

***L'evoluzione delle missioni delle AUSL:  
quale focus emerge dai loro sistemi di  
controllo direzionale? Una survey su un  
campione di 11 aziende***

**Francesco Longo  
Domenico Salvatore  
Stefano Tasselli**

**Firenze, Congresso AIES  
18 ottobre 2007**

**CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale



**Università Commerciale  
Luigi Bocconi**

[www.cergas.unibocconi.it](http://www.cergas.unibocconi.it)

# Evoluzione delle missioni delle AUSL



I processi di riforma degli ultimi 15 anni hanno indotto una rimodulazione delle missioni aziendali di USL nei diversi contesti regionali verso:

- **Committenza** (es. Lombardia)
- **Produzione diretta** di servizi (es. Liguria e Puglia)
- Finalità bilanciata (es. Emilia-Romagna e Toscana).

La finalità istituzionale ultima delle USL rimane invariata in tutto il SSN: la **tutela complessiva della salute** dei cittadini residenti.

Le missioni (ossia le declinazioni del fine istituzionale) sono però spesso scavalcate dal reale posizionamento delle USL. Le missioni emergenti derivano dalle interazioni tra:

- **Quadro istituzionale** formale
- Sistema di **relazioni e competenze** che qualificano il ruolo di governance di sistema

# Domanda di ricerca

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



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

## Domanda di ricerca:

Alla luce dei mutamenti a livello regionale ed aziendale, le AUSL sono **consapevoli** delle loro rinnovate mission e **si orientano** in tale direzione?

# Metodo di indagine utilizzato

**CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

- 1 Una AUSL è tanto più focalizzata sulla missione di committenza quanto più è in grado di rilevare i **dati sul consumo effettivo** dei propri residenti, a prescindere dal luogo di produzione.
- 2 Il focus dei **sistemi di controllo direzionale** può essere considerato una proxy significativa dell'orientamento intenzionale delle aziende.
- 3 Il metodo usato è quello **etnografico**, che permette la raccolta di descrizioni qualitative in grado di rappresentare le realtà aziendali e il sistema di significati attribuiti dai partecipanti.

# Processo di raccolta dei dati

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



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

## Fonte dei dati utilizzati

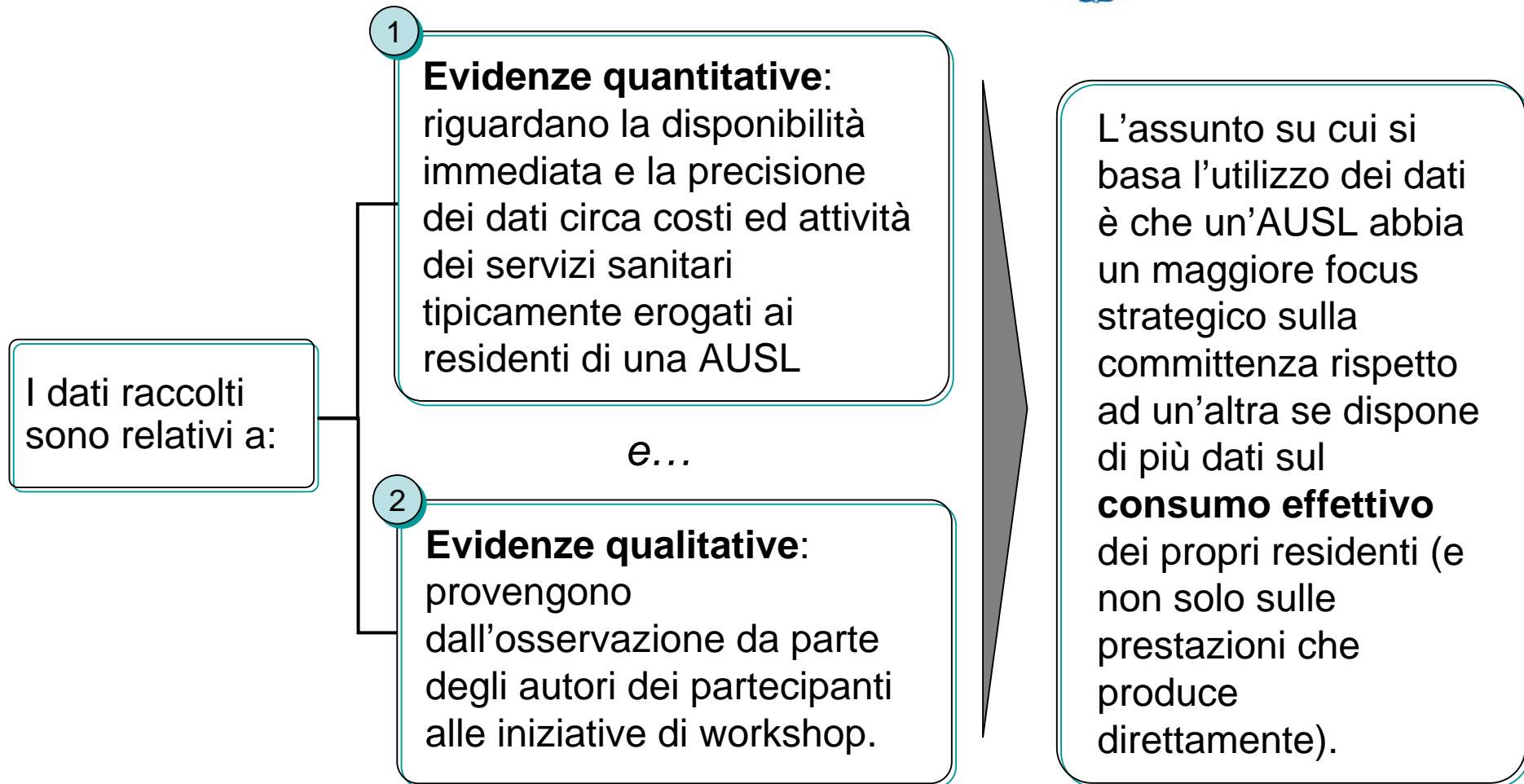
I dati utilizzati sono frutto dell'osservazione partecipata degli autori al **Laboratorio di Ricerca sul Governo del Territorio** promosso da **FIASO**, che ha coinvolto:

