multidisciplinari;</li> <li>• eventi di formazione e aggiornamento continuo che coinvolgono diverse categorie di professionisti.</li> </ul>	Le risposte sono tendenzialmente coerenti, soprattutto in quelle realtà e in quei casi in cui viene effettuata una Valutazione multidisciplinare integrata. <i>"Si evidenzia come la stima e la fiducia reciproca, più delle modalità organizzative, determinano l'assonanza delle risposte date ai pazienti"</i> .	Tendenzialmente sì, anche se non mancano situazioni in cui le risposte dei professionisti non sembrano coerenti. Presenza di modalità organizzative che incentivano il coordinamento (valutazioni multidisciplinari, o presa in carico da parte di case manager di percorso) sembrano correlate a buona coerenza delle risposte. Al contrario, l'assenza di un care giver prevalente di percorso ha effetti negativi sulla coerenza delle risposte.
	<b>Le prescrizioni dei medici sono realizzabili alla luce del contesto locale?</b>	Tendenzialmente sì, e ancor più quando il percorso avviene tutto in ambito territoriale. Strumenti quali i PDTA o la gestione autonoma delle prenotazioni da parte del Centro Diabete facilitano il contenimento delle liste di attesa.	Tendenzialmente sì, in particolare quando il paziente entra in un percorso formalizzato (ad esempio modalità di day service) con prenotazione diretta attraverso canale dedicato. In alcuni casi le aziende fronteggiano le liste di attesa attraverso <i>"l'acquisto di prestazioni aggiuntive rispetto al bisogno"</i> .	In genere sì, anche se alcune tipologie di prestazioni (ad esempio di riabilitazione) in diverse realtà presentano lunghe liste di attesa. La presenza di percorsi formalizzati e di criteri di urgenza nelle prenotazioni per i pazienti in ADI facilitano la riduzione delle liste di attesa. In una realtà si evidenzia come <i>"i MMG riescono a ottenere visite e prestazioni telefonando personalmente (e quindi non rispettando il percorso formalizzato) per sollecitare l'urgenza della prenotazione"</i> .
	<b>Le modalità di prenotazione facilitano o rendono più difficoltosa l'integrazione?</b>	Forti differenze nelle modalità organizzative di prenotazione tra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• aziende in cui è presente una <i>"prenotazione personalizzata"</i> gestita dal Centro Diabete, che rende possibile la continuità delle cure con lo stesso professionista;</li> <li>• aziende (soprattutto quelle in cui il percorso è prevalentemente ospedaliero) in cui i sistemi di prenotazione non rendono possibile la scelta del professionista.</li> </ul>	Giudizi discordanti delle aziende. In quelle realtà in cui la prenotazione avviene tramite CUP, i livelli di integrazione risultano poco elevati (impossibilità di scelta del professionista). Livelli elevati invece in quelle aziende in cui è presente la figura di un case manager di percorso, che facilita la prenotazione.	Tendenzialmente <i>"le modalità CUP rendono più difficile l'integrazione, ma spesso vengono saltate con contatti diretti"</i> . La presenza di percorsi territoriali con apposite <i>"corsie"</i> di prenotazione consente al MMG un <i>"controllo periodico dello stato clinico del paziente e la messa a fuoco di eventuali variazioni nel percorso di assistenza"</i> . <i>"Crediamo che si debba presentare all'utenza un pacchetto di prestazioni tutto compreso e coordinato a monte da un case manager"</i> .
	<b>Sono presenti meccanismi di automazione?</b>	La cartella clinica informatizzata per il paziente diabetico è presente in quasi tutte le realtà. Non sempre, però, MMG e Specialisti territoriali condividono lo stesso strumento. Quasi mai, invece, vi è integrazione informatizzata tra centri ospedalieri e territoriali.	In quasi tutte le aziende sono presenti cartelle informatizzate e registri pazienti elettronici.	Meccanismi di automazione quali la cartella clinica informatizzata o la messa in rete delle informazioni relative al paziente presso tutti i MMG sono assenti in tutte le aziende.

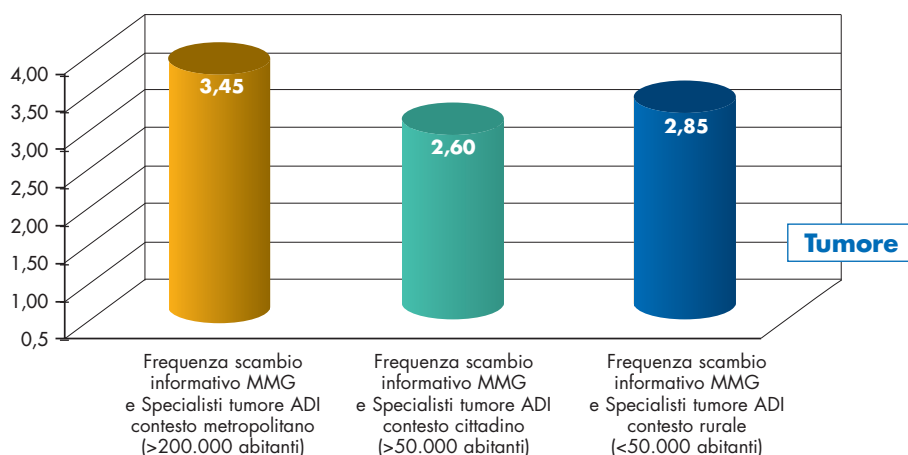
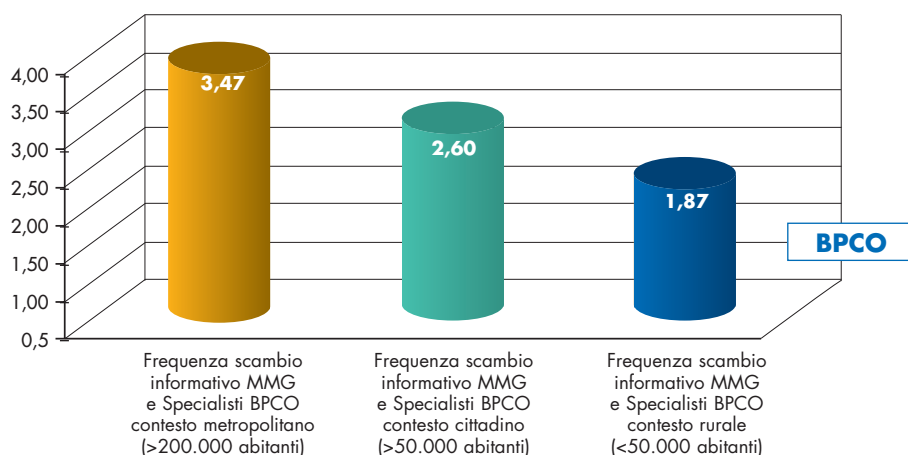
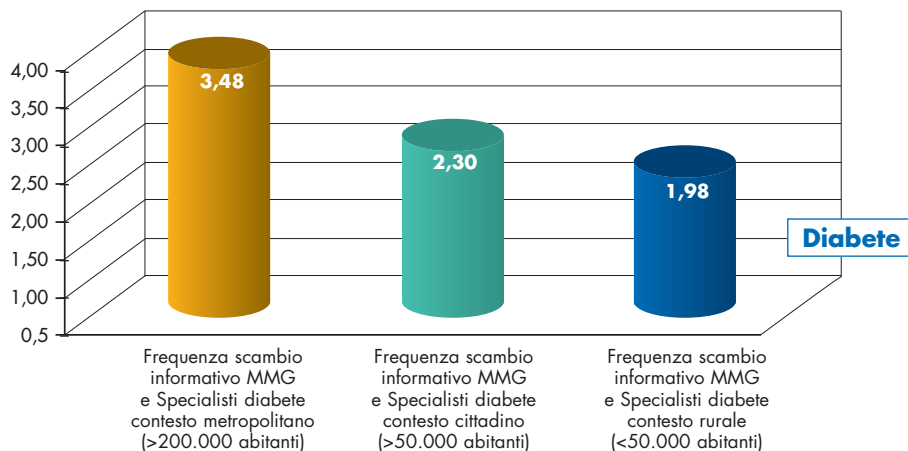
seguito

