

XXIII Annual Conference, Napoli, 27-29 September 2018

Abstract submission

1. Authors

Angelica Zazzera*, CERGAS-SDA Bocconi: angelica.zazzera@sdabocconi.it; 0258366436

Francesco Longo, CERGAS-SDA Bocconi

2. Topic of the Panel

Quality and efficiency of health care services

3. Presentation format

Oral

4. Title

Modello di simulazione del fabbisogno professionale nelle Case della Salute

5. Background

Nel panorama sanitario italiano si osserva lo sviluppo e la sperimentazione di nuove tipologie di strutture sanitarie con un ruolo intermedio tra l'ospedale e il territorio. Nella letteratura internazionale si è tentato di definire tali tipologie di strutture per l'offerta di cure intermedie già dal 2001, parlando di "servizi in grado di garantire la continuità della presa in carico tra ospedale e il domicilio, per evitare il ricorso all'ospedale o all'istituzionalizzazione in strutture residenziali, qualora inappropriati – sia per interventi di stabilizzazione sub-acuti sia di riabilitazione funzionale"¹. In Italia, tali strutture vedono la loro nascita nel 2007, con il decreto del Ministero della Salute che descrive la Casa della Salute e ne indica il ruolo: "La Casa della Salute, struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni sociosanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie"². Il modello di struttura descritto in tale decreto si è diffuso con diverse forme e denominazioni nelle varie regioni, mantenendo però costanti alcuni elementi distintivi sulla tipologia di offerta dei servizi e sulla vocazione della struttura. Essa si caratterizza

¹ Steiner A. (2001), «Intermediate care—a good thing?». Age Ageing, 30 (suppl 3): 33-39.

² Decreto del Ministero della Salute del 10 Luglio 2007, attuativo della Legge 27 Dicembre 2006 n. 296

infatti come “luogo di sperimentazione della medicina di iniziativa, di assistenza primaria e presa in carico della cronicità e di sviluppo di progetti di prevenzione e promozione della salute”³.

La letteratura identifica inoltre le professionalità che devono essere coinvolte in queste strutture, che si dicono formate da comunità multi-professionali e multi-disciplinari, in cui spicca il ruolo dei MMG e delle professioni infermieristiche, in quanto “la Casa della Salute è identificata come luogo deputato all’integrazione funzionale dei percorsi assistenziali garantendo la continuità della presa in carico.”⁴

6. Obiettivi

Il presente lavoro mira a creare un modello per stimare il fabbisogno professionale nelle Case della Salute, necessario per la presa in carico di target di pazienti specifici.

Il calcolo del fabbisogno vuole restituire un indicatore di riferimento da applicare nel contesto delle Case della Salute, come strumento per valutare la situazione attuale ed evidenziare eventuali gap esistenti. In questo senso, il modello è da ritenersi come spunto per la corretta pianificazione del personale nelle Case della Salute, verso un miglioramento della qualità e dell’efficienza del servizio. Il lavoro vuole offrire un modello di calcolo del fabbisogno replicabile su scala nazionale nei setting cui si riferisce.

7. Metodologia

Il presente lavoro utilizza una metodologia di studio basato su un’analisi primaria e un’analisi secondaria. L’analisi primaria riguarda i dati utilizzati nel modello relativi alla frequenza e alla durata delle visite dei professionisti nelle strutture in esame, ottenuti grazie alla diffusione di un questionario alle Case della Salute della regione Emilia Romagna. L’analisi secondaria è relativa da un lato ai dati ISTAT sulla prevalenza per il calcolo dei cluster di pazienti, dall’altro ai dati ufficiali della regione Emilia Romagna sulla numerosità di MMG, infermieri, medici specialisti e bacino di utenza delle Case della Salute. Inoltre, la selezione di specifici cluster di pazienti target, rispetto alla vocazione prevalente delle Case della Salute in Emilia Romagna, è stata approvata da un panel di policy maker.

