

ISTITUTO SUPERIORE
DI STUDI SANITARI
Giuseppe Cannarella



Associazione
Direttori e Dirigenti Sanitari
dei Distretti del Lazio



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Università



**Accorpamenti
delle Aziende
Sanitarie in Italia:
risposta adeguata alla
sostenibilità del SSN?**

Roma, 14 dicembre 2016

Aula "A. Celli"

**Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive
"Sapienza" Università di Roma (Piazzale Aldo Moro, 5)**

**Prof. Gianfranco
Damiani**

CONTESTO INTERNAZIONALE

Negli ultimi decenni diversi paesi hanno intrapreso processi di accorpamento di aziende sanitarie

NHS England

Governo Laburista (T. Blair, 1997-2006): politica a favore della cooperazione tra provider, riconfigurazione e accorpamento di aziende sanitarie

- 1997-2006: di 223 *short term general hospitals*, 112 vengono accorpati

Collins B, Foundation Trust and NHS Trust Mergers 2010 to 2015, The King's Fund -2015

- 2010-2015 il numero delle *Acute Trusts* si è ridotto da **180** (popolazione 290.000) a **150** *Acute Trusts* (popolazione 350.000)
- 1999 creazione di **481** *Primary Care Groups -PCGs* (popolazione di 100.000)
- Primi anni del 2000 creazione di **303** *Primary Care Trusts -PCTs* (popolazione 180.000)
- 2010 a seguito di accorpamenti *PCTs* → **152** (popolazione 290.000)



CONTESTO INTERNAZIONALE



US Medicare

1980 introduzione sistema di pagamento prospettico; sviluppo della Managed Care (pressione su costi, difficoltà economiche)

L' American Hospital Association (AHA) riporta:

- 1991-1993: **56** accorpamenti di ospedali
- 1994: più del **10%** degli ospedali risulta essere coinvolto in forme di accorpamento

Altre esperienze internazionali

Norvegia, Australia, Canada, Nuova Zelanda, Danimarca



Scenario Italiano?

REGIONI	Popolazione residente 1Gen2016	USL	ASL			Bacino medio	ASL previste	Bacino medio	Distretti				Bacino medio	Distretti previsti	Bacino medio
		1992	2005	2011	2016	ASL 2016	2017	ASL 2017	1999	2005	2011	2016	Distretti 2016	2017	Distretti 2017
Piemonte	4.424.467	63	22	13	13	340.344	13	338.788	66	65	58	52	85.086	52	84.697
Valle D'Aosta	128.298	1	1	1	1	128.298	1	127.329	14	4	4	4	32.075	4	31.832
Lombardia	10.002.615	84	15	15	8	1.250.327	8	1.251.044	105	85	81	86	116.309	27	370.680
P.A. di Bolzano	518.518	4	4	1	1	518.518	1	520.891	20	20	20	20	25.926	20	26.045
P.A. di Trento	537.416	11	1	1	1	537.416	1	538.223	13	13	4	4	134.354	4	134.556
Veneto	4.927.596	36	21	21	9	547.511	9+1	546.125	85	56	50	34	144.929	21	234.053
Friuli V. Giulia	1.227.122	12	6	6	5	245.424	5	245.424	20	20	20	20	61.356	20	61.061
Liguria	1.583.263	20	5	5	5	316.653	5+1	314.211	26	20	19	19	83.330	19	82.687
Emilia Romagna	4.450.508	41	11	11	8	556.314	8	556.018	46	39	38	38	117.119	38	117.056
Toscana	3.752.654	40	12	12	3	1.250.885	3	1.248.133	80	42	34	34	110.372	34	110.129
Umbria	894.762	12	4	4	2	447.381	2	455.591	13	12	12	12	74.564	12	74.265
Marche	1.550.796	24	1	1	1	1.550.796	1	1.543.752	36	24	23	13	119.292	13	118.750
Lazio	5.892.425	51	12	12	10	589.243	10	588.847	55	55	55	48	122.759	48	122.677
Abruzzo	1.331.574	15	6	4	4	332.894	4	331.628	73	73	25	24	55.482	24	55.271
Molise	313.348	7	1	1	1	313.348	1	312.027	13	13	7	4	78.337	4	78.007
Campania	5.861.529	61	13	7	7	837.361	7	835.836	113	113	72	73	80.295	73	80.149
Puglia	4.090.105	55	12	6	6	681.684	6	679.528	70	48	49	45	90.891	45	90.604
Basilicata	576.619	7	5	2	2	288.310	2	286.847	10	11	11	9	64.069	9	63.744
Calabria	1.976.631	31	11	5	5	395.326	5	394.104	34	35	35	18	109.813	18	109.473
Sicilia	5.092.080	62	9	9	9	565.787	9	563.807	62	62	62	55	92.583	55	92.259
Sardegna	1.663.286	22	8	8	8	207.911	1	1.658.138	23	25	22	22	75.604	22	75.350
ITALIA	60.782.668	659	180	145	109	566.749	102+2	634.585	977	835	701	634	89.264	562	105.398