Tabella 3.25

DOMANDE	Diabete	BPCO	Tumori in ADI
<b>Che tipo di necessità hanno i pazienti con la patologia assegnata dal punto di vista dell'integrazione delle cure?</b>	<p>Due esigenze prevalenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• addestramento all'autocura (somministrazione farmacologica);</li> <li>• tutte le visite/prestazioni in una stessa struttura da parte dello stesso specialista.</li> </ul> <p><i>"Per il paziente l'integrazione tra professionisti potrebbe anche non esistere, se potesse avere tutto e sempre presso il Centro Diabetologico".</i></p>	<p>In alcuni casi riduzione dei tempi di accesso in attesa del contatto con lo specialista. In generale esigenza di maggiore ascolto da parte dei medici, poiché <i>"il MMG sembra conoscere bene la storia del paziente, ma non lo stato presente del paziente"</i>.</p> <p>L'esigenza principale dei pazienti sembra perciò quella di avere un <i>"medico come punto di riferimento attivo e non passivo"</i>.</p>	<p>Esigenza di avere dei percorsi assistenziali chiari e coordinati con riferimento al <i>"percorso palliativistico"</i>.</p> <p>Con specifico riferimento ai pazienti in fase terminale, esigenza di interventi sociali di sostegno alla famiglia e di <i>"accompagnamento"</i>.</p>
<b>Che tipo di attitudini hanno i professionisti intervistati verso l'integrazione delle cure?</b>	<p>Tendenzialmente buone sia da parte dei MMG che degli Specialisti. Lo strumento principale di integrazione sembra essere la lettera/referto di fine visita.</p> <p><i>"Spesso l'integrazione è percepita come un'esigenza da parte degli stessi professionisti, perché diminuisce l'ansia della responsabilità"</i>.</p>	<p>Tendenzialmente buone, con comunicazioni prevalenti attraverso lettere/referto di fine visita e telefono.</p> <p>In alcuni casi, <i>"l'integrazione è molto buona da parte dei MMG, limitata invece solo alle situazioni di urgenza da parte dello specialista"</i>.</p> <p>In una realtà, i professionisti si lamentano <i>"dell'indifferenza delle amministrazioni su tutto ciò che non dà risultati immediati e tangibili"</i>.</p>	<p>Tendenzialmente buone (via telefono), anche se non mancano situazioni in cui si riscontrano ostilità a un coordinamento centrale e autoreferenzialità da parte dei professionisti.</p> <p>In alcune situazioni vi sono problemi di integrazione tra professionisti medici e assistenti sociali, <i>"poiché l'assistente sociale viene percepita dai medici come una figura meno importante"</i>.</p>
<b>Esiste una relazione tra la continuità delle cure percepita e l'effettiva integrazione delle cure?</b>	<p>Tendenzialmente sì.</p>	<p>Giudizi discordanti da parte dei referenti dei gruppi di lavoro aziendali. In alcuni casi sì, in altri solo parzialmente, in altri casi viene ritenuto difficile un giudizio.</p> <p>Per un gruppo aziendale, <i>"questa relazione non esiste in quei casi in cui non è possibile sviluppare una presa in carico sul territorio"</i>.</p> <p>Secondo altri, <i>"al paziente importa poco dell'organizzazione intermedia se non per quanto riguarda la risposta che ottiene al suo problema"</i>.</p>	<p>Giudizi discordanti da parte dei referenti dei gruppi di lavoro aziendali.</p>
<b>Quali strumenti aziendali, o routine dei professionisti, funzionano bene per l'integrazione delle cure?</b>	<p>Strumenti che agevolano l'integrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PDTA condivisi tra professionisti;</li> <li>• formazione a gruppi eterogenei di professionisti;</li> <li>• visite congiunte MMG/specialista, e presenza di team diabetologico;</li> <li>• cartella clinica informatizzata;</li> <li>• distrettualizzazione dei centri per la cura del diabete.</li> </ul>	<p>Strumenti che agevolano l'integrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PDTA condivisi tra professionisti;</li> <li>• cartella clinica informatizzata;</li> <li>• in alcune aziende, incontri periodici tra professionisti;</li> <li>• unità valutativa multidisciplinare distrettuale;</li> <li>• in alcune aziende, <i>day service</i>;</li> <li>• visite specialistiche multidisciplinari.</li> </ul>	<p>Strumenti che agevolano l'integrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PDTA condivisi tra professionisti;</li> <li>• cartella clinica informatizzata;</li> <li>• formazione a gruppi eterogenei di professionisti.</li> </ul>
<b>Quali strumenti aziendali, o routine dei professionisti, non danno i risultati che ci si attenderebbe per l'integrazione delle cure?</b>	<p>Strumenti che ostacolano l'integrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alcuni software informatici integrati per la condivisione e lo scambio di informazioni;</li> <li>• linee telefoniche per consulti a distanza;</li> <li>• PDTA, se non condivisi tra i professionisti ma <i>"imposti top down"</i>.</li> </ul>	<p>Strumenti che ostacolano l'integrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eccessiva autoreferenzialità da parte dei professionisti;</li> <li>• sistema di prenotazione tramite CUP;</li> <li>• PDTA non condivisi.</li> </ul> <p>In un'azienda, i professionisti si lamentano di <i>"circolari cartacee, dirigismo, atmosfera da caserma"</i>.</p>	<p>Strumenti che ostacolano l'integrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• scarsi risultati nell'uso di procedure informatizzate;</li> <li>• unità di Coordinamento delle Cure Palliative (laddove presente);</li> <li>• associazionismo MMG;</li> <li>• riunioni collegiali (laddove presenti, <i>"poco fatte e poco frequentate"</i>).</li> </ul>

### Contesto metropolitano, cittadino o rurale e livello di integrazione

Grafico 3.5



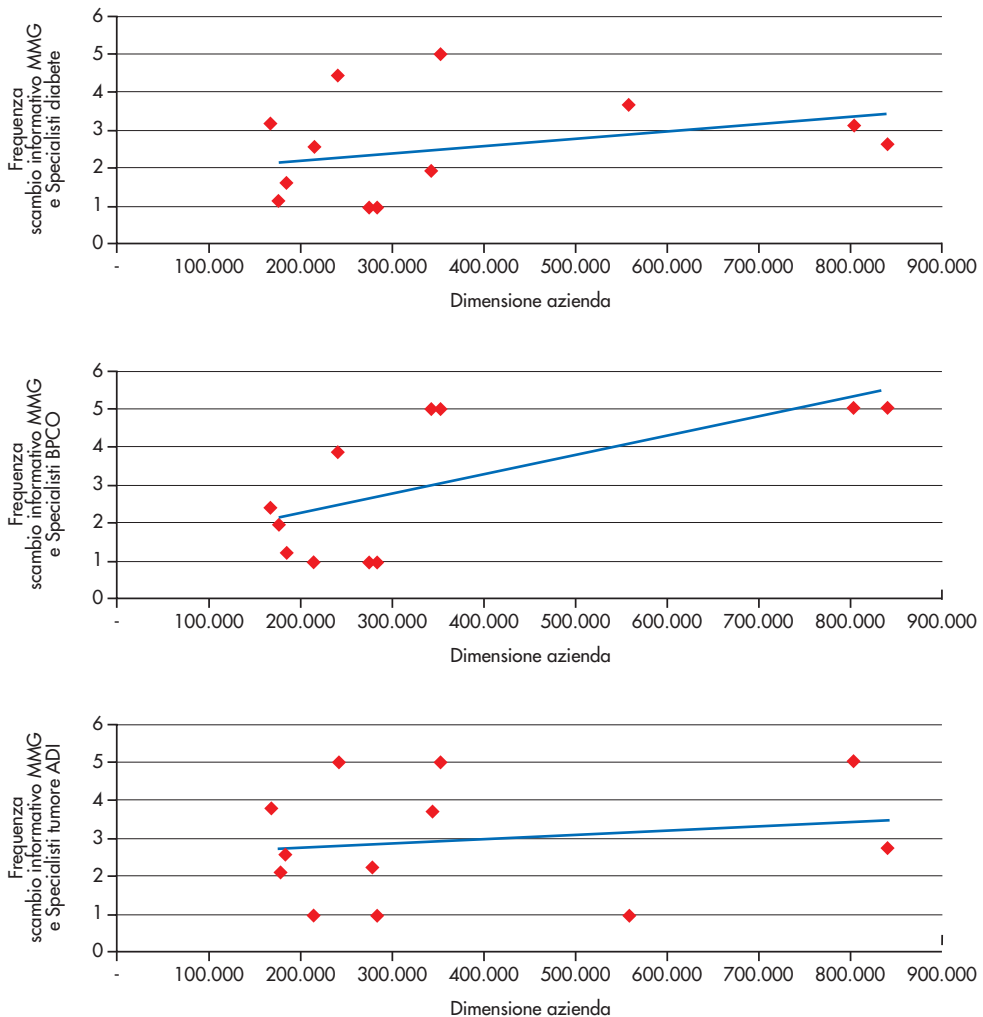


evidenziano come, per tutte e tre le patologie (anche se in misura leggermente inferiore per il tumore in ADO/ADI), lo scambio di informazioni fra tutti i professionisti che intervengono nel percorso di cura del paziente sia collegato alle dimensioni del contesto metropolitano all'interno del quale le aziende sono inserite. All'aumentare della densità della popolazione sul territorio, si riscontra un aumento del livello di integrazione tra i professionisti in tutti e tre i percorsi.