- 11 aziende USL
- Rappresentative di 10 realtà regionali
- Con la partecipazione di 3 rappresentanti per azienda (Controller, Dirigente delle cure primarie/distrettuali, rappresentante Direzione Strategica)

## Tipologia di dati analizzati

Nel paper si analizzano le **evidenze emerse** dal processo di raccolta dei dati e durante i due workshop di confronto (Trieste 21-22 maggio 2007 e Savona 20-21 settembre 2007) e non i dati raccolti dalle aziende nel Laboratorio FIASO (dati di consumo dei residenti, di attività e di disponibilità di fattori produttivi).

# Tipologia di dati raccolti



# La disponibilità immediata di dati sul consumo dei residenti nelle aziende partecipanti e per ambito assistenziale

	Az.1	Az.2	Az.3	Az.4	Az.5	Az.6	Az.7	Az.8	Az. 9	Az. 10	Az. 11	Tot dati Consumo per ambito
<i>Ricoveri ospedalieri</i>	Prod	No dato	Prod	Cons	Cons	Cons	Prod	Cons	Prod	Cons	Cons	6/11
<i>Specialistica</i>	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	Cons	Prod	Prod	Prod	Cons	Prod	3/11
<i>Anziani</i>	Prod	No dato	Prod	Cons	Prod	Prod	Cons	Prod	Prod	Cons	Prod	3/11
<i>Pronto Soccorso</i>	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	Prod	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	2/11
<i>Totale dati Consumo per azienda</i>	0/4	0/4	0/4	2/4	3/4	2/4	1/4	1/4	0/4	3/4	2/4	<u>14/44</u>

Ad ogni singola azienda del campione, per gli ambiti di attività prescelti, è stato richiesto quale sia la disponibilità effettiva immediata di dati, sulla base di tre possibili scenari:

- **Assenza di disponibilità** di dato (“No dato”)
- Presenza del solo **dato di produzione**, ossia il dato del numero e del costo delle prestazioni direttamente erogate dalla ASL (“Prod”)
- Presenza del **dato di consumo** dei residenti, depurato della mobilità attiva e comprensivo della mobilità passiva (“Cons”)

# La precisione dei dati raccolti per il Laboratorio nei diversi ambiti assistenziali (1/2)



<i>Ambito di attività</i>	<i>Deviazione standard relativa</i>
Specialistica	117%
Medicina Generale	80%
Pediatria di Libera Scelta	37%
Continuità Assistenziale	86%
Assistenza Domiciliare	111%
Screening	62%
Materno Infantile	91%
Anziani	134%
Riabilitazione e lungodegenza	99%
Pronto Soccorso	75%
Prevenzione e Sanità pubblica	54%
Ricoveri ospedalieri	41%