Dal 2005 al 2017 vi è stata una riduzione del numero di ASL del **42%** e del numero di Distretti del **33%**

REGIONI	Popolazione residente	2011			2012			2013			2017		
	1.01.2016	A.O., A.O.U.	IRCCS	Totale	A.O., A.O.U.	IRCCS	Totale	A.O., A.O.U.	IRCCS	Totale	A.O., A.O.U.	IRCCS	Totale
Piemonte	4.424.467	8	2	10	6	2	8	6	3	9	6	0	6
Valle d'Aosta	128.298	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	10.002.615	29	25	54	29	25	54	29	25	54	27	4	31
P.A. Bolzano	518.518	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P.A. Trento	537.416	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Veneto	4.927.596	2	3	5	2	3	5	2	3	5	2	1	3
Friuli V. Giulia	1.227.122	3	2	5	3	2	5	3	2	5	0	2	2
Liguria	1.583.263	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	2	2
Emilia Romagna	4.450.508	5	1	6	5	2	7	5	3	8	5	2	7
Toscana	3.752.654	4	2	6	4	2	6	4	2	6	4	0	4
Umbria	894.762	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2
Marche	1.550.796	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3
Lazio	5.892.425	7	8	15	7	8	15	7	7	14	5	2	7
Abruzzo	1.331.574	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Molise	313.348	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0
Campania	5.861.529	7	2	9	7	2	9	7	2	9	9	1	10
Puglia	4.090.105	2	5	7	2	5	7	2	5	7	2	2	4
Basilicata	576.619	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Calabria	1.976.631	4	1	5	4	1	5	4	1	5	4	0	4
Sicilia	5.092.080	5	2	7	5	3	8	5	3	8	8	1	9
Sardegna	1.663.286	1	1	2	1	1	2	1	0	1	3	0	3
ITALIA	60.782.668	82	60	142	80	62	142	80	62	142	80	19	99

Dal 2011 al 2017 vi è stata una riduzione del numero di A.O., A.O.U, IRCCS del **30%**

Modificato da «Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale- Ministero della Salute» e Dati Elaborazione Fiaso

PRINCIPALI ASSUNZIONI

ECONOMICHE

- Economie di scala e scopo
- Razionalizzazione dei servizi forniti, riduzione dell'eccesso di capacità
- Miglioramento qualità clinica (aumento di volumi)
- Miglioramento qualità della formazione
- Attrazione e fidelizzazione dello staff

POLITICHE

- Facilitare chiusura di ospedali/servizi
- Sostenibilità finanziaria per le organizzazioni più piccole
- Aumento del potere di contrattazione
- Ampliamento dell'organizzazione in risposta a sfide da parte dei committenti
- Miglioramento servizi per la salute mentale: una singola organizzazione può fornire servizi di maggior qualità

OBIETTIVO

Studiare l'impatto dei processi di accorpamento di aziende sanitarie in termini di **processi ed esiti** attraverso una **revisione estensiva** della letteratura scientifica e grigia a livello internazionale

METODI

Revisione estensiva della letteratura scientifica e grigia

- Motori di ricerca interrogati

Motore di ricerca scientifico

MEDLINE

Motori di ricerca generici

GOOGLE

GOOGLE SCHOLAR

Siti istituzionali

The King's Fund

AHRQ

- *Hand search; Snow-ball search*

- PICO (*Population, Intervention, Comparator, Outcome*) e principali parole chiave utilizzate.