La seconda variabile indipendente analizzata è stata quella relativa alle dimensioni delle aziende (vedi Grafico 3.6). Le dimensioni delle aziende del campione permettono di

### Dimensioni azienda e livello di integrazione

Grafico 3.6

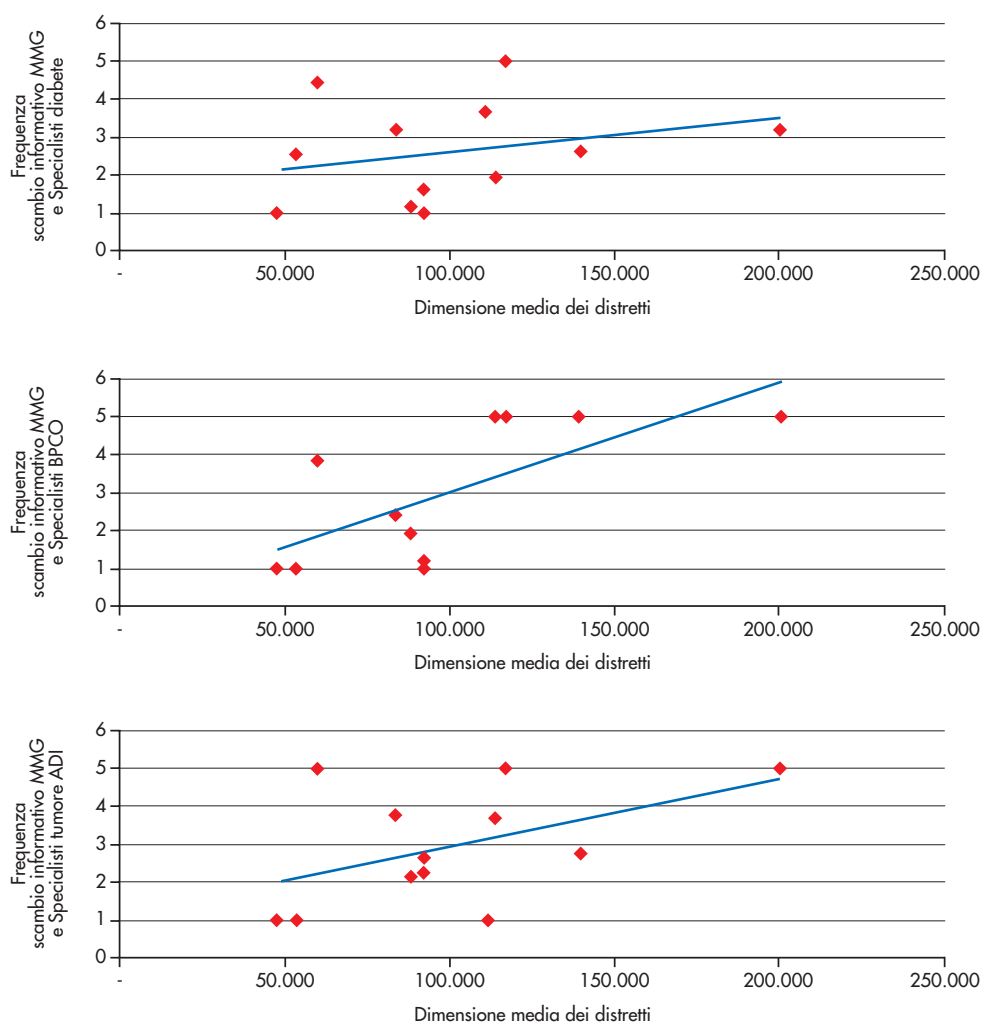


coprire un ampio intervallo che va da poco meno di 200.000 abitanti a oltre 900.000 abitanti. Da questa correlazione emerge come, con l'aumentare della numerosità del bacino d'utenza, aumenti anche il livello di integrazione fra i professionisti all'interno di tutti e tre percorsi di cura (se pur in maniera maggiore per la BPCO).

Nel grafico successivo (vedi Grafico 3.7) il livello di integrazione è stato messo a confronto con le dimensioni dei distretti. Come già evidenziato in questo studio, fra le aziende del campione esiste una forte variabilità in termini di dimensioni dei distretti (da circa 50.000 a circa 200.000 abitanti per distretto). Anche se in misura maggiore per la

### Dimensioni distretti e livello di integrazione

Grafico 3.7

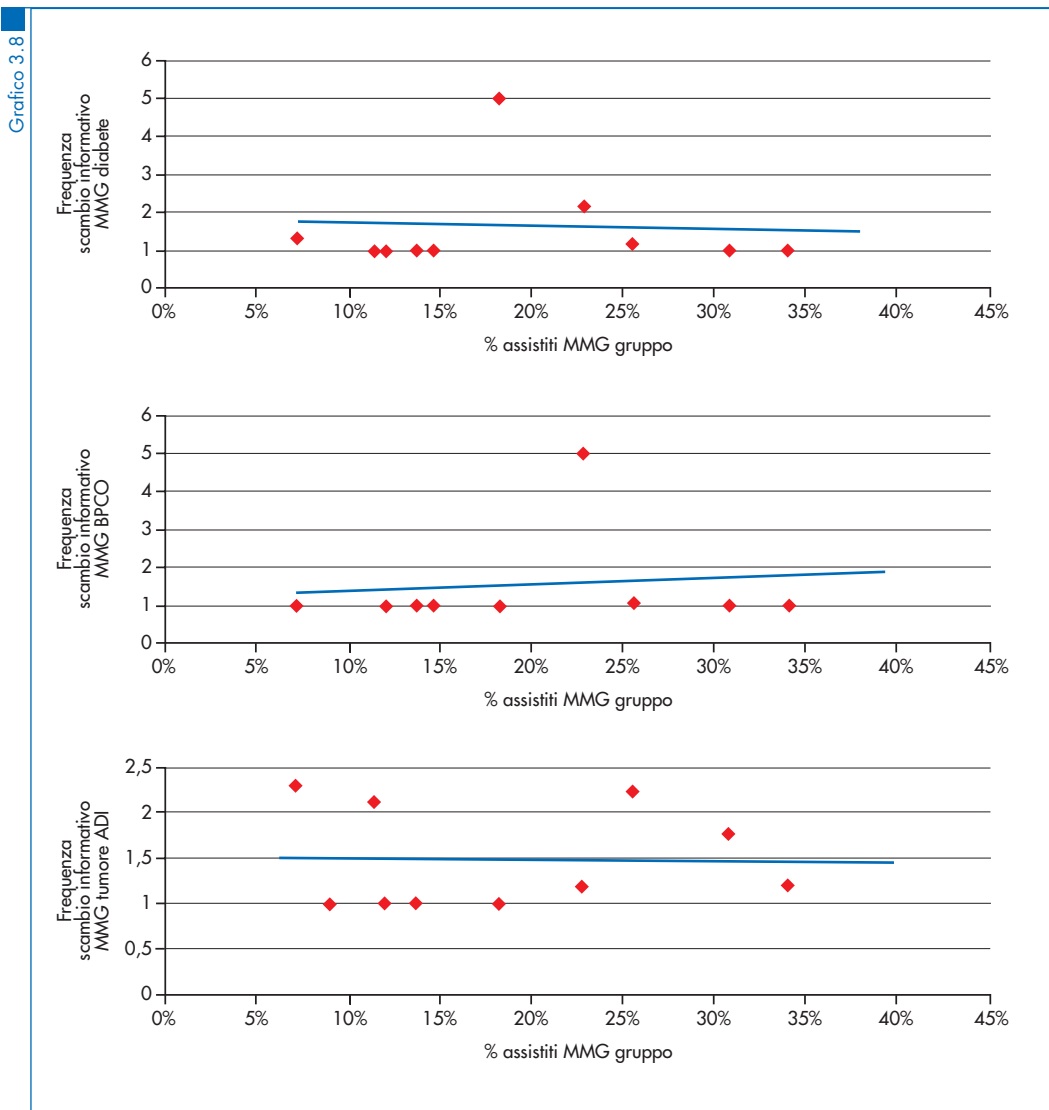


patologia BPCO, la dimensione dei distretti sembra incidere in maniera chiara sul livello di integrazione: all'aumentare della dimensione dei singoli distretti, aumenta il livello di integrazione tra i professionisti.