Il modello si caratterizza come specifico per il setting della Casa della Salute alla luce delle professionalità considerate e dei target dei pazienti individuati. La sua costruzione discende da un’analisi preliminare della letteratura, volta ad indentificare le professionalità più frequentemente impiegate in queste strutture e i target di pazienti a cui si rivolgono. Infatti, le professionalità per cui si stima il fabbisogno sono MMG, medici specialisti e infermieri, definiti in letteratura come paradigmatiche delle Case della Salute. Inoltre, si fa riferimento a diverse categorie di pazienti cronici (mono-patologici, pluri-patologici, fine vita e LTC), in linea con la vocazione delle Case della Salute di luogo di presa in carico della cronicità.

³ Morando V., Prenestini A., Rappini V. (2017) “Lo sviluppo delle Case della Salute: analisi e riflessioni sui risultati del primo censimento nel Servizio Sanitario Nazionale”, in Cergas Bocconi, *L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2017*. Milano, Egea.

⁴ Morando V., Prenestini A., Rappini V. (2017) “Lo sviluppo delle Case della Salute: analisi e riflessioni sui risultati del primo censimento nel Servizio Sanitario Nazionale”, in Cergas Bocconi, *L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2017*. Milano, Egea.

Si è scelto di applicare il modello al contesto dell’Emilia Romagna per l’esperienza maturata dalla regione in quest’ambito: in Emilia Romagna l’incremento delle Case delle Salute è stato graduale e crescente a partire dal 2010, con alcune esperienze pionieristiche sviluppate già nel 2006. Oggi esse costituiscono parte integrante della programmazione sanitaria regionale e se ne contano 84 attive e 38 programmate nei prossimi anni.⁵

Si prevede di svolgere delle analisi di sensitività⁶, replicando il modello con diverse ipotesi di fabbisogno orario.

La tabella seguente rappresenta il modello elaborato al fine di calcolare il tempo lavoro totale per professionista che, applicato a diverse ipotesi di impiego nelle Case della Salute, fornisce il dato sul fabbisogno professionale.

Professionista della Casa della Salute				
	Visite Mese	Numero Prestazioni	Tempo Visita	Tempo lavoro
Mono patologia				
Pluri patologia				
Long term care				
Fine Vita				

8. Risultati principali

Grazie al modello elaborato è stato possibile evincere il fabbisogno medio delle diverse professionalità nelle Casa della Salute dell’Emilia Romagna. Confrontando tale dato con la capacità attuale della regione Emilia Romagna, per ogni categoria professionale si sono osservati dei gap. I gap più rilevanti risultano essere relativi alle categorie di MMG e infermieri, mentre il delta rispetto ai medici specialisti appare più contenuto.

Tale evidenza risulta essere particolarmente significativa se si considera che, secondo la letteratura, le Case della Salute dovrebbero essere “luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale”⁷ costituito da team multi-disciplinari in cui “le figure del MMG e dell’infermiere costituiscono il nucleo minimino di un’equipe multidisciplinare prerogativa per le CdS”⁸. I risultati emersi possono costituire un punto di partenza per ripensare la strategia di pianificazione dei servizi offerti dalle Case della Salute nella regione Emilia Romagna.

⁵ Morando V., Prenestini A., Rappini V. (2017) “Lo sviluppo delle Case della Salute: analisi e riflessioni sui risultati del primo censimento nel Servizio Sanitario Nazionale”, in Cergas Bocconi, *L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2017*. Milano, Egea.

⁶ Saltelli, A., Chan, K., & Scott, E. M. (Eds.). (2000). *Sensitivity analysis* (Vol. 1). New York: Wiley.

⁷ Livia Turco, incontro nazionale “La Casa della Salute: un progetto del Ministero della Salute”, Roma 22 Marzo 2007.

⁸ Barsanti S., Bonciani M. (2017) (a cura di), *Il Quaderno delle Case della Salute*, Polistampa, Firenze.