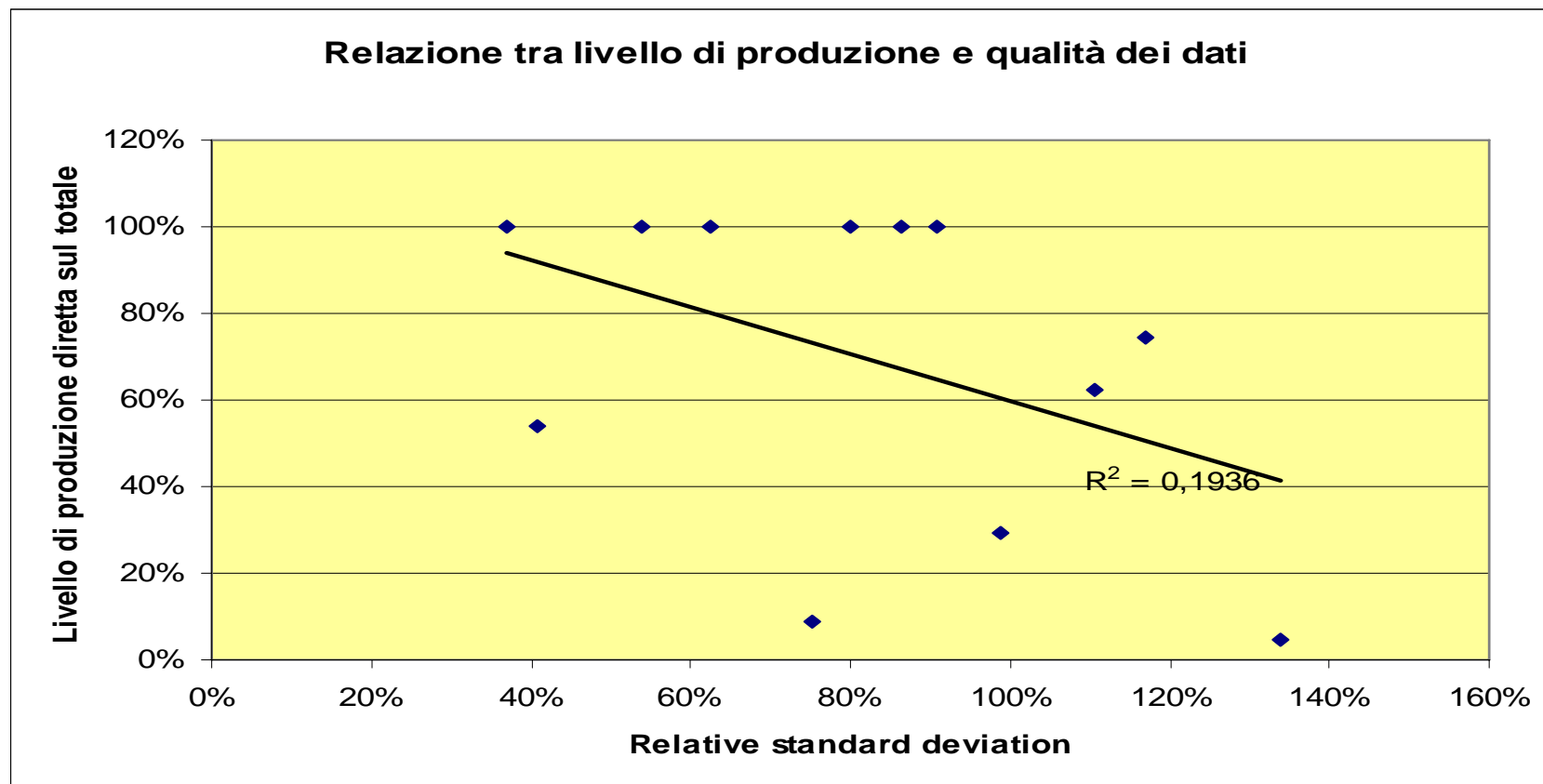
La deviazione standard relativa percentuale (%RSD) è calcolata partendo dalla Deviazione Standard  $s$  e dalla media  $x$  tramite la seguente formula:

$$\%RSD = 100 * s/x$$

La deviazione standard relativa, espressiva del livello di variabilità dei dati raccolti, è usata come un indicatore **proxy della qualità dei dati** raccolti dalle aziende nei diversi ambiti, soprattutto perché in sede di interpretazione dei dati i rappresentanti aziendali hanno attribuito questa motivazione alla presenza di valori di deviazione standard molto alti.