I due grafici che seguono propongono una correlazione fra il livello di integrazione professionale e due variabili relative a innovazioni organizzative riguardanti la medicina generale: l'associazionismo dei MMG (vedi Grafico 3.8) e il numero di MMG impegnati in ADI (vedi Grafico 3.9).

Per quanto riguarda la prima correlazione, l'associazionismo dei MMG, che dovrebbe

### Associazionismo MMG e livello di integrazione

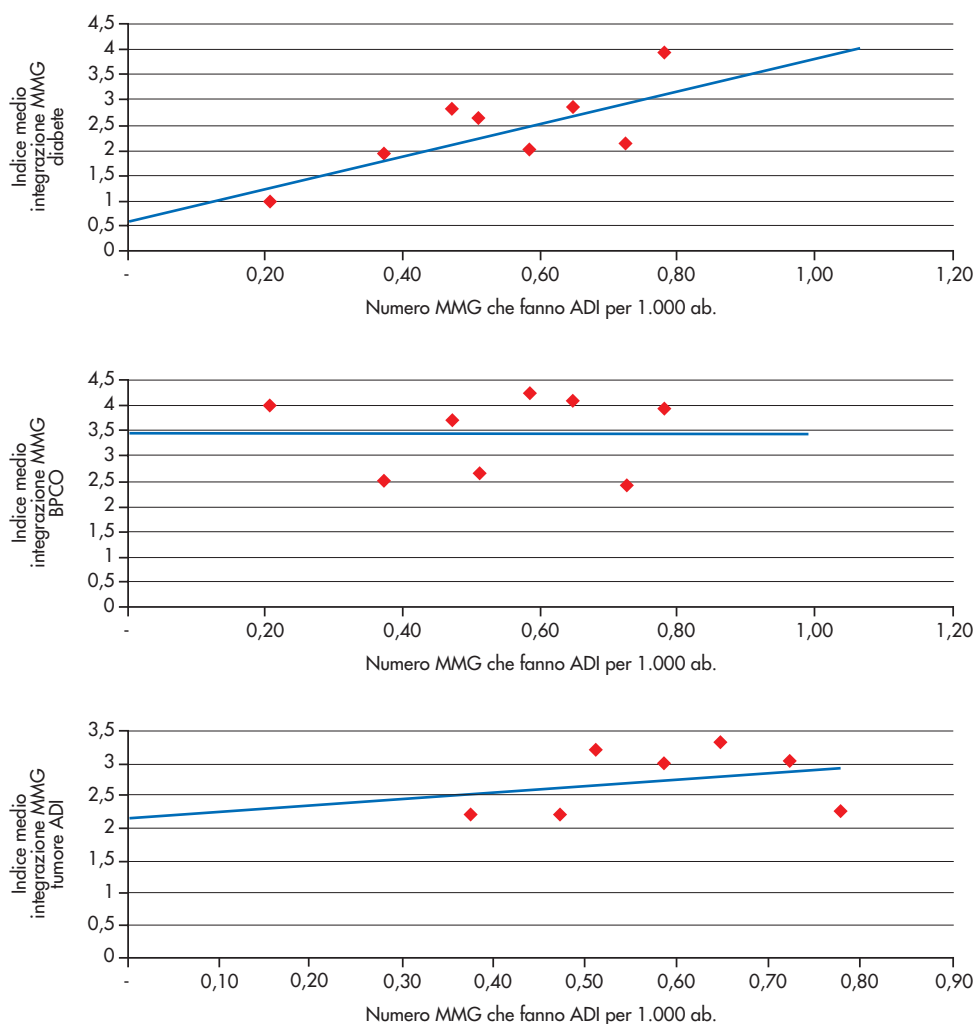


incentivare a livello teorico sul livello di integrazione, sembra non incidere in alcun modo sul livello di integrazione fra i professionisti, con riferimento sostanzialmente ai percorsi di cura di tutte e tre le patologie individuate.

Passando invece alla correlazione fra il livello di integrazione e il numero di MMG impegnati in ADI (numero di MMG in ADI ogni 1.000 abitanti), si nota un aumento dell'influenza della variabile indipendente sul livello di integrazione (vedi Grafico 3.9). In questo caso si è scelto di utilizzare una variabile di processo come variabile indipendente per permettere di fare un confronto: nello specifico si vuole capire a quale livello le

### MMG impegnati in ADI e livello di integrazione

Grafico 3.9



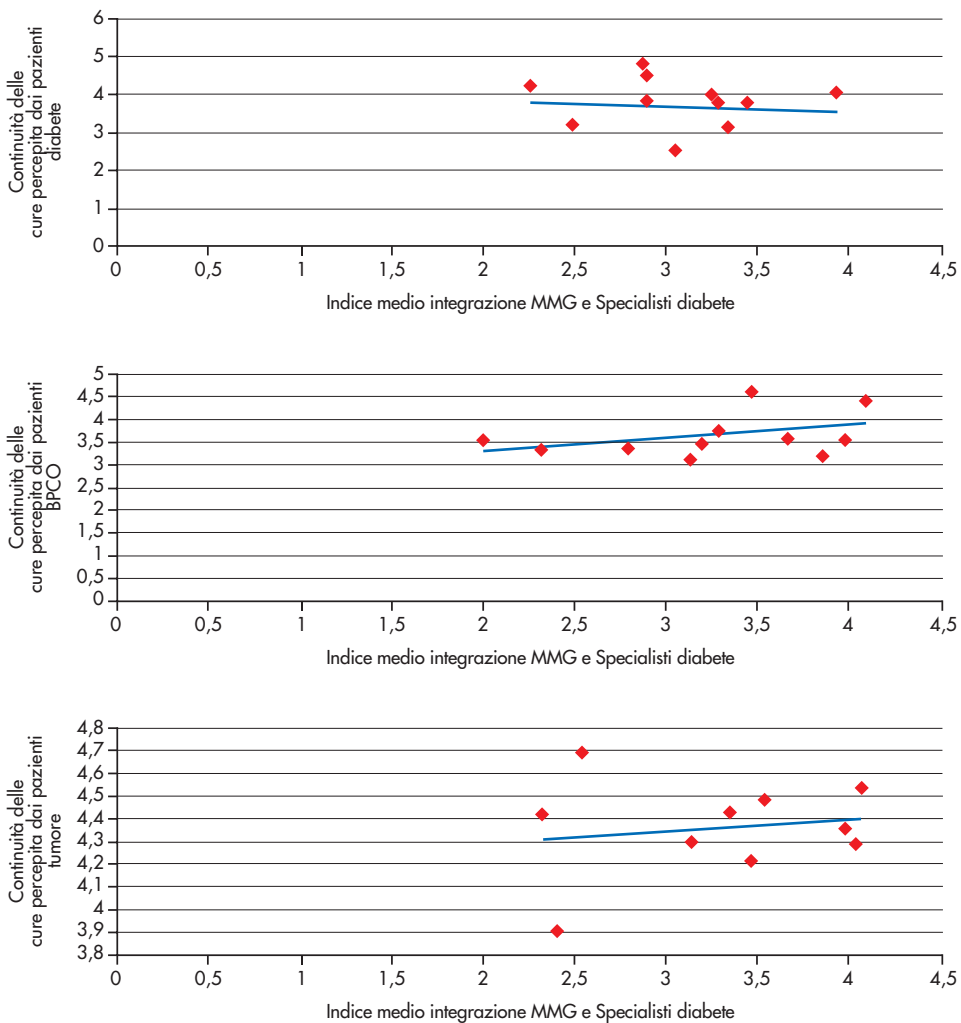
aziende devono intervenire per influenzare e aumentare il livello di integrazione, distinguendo fra variabili macro-organizzative e variabili micro-organizzative.

La patologia sulla quale tale variabile incide in misura maggiore è il diabete in pazienti con danno d'organo, mentre la correlazione è minore per le altre due patologie (addirittura nulla per il percorso BPCO).

Si è poi tentato di stabilire una correlazione tra le due tipologie di variabili dipendenti calcolate nella ricerca: il livello di integrazione tra professionisti e la continuità delle cure percepita dai pazienti. Il risultato che ne emerge evidenzia un collegamento molto debo-

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

Grafico 3.10



le e non significativo fra queste due variabili (vedi Grafico 3.10). Come confermato anche dai risultati dei *focus group* delle aziende, il livello di coordinamento tra i professionisti non sembra in sostanza tradursi in migliori livelli di assistenza percepiti dai pazienti.

Al contrario di quanto si possa ipotizzare, quindi, qualità sostanziale e qualità percepita sembrano essere distaccate. Ciò potrebbe essere spiegato dal fatto che, mentre chi fornisce il servizio si preoccupa sostanzialmente di assicurare risultati, la percezione di qualità del paziente si basa non soltanto sull'aspetto tecnico, ma anche (o soprattutto) sui rapporti interpersonali, ovvero su quel meccanismo di meta-continuità che si allontana dalla definizione propria di continuità delle cure.

Questo aspetto risulta particolarmente interessante in quanto pone in evidenza la necessità di tenere conto di tutti i bisogni del paziente, anche quelli di relazione personale. La qualità quindi consiste essenzialmente nel porre l'accento non solo sulla qualità realmente prestata, ma anche (o soprattutto) su quella che l'utente effettivamente percepisce.

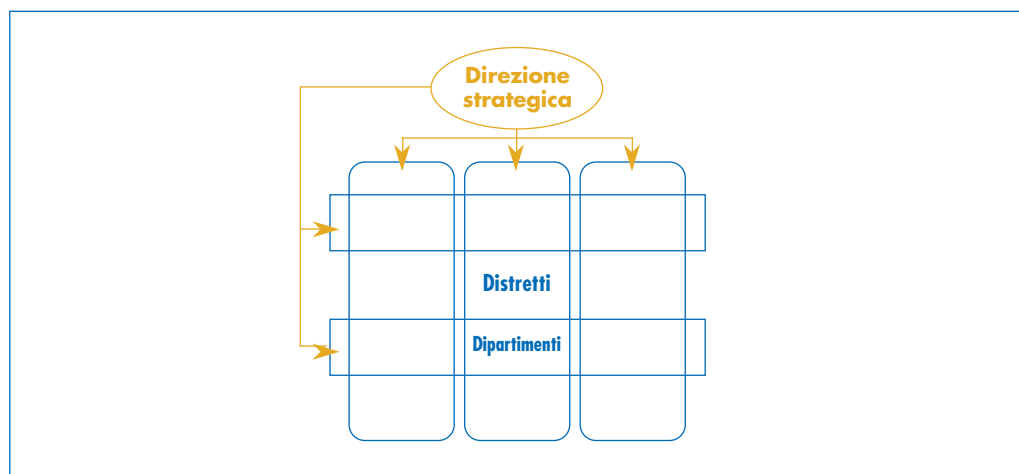


## APPENDICE C

## I RISULTATI ANALITICI COMPLESSIVI DELLA FASE 2 DEL LABORATORIO

## STRUTTURA MACRO-ORGANIZZATIVA DELLE AZIENDE ATTRAVERSO ANALISI DEI DATI DI BUDGET 2008 (allocazione risorse finanziarie e umane)

## Aziende prevalentemente Distrettuali



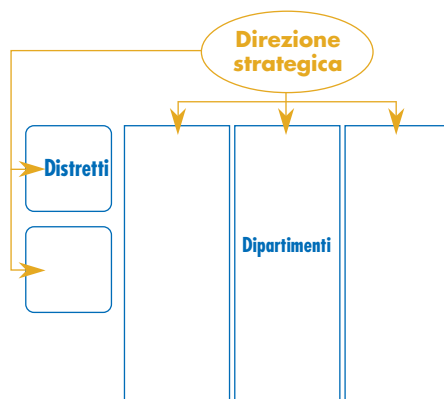
ANALISI SUI DATI DI BUDGET				
	Alba	Bassano	Bologna	Cremona
<b>Budget territoriale</b> (comprensivo di costi funzioni centrali e tecnico-amministrative ripartite)	€ 218.669.000	€ 191.517.327	€ 368.734.762	€ 511.025.631
<b>Budget Distrettuale</b>	€ 210.417.000	€ 185.971.853	€ 335.061.214	€ 502.353.804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



### Aziende prevalentemente Distrettuali

ANALISI SUL NUMERO DI DIPENDENTI						
	Bassano	Bologna	Cremona	Firenze	Lanciano	Trieste
<b>Dipendenti territoriali</b> (comprensivo di personale funzioni centrali e tecnico-amministrative ripartite)	491	1.792	523	2.841	297	886
<b>Dipendenti assegnati ai Distretti</b>	461	1.409	404	2.558	221	661
<b>Dipendenti assegnati ai Dipartimenti territoriali*</b>	30	383	119	283	76	225
<b>% Dipendenti Distrettuali</b>	<b>94%</b>	<b>79%</b>	<b>77%</b>	<b>90%</b>	<b>75%</b>	<b>75%</b>
<b>% Dipendenti Dipartimenti territoriali</b>	<b>6%</b>	<b>21%</b>	<b>23%</b>	<b>10%</b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>
* Si escludono dal conto per le aziende distrettuali i Dipendenti assegnati al Dipartimento di Prevenzione e al Dipartimento di Salute Mentale, mentre si ripartiscono i dipendenti di staff e funzioni centrali a Distretti e Dipartimenti in base alla rispettiva proporzione.						

## Aziende prevalentemente Dipartimentali



## ANALISI SUI DATI DI BUDGET

	Alba	Ferrara*	Piacenza	Savona
<b>Budget territoriale</b> (comprensivo di costi funzioni centrali e tecnico-amministrative ripartite)	€ 156.124.460	€ 540.800.000	-	€ 253.158.444
<b>Budget Distrettuale</b>	-	€ 19.292.642	-	€ 632.000
<b>Budget Dipartimenti territoriali</b>	€ 156.124.460	€ 521.597.358	-	€ 252.526.444
<b>% Budget Distrettuale</b>	<b>0%</b>	<b>4%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>% Budget Dipartimenti territoriali</b>	<b>100%</b>	<b>96%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

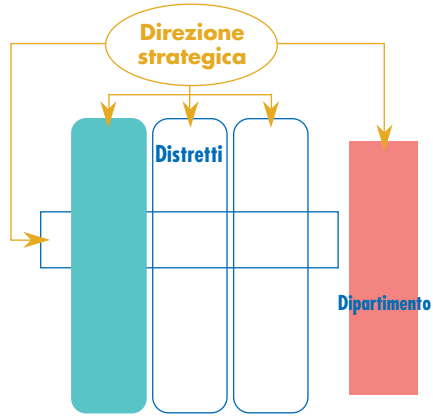
\* Modello dipartimentale con i Distretti con funzione di committenza.

## ANALISI SUL NUMERO DI DIPENDENTI

	Alba	Ferrara*	Piacenza	Savona
<b>Dipendenti territoriali</b> (comprensivo di costi funzioni centrali e tecnico-amministrative ripartite)	532	1.406	-	1.534
<b>Dipendenti assegnati ai Distretti</b>	-	6	-	10
<b>Dipendenti assegnati ai Dipartimenti territoriali</b>	532	1.400	-	1.524
<b>% Dipendenti Distrettuali</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>
<b>% Dipendenti Dipartimenti territoriali</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>99%</b>

\* Modello dipartimentale con i Distretti con funzione di committenza.