# La precisione dei dati raccolti per il Laboratorio nei diversi ambiti assistenziali (2/2)



Al diminuire della produzione direttamente erogata dalle aziende per singolo ambito assistenziale, **aumenta la deviazione standard** relativa, e diminuisce perciò il livello della qualità dei dati che le aziende hanno a disposizione

# Evidenze qualitative provenienti dall'osservazione dei partecipanti agli workshop (1/2)



**Aziende che presentano buona disponibilità di dati di consumo dei propri residenti:**

**AUSL 5:** *“Siamo obbligati a ragionare in ottica di consumi perché non gestiamo direttamente l’Ospedale. La nostra condizione ci ha portati a potenziare gli investimenti nei Sistemi Informativi.”*

**AUSL 10:** *“A livello di AUSL gestiamo solo due piccoli presidi ospedalieri, e siamo in un territorio con Policlinici di grandissime dimensioni. Viviamo perciò in un contesto di forte mobilità passiva. Riceviamo i dati di consumo dei nostri residenti dalla Regione. Ci piacerebbe sviluppare un sistema per conoscere i dati di produzione di tutti gli erogatori, pubblici e privati, che operano sul nostro territorio”.*

# Evidenze qualitative provenienti dall'osservazione dei partecipanti agli workshop (2/2)



**Aziende che presentano scarsa disponibilità di dati di consumo dei propri residenti:**

**AUSL 2:** *“Per la prima volta ragioniamo sui tetti da imporre ai produttori privati”.*

**AUSL 3:** *“Abbiamo sempre ragionato in termini di prestazioni prodotte e non di prestazioni consumate”.*

**AUSL 7:** *“Al momento non parliamo con l’Azienda Ospedaliera. Di conseguenza non abbiamo i dati di consumo su Ricoveri Ospedalieri e Specialistica. Questa ricerca è stata uno stimolo per tentare di migliorare la qualità dei nostri dati”.*

**AUSL 11:** *“Siamo la AUSL di una provincia che attrae molti anziani nelle proprie strutture di ricovero. Dovremo calcolare i flussi di mobilità per tale settore”.*

# Discussione sulle evidenze empiriche

Tipologia di evidenza	Discussione
Disponibilità immediata dei dati di consumo per residente	All'interno dei quattro ambiti analizzati per tutte le aziende del campione, soltanto in <b>14 casi su 44</b> complessivi si rileva disponibilità immediata di dati di consumo per residente. Nessuna delle AUSL del campione presenta disponibilità di dati di consumo per residente nei 4 ambiti analizzati. Con riferimento ai singoli ambiti, soltanto sui <b>Ricoveri ospedalieri</b> la maggior parte delle AUSL (6 su 11) ha a disposizione dati di consumo dei residenti.
Precisione dei dati raccolti	Lo <i>scatter plot</i> evidenzia come, all'aumentare del livello di committenza, diminuisce la qualità dei dati che le aziende hanno a disposizione. La conferma più rilevante viene dal dato sui <b>Ricoveri per anziani</b> : a fronte di una produzione diretta molto bassa (9%), il livello di deviazione standard relativa è il più elevato (134%).
Evidenze qualitative dall'osservazione dei partecipanti	Le AUSL che hanno maggiore disponibilità di dati di consumo dei residenti sono quelle che <b>producono una percentuale molto bassa</b> dei servizi per i propri residenti. Nella maggior parte delle AUSL, a fronte di una scarsa disponibilità immediata di dati di consumo, la ricerca è stata uno stimolo verso la <b>comprensione dell'utilità informativa e strategica</b> che tali dati possono assumere in ottica decisionale

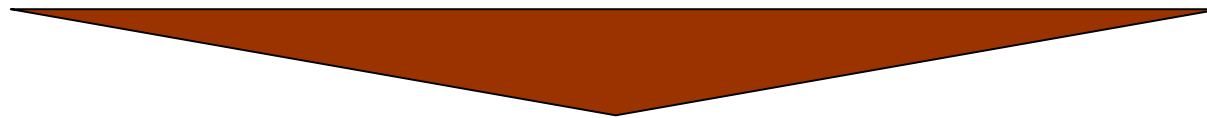
# Riflessioni conclusive

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



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

In questo paper abbiamo indagato le **missioni intenzionali delle AUSL**, dedotte dal focus del proprio sistema di controllo direzionale in base al livello di consapevolezza sui consumi dei propri residenti. Abbiamo osservato che:



- 1 In generale, si riscontra un livello di **consapevolezza sui posizionamenti relativi basso** ed un **focus dei sistemi direzionali** ancora orientato al governo della produzione interna.
- 2 Dal momento che la **committenza è scarsamente presente** o assente dalle missioni intenzionali, è probabile dedurre che non viene esercitata o viene esercitata in modo poco incisivo.