## Aziende miste



## ANALISI SUI DATI DI BUDGET

Roma	
<b>Budget territoriale</b> (comprensivo di costi funzioni centrali e tecnico-amministrative ripartite)	€ 93.736.922
<b>Budget Distrettuale</b>	€ 50.936.502
<b>Budget Dipartimenti territoriali</b>	€ 42.800.420
<b>% Budget Distrettuale</b>	<b>54%</b>
<b>% Budget Dipartimenti territoriali</b>	<b>46%</b>

## ANALISI SUL NUMERO DI DIPENDENTI

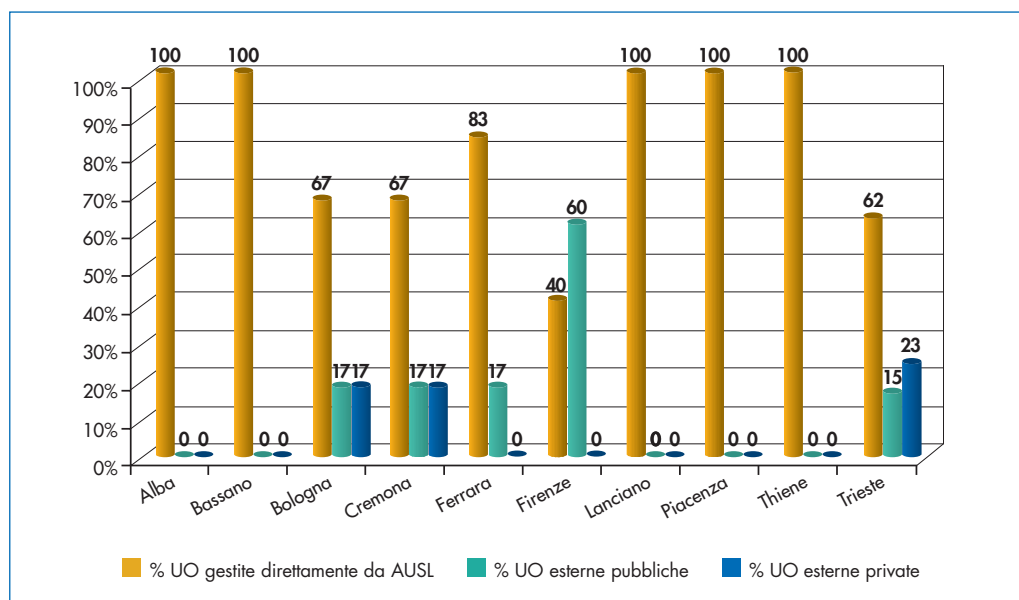
Roma	
<b>Dipendenti territoriali</b> (comprensivo di personale funzioni centrali e tecnico-amministrative ripartite)	1.369
<b>Dipendenti assegnati ai Distretti</b>	791
<b>Dipendenti assegnati ai Dipartimenti territoriali</b>	578
<b>% Dipendenti Distrettuali</b>	<b>58%</b>
<b>% Dipendenti Dipartimenti territoriali</b>	<b>42%</b>

## STRUTTURA DELLA RETE D'OFFERTA TERRITORIALE PER I TRE PERCORSI PER PATOLOGIA

### Percorso sul Diabete in pazienti con danno d'organo

	Alba	Avellino	Bassano	Bologna	Cremona	Ferrara
Esistenza di un percorso formalizzato	Sì	Sì	No	Sì	Sì	Sì
Numero Unità Operative che partecipano al percorso	4	3	3	12	6	6
Unità Operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso	UO malattie metaboliche e diabetologia	Centro anti-diabetico presso il distretto centrale	Centro anti-diabetico Ospedale Bassano	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente	Centro anti-diabetologico Azienda Ospedaliera	Servizi Ambulatoriali di Diabetologia
	Firenze	Lanciano	Piacenza	Thiene	Trieste	
Esistenza di un percorso formalizzato	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	
Numero Unità Operative che partecipano al percorso	5	7	10	4	13	
Unità Operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso	Unità specialistiche ospedaliere di diabetologia	UOC Centro Anti-diabetico (Ospedali Lanciano e Gissi)	UO Diabetologia Ospedale di Piacenza	UO Diabetologia – endocrinologia territoriale	Centro Diabetologico Distrettuale	

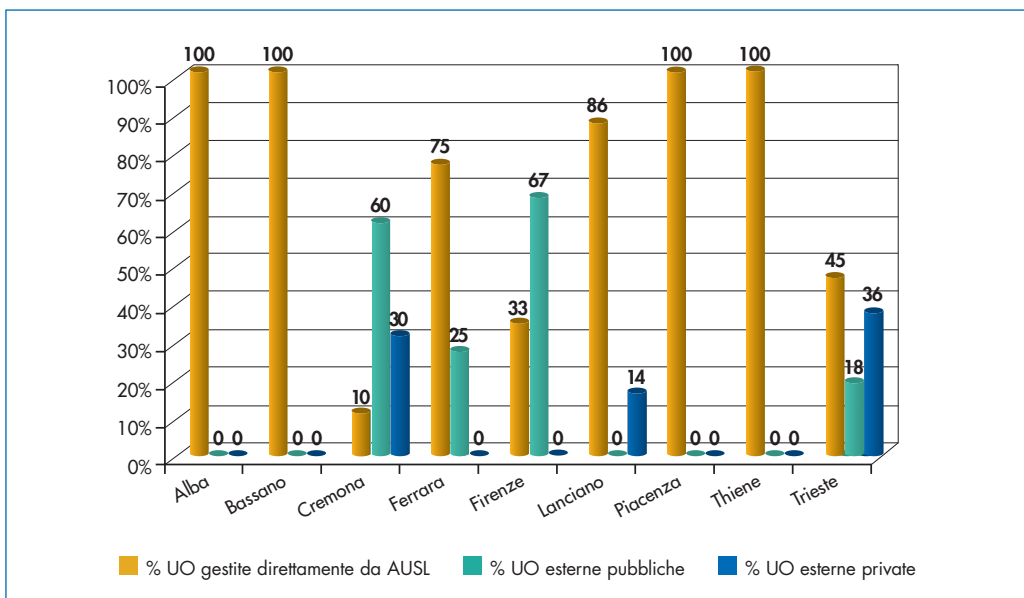
### Natura istituzionale delle unità operative che partecipano al percorso per il Diabete



### Percorso su insufficienza respiratoria grave in pazienti con BPCO

	Alba	Avellino	Bassano	Bologna	Cremona	Ferrara
Esistenza di un percorso formalizzato	No	Sì	Sì	Non completamente formalizzato	Sì	Sì
Numero Unità Operative che partecipano al percorso	-	3	3	-	10	8
Unità Operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso		Pneumologia Presidio Ospedaliero	UO Cure Primarie – Struttura semplice Cure domiciliari e pneumologia territoriale	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente	Pneumologia Azienda Ospedaliera	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente
	Firenze	Lanciano	Piacenza	Thiene	Trieste	
Esistenza di un percorso formalizzato	Sì	Sì	Sì	Sì	Non completamente formalizzato	
Numero Unità Operative che partecipano al percorso	5	7	8	4	11	
Unità Operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso	S.S. Fisiopatologia Respiratoria	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente	Tendenzialmente l'UO centrale è il Centro che ha visto per la prima volta il paziente	UO Fisiopatologia respiratoria ospedaliera	Pneumologia AOU (progressivamente a tendere Servizio Pneumologia Territoriale)	

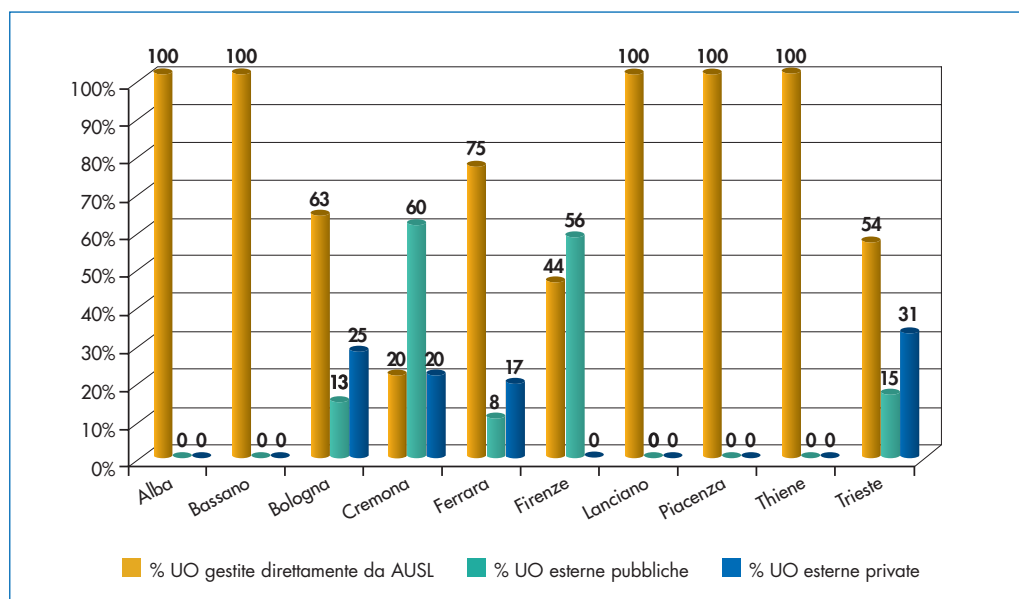
### Natura istituzionale e della "proprietà" delle unità organizzative che partecipano al percorso per la BPCO



### Percorso sul tumore in fase avanzata in ADO/ADI

	Alba	Avellino	Bassano	Bologna	Cremona	Ferrara
Esistenza di un percorso formalizzato	No	Sì	Sì	Sì	Non completamente formalizzato	Sì
Numero Unità Operative che partecipano al percorso	5	7	3	16	6	11
Unità Operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso	UO Assistenza sanitaria territoriale	Area di coordinamento assistenza anziani – ADI	UO Cure Primarie – Cure palliative	6 Aree Dipartimentali delle Cure Primarie distrettuali	UO Cure Palliative Azienda Ospedaliera	UO Cure Primarie – ADI e MMG
	Firenze	Lanciano	Piacenza	Thiene	Trieste	
Esistenza di un percorso formalizzato	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	
Numero Unità Operative che partecipano al percorso	9	3	8	3	13	
Unità Operativa identificata con ruolo di coordinamento del percorso	S.S. Cure Palliative Leniterapia per le 4 aree	UOC Oncologia Medica Lanciano	UO Assistenza Primaria distrettuali	UOC Cure Primarie (ADI e MMG) per ciascuno dei due distretti	Unità di Coordinamento delle Cure Palliative (UCCP)	

### Natura istituzionale e della "proprietà" delle unità organizzative che partecipano al percorso per il tumore





## CONCLUSIONI

Giovanni Monchiero, Francesco Longo, Domenico Salvatore e Stefano Tasselli

La fase 2 del Laboratorio sul Governo del Territorio, promossa da FIASO e condotta in partnership da FIASO e dal CER GAS Bocconi, si è posta un insieme di obiettivi correlati piuttosto ambizioso: da un lato rilevare e misurare, in un campione di aziende, il legame tra le caratteristiche dell'organizzazione aziendale delle ASL protagoniste della ricerca e il livello di integrazione delle cure tra i professionisti nell'ambito dei processi diagnostico terapeutici di tre patologie croniche con prevalenza di cura territoriale (diabete in pazienti con danno d'organo, BPCO e tumore in fase avanzata seguiti in Assistenza Domiciliare Integrata); dall'altro lato valutare, alla luce delle evidenze emerse dallo studio delle variabili organizzative nelle aziende, il livello di efficacia degli sforzi condotti dall'organizzazione per realizzare l'integrazione delle cure. Tale valore è stato esplicitato tramite la misura del livello di integrazione delle cure tra i professionisti e di continuità delle cure percepita dai pazienti.

La prima e principale evidenza emersa dalla ricerca è che la variabile macro-organizzativa (organizzazione delle aziende prevalentemente distrettuale o dipartimentale, o mista) non appare essere esplicativa del livello di integrazione dei professionisti nella cura dei pazienti affetti da cronicità e di continuità percepita dei pazienti. I principali *driver* esplicativi dei livelli di frequenza dello scambio informativo tra i professionisti, e conseguentemente dell'integrazione, sembrano invece essere:

- la vicinanza spaziale, e nello specifico la presenza fisica dei professionisti nella stessa struttura (ad esempio ospedale, poliambulatori territoriali o sedi fisiche dei nuclei di cure primarie o delle associazioni di MMG): quanto più i professionisti lavorano nello stesso ambiente fisico, tanto più si scambiano informazioni e sono integrati nella cura dei medesimi pazienti;
- la gravità della condizione clinica dei pazienti: per i pazienti oncologici in fase avanzata, ad esempio, la criticità delle loro condizioni di salute induce tutte le categorie di professionisti a maggiori livelli di scambio di informazioni, e parallelamente, di integrazione. Per l'assistenza rivolta a pazienti cronici stabilizzati e con necessità prevalenti di monitoraggio e verifica del rispetto della *compliance* dei percorsi, come i pazienti diabetici, invece, il livello di integrazione dei professionisti è molto inferiore;
- l'orientamento e la cultura verso l'integrazione presenti all'interno delle singole azien-



de: in contesti in cui vi è una maggiore apertura dei professionisti verso l'integrazione, si riscontrano livelli di integrazione professionale più elevati per tutte le patologie analizzate.

La seconda evidenza significativa è che il livello di integrazione dei professionisti non è sostanzialmente correlato con il livello di continuità e unitarietà delle cure percepito dai pazienti. Nello specifico, tale dato sembra trovare riscontro da due ordini di riflessioni emerse nel contatto con i pazienti tramite interviste condotte dai referenti aziendali:

- i pazienti guardano quasi esclusivamente alla dimensione della qualità relazionale, per non dire affettiva, che hanno con il professionista, e alla dimensione dell'accessibilità dei servizi (facilità di accesso allo studio del MMG o al Centro Diabetico o all'ambulatorio);
- tutte quelle dimensioni che costituiscono il frutto dell'attività di *back office* e di sforzo organizzativo da parte delle aziende tese all'unitarietà diagnostico-terapeutica del percorso, compreso il livello di integrazione tra professionisti, sembrano non interessare i pazienti, i quali basano il loro giudizio non soltanto sull'aspetto tecnico, ma anche (o soprattutto) sui rapporti interpersonali, ovvero su quel meccanismo di meta-continuità che solo in parte può essere collegato alla definizione propria di continuità delle cure.

Volgendo il *focus* dell'analisi su alcune indicazioni di dettaglio che emergono dalla valutazione dei livelli di integrazione tra i professionisti, si evidenzia che:

- 1) Vi è una forte variabilità nel livello di frequenza dello scambio informativo dei professionisti (attraverso incontri fisici, telefono, mail, incontri extra-professionali), in funzione di due principali *driver*:
  - la **gravità della patologia e delle condizioni cliniche del paziente**: tanto più sono critiche, tanto più si registra un elevato livello di frequenza dello scambio informativo tra professionisti;
  - la **tipologia di professionisti di riferimento**: nella fattispecie, gli specialisti territoriali e ospedalieri, siano essi clinici o infermieri, registrano livelli di integrazione mediamente molto superiori rispetto ai MMG.
- 2) Il livello di integrazione professionale è solo in minima parte influenzato da variabili organizzative introdotte dalle aziende per incentivare lo scambio informativo e relazionale tra professionisti: l'associazionismo in gruppo dei MMG, ad esempio, non è pressoché correlato con maggiori livelli di integrazione tra i professionisti medici.
- 3) Vi è una forte differenza di percezioni reciproche che i professionisti hanno rispetto al proprio ruolo nel percorso di cura dei pazienti cronici: i MMG, nello specifico, individuano quali professionisti con cui confrontarsi per reperire e comunicare informazioni circa lo stato di salute dei propri pazienti quasi esclusivamente

specialisti territoriali e ospedalieri (il diabetologo e il cardiologo per i pazienti diabetici, il pneumologo per i pazienti affetti da BPCO). Gli Specialisti, invece, tendenzialmente si relazionano con altri Specialisti e con infermieri, mentre hanno scambi informativi molto meno frequenti con i MMG (eccetto che nel caso dei pazienti oncologici avanzati).

- 4) I professionisti, siano essi MMG, Specialisti e infermieri, denotano uno scarso utilizzo e una condivisione molto limitata di sistemi informativi comuni, con chiari effetti negativi circa l'effettività dello scambio di informazioni relative ai propri pazienti. L'utilizzo dello strumento delle e-mail è pressoché inesistente, e la forma di comunicazione più utilizzata rimane di gran lunga la cartella clinica o altri documenti cartacei portati direttamente dal paziente al momento della visita. Anche per queste ragioni la contiguità fisica dei professionisti nella stessa struttura, come prima evidenziato, è uno dei principali *driver* esplicativi del livello di integrazione.

Sulla base di tali evidenze, quali riflessioni emergono dall'analisi effettuata in questa seconda fase del Laboratorio?

Innanzitutto, prendendo in considerazione i dati di sintesi dello studio effettuato dal Laboratorio, emerge che il livello medio di integrazione professionale per i tre percorsi analizzati è comunque soddisfacente: medio-alto per i percorsi del diabete e della BPCO, elevato per il percorso oncologico.

Tali valori, però, sono molto eterogenei se scomposti per tipologia di professionista e per tipo di indicatore: i livelli medi di integrazione professionale tra specialisti territoriali e ospedalieri appaiono molto più elevati rispetto ai livelli medi dei MMG, soprattutto per quanto riguarda la frequenza dello scambio informativo; parallelamente, i giudizi circa il livello di condivisione dei PDTA sono buoni per tutti i professionisti, mentre sono decisamente inferiori alla sufficienza, come già evidenziato, i livelli di utilizzo di sistemi informativi comuni.

Il livello di continuità assistenziale percepito dai pazienti è elevato per tutti e tre i percorsi, e molto elevato per quanto riguarda i pazienti oncologici. Tale evidenza suggerisce due ulteriori tipi di riflessioni strategiche per l'organizzazione dell'assistenza rivolta alle cronicità sul territorio.

La **prima** è che la funzione di assistenza e cura, come emerso anche dagli altri dati della ricerca, appare essere il vero *driver* esplicativo del livello di coordinamento dei professionisti e della qualità delle relazioni e dei processi di cura tra pazienti e professionisti: quanto più gravi sono le condizioni cliniche dei pazienti, e quanto maggiore e "urgente" è perciò la tipologia di assistenza richiesta, tanto maggiore è il coordinamento tra i professionisti coinvolti. La funzione di prevenzione e monitoraggio della *compliance* dei PDTA per pazienti cronici stabilizzati, invece, sembra incentivare in maniera molto inferiore l'integrazione tra i diversi professionisti, rischiando di venire sottodimensionata e perennemente "compressa" dalla domanda emergente di cura e di assistenza che proviene

da pazienti con condizioni cliniche più critiche. Nel quadro complessivo delle strategie di assistenza rivolte alle cronicità, si rischia perciò di vedere tendenzialmente destinata la maggior parte delle risorse ai pazienti con esigenze più elevate di cura, e con patologie ormai conclamate, limitando a interventi residuali l'investimento in prevenzione e monitoraggio, che riguarda potenzialmente un numero molto maggiore di individui e permetterebbe di andare a intercettare livelli di bisogno non ancora espressi in domanda. Da tale prima riflessione emerge anche la **seconda** considerazione: i risultati positivi relativi al giudizio sui livelli di integrazione e continuità, frutto delle analisi dei dati raccolti nelle aziende del Laboratorio, presentano come *bias* ineliminabile il fatto di essere il risultato di una sostanziale indagine di *customer satisfaction* condotta andando a interrogare quei pazienti già inseriti in percorsi di cura per patologia e beneficiari di servizi erogati dalle aziende. La sfida per il futuro delle ricerche sul campo è quello di andare a intercettare quei livelli di bisogno inespresso che non riescono per svariate ragioni a tradursi in domanda esplicita di servizi (pazienti non arruolati nei percorsi, soggetti con elevati fattori di rischio che non partecipano a programmi di prevenzione...), valutandone le criticità nell'accesso ai servizi e programmando le strategie di inclusione in programmi formalizzati di assistenza o monitoraggio. Sempre che le condizioni di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale non costringano le Aziende erogatrici dei servizi a ripiegare progressivamente sull'essenziale e a rispondere alla domanda esplicita di cura più che a quella – sovente inespressa – di salute. Ma questo è un altro discorso.

## **1. Oggetto della ricerca: definizioni, strumenti e misure di valutazione dell'integrazione professionale e della continuità dell'assistenza**

Figura 1      Principali benefici della continuità assistenziale in termini di soddisfazione ed efficienza (Freeman, Olesen et al., 2003)      pag. 21

### *Appendice A*

**Principali tecniche di misurazione della continuità delle cure in letteratura**      pag. 24

## **2. Metodo della ricerca: la metodologia d'analisi della seconda fase del Laboratorio FIASO sul governo del territorio**

### *Appendice B*

#### **Questionario rivolto ai Professionisti e ai Pazienti**

Allegato 1      Questionario rivolto ai Professionisti per la rilevazione del livello di integrazione delle cure      pag. 33

Allegato 2      Questionario rivolto ai Pazienti per la rilevazione della continuità percepita delle cure      pag. 34

## **3. Risultati della ricerca: analisi delle principali evidenze emerse dalla seconda fase del Laboratorio**

Tabella 3.1      Distretti e Dipartimenti all'interno delle aziende      pag. 36

Grafico 3.1      Modelli organizzativi adottati dall'azienda      pag. 37

Tabella 3.2      Percorso sul Diabete in pazienti con danno d'organo      pag. 38

Tabella 3.3      Percorso su insufficienza respiratoria grave in pazienti con BPCO      pag. 39

Tabella 3.4      Percorso sul tumore in fase avanzata in ADO/ADI      pag. 40

Tabella 3.5	Caratteristiche del campione di MMG e Specialisti che hanno risposto al questionario - Diabete	pag. 41
Grafico 3.2	Modalità di comunicazione di MMG e Specialisti con altri professionisti - Diabete	pag. 41
Tabella 3.6	Indicatori di integrazione con altri professionisti da parte di MMG e Specialisti - Diabete	pag. 42
Tabella 3.7	Indice sintetico di integrazione professionale - Diabete	pag. 42
Tabella 3.8	Caratteristiche del campione di MMG e Specialisti che hanno risposto al questionario - BPCO	pag. 43
Grafico 3.3	Modalità di comunicazione di MMG e Specialisti con altri professionisti - BPCO	pag. 43
Tabella 3.9	Indicatori di integrazione con altri professionisti da parte di MMG e Specialisti - BPCO	pag. 44
Tabella 3.10	Indice sintetico di integrazione professionale - BPCO	pag. 44
Tabella 3.11	Caratteristiche del campione di MMG e Specialisti che hanno risposto al questionario - Tumore	pag. 45
Grafico 3.4	Modalità di comunicazione di MMG e Specialisti con altri professionisti - Tumore	pag. 45
Tabella 3.12	Indicatori di integrazione con altri professionisti da parte di MMG e Specialisti - Tumore	pag. 46
Tabella 3.13	Indice sintetico di integrazione professionale - Tumore	pag. 46
Tabella 3.14	Indice sintetico di integrazione professionale nei tre percorsi per patologia	pag. 47
Tabella 3.15	Caratteristiche del campione di pazienti che hanno risposto al questionario - Diabete	pag. 48
Tabella 3.16	Indicatori di continuità percepita delle cure - Diabete	pag. 48

Tabella 3.17	Indice medio di continuità delle cure percepita dai pazienti - Diabete	pag. 49
Tabella 3.18	Caratteristiche del campione di pazienti che hanno risposto al questionario - BPCO	pag. 49
Tabella 3.19	Indicatori di continuità percepita delle cure - BPCO	pag. 50
Tabella 3.20	Indice medio di continuità delle cure percepita dai pazienti - BPCO	pag. 50
Tabella 3.21	Caratteristiche del campione di pazienti che hanno risposto al questionario - Tumore	pag. 50
Tabella 3.22	Indicatori di continuità percepita delle cure - Tumore	pag. 51
Tabella 3.23	Indice medio di continuità delle cure percepita dai pazienti - Tumore	pag. 51
Tabella 3.24	Indice sintetico di continuità percepita nei tre percorsi per patologia	pag. 51
Tabella 3.25	Evidenze principali dei <i>focus group</i>	pag. 53
Grafico 3.5	Contesto metropolitano, cittadino o rurale e livello di integrazione	pag. 55
Grafico 3.6	Dimensioni azienda e livello di integrazione	pag. 56
Grafico 3.7	Dimensioni distretti e livello di integrazione	pag. 57
Grafico 3.8	Associazionismo MMG e livello di integrazione	pag. 58
Grafico 3.9	MMG impegnati in ADI e livello di integrazione	pag. 59
Grafico 3.10	Relazione tra integrazione professionale e continuità percepita dai pazienti nei 3 percorsi	pag. 60

*Appendice C***I risultati analitici complessivi della fase 2 del Laboratorio****Struttura macro-organizzativa delle aziende attraverso analisi dei dati di budget 2008 (allocazione risorse finanziarie e umane)**

Aziende prevalentemente Distrettuali	
- Analisi sui dati di budget	pag. 63
- Analisi sul numero di Dipendenti	pag. 64
Aziende prevalentemente Dipartimentali	
- Analisi sui dati di budget	pag. 65
- Analisi sul numero di Dipendenti	pag. 65
Aziende miste	
- Analisi sui dati di budget	pag. 66
- Analisi sul numero di Dipendenti	pag. 66

**Struttura della rete d'offerta territoriale per i tre percorsi per patologia**

Percorso sul Diabete in pazienti con danno d'organo	pag. 67
Natura istituzionale delle unità operative che partecipano al percorso per il Diabete	pag. 67
Percorso su insufficienza respiratoria grave in pazienti con BPCO	pag. 68
Natura istituzionale e della "proprietà" delle unità organizzative che partecipano al percorso per la BPCO	pag. 68
Percorso sul tumore in fase avanzata in ADO/ADI	pag. 69
Natura istituzionale e della "proprietà" delle unità organizzative che partecipano al percorso per il tumore	pag. 69

# FIASO

**Publicazione realizzata con un  
unrestricted educational grant**



*We Innovate Healthcare*