KEYWORDS

P - aziende sanitarie

Hospital, Primary Care Trusts, Primary Care Groups

I - accorpamento

Merger*

C - no accorpamento (se presente) ///

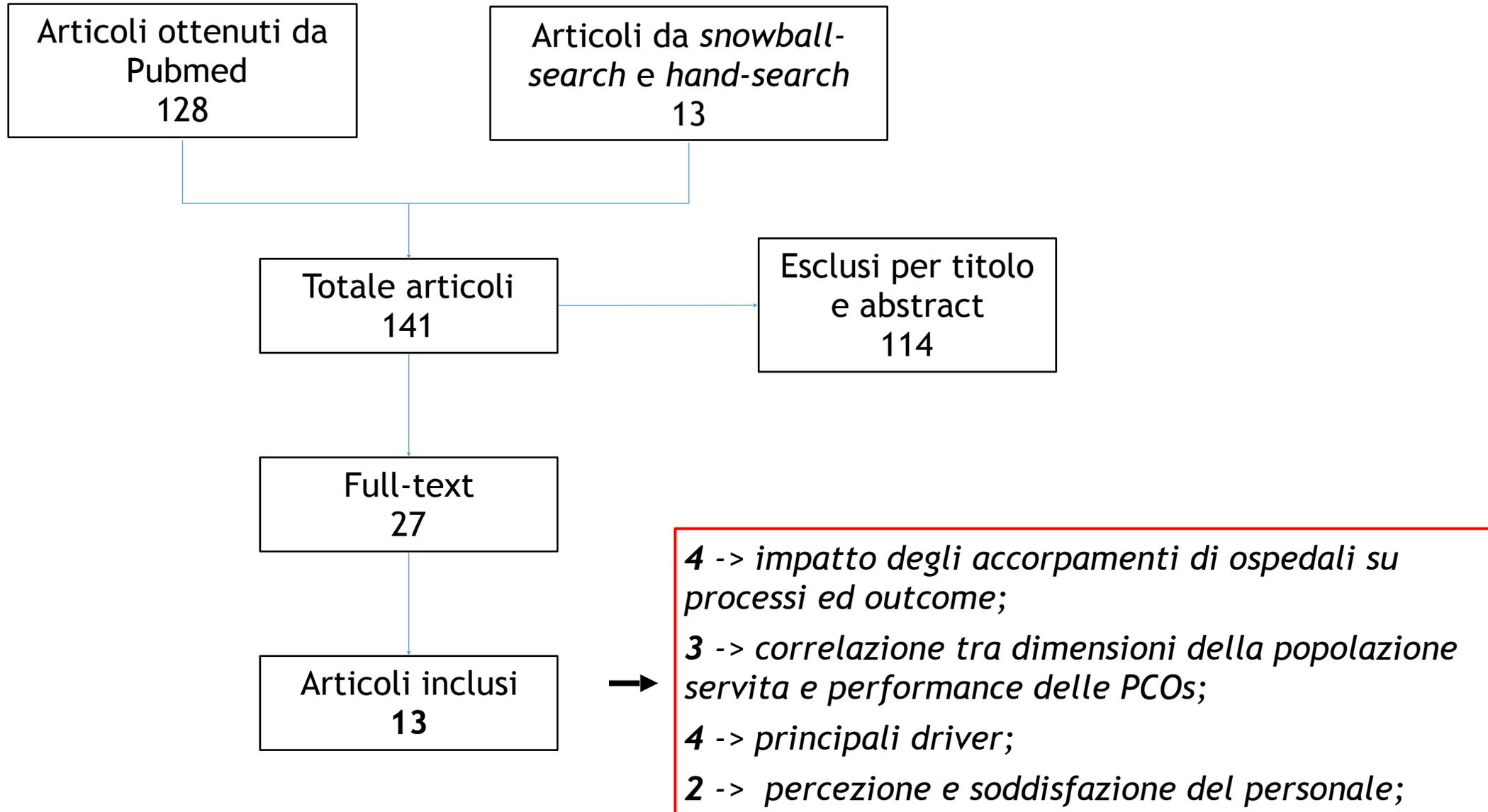
O - processo ed esito
saving

Efficacy, effectiveness, management costs, cost-

- Presentazione risultati con caratterizzazione su 4 focus: *impatto degli accorpamenti di ospedali su processi ed outcome; correlazione tra dimensioni della popolazione servita e performance delle PCOs; principali driver; percezione e soddisfazione del personale.*

RISULTATI

Flow-chart



RISULTATI

Impatto degli accorpamenti di ospedali su processi ed outcome

PROCESSI/OUTCOME	STUDI	RISULTATI
Esiti clinici Mortalità ospedaliera (IMA; Ictus) Mortalità a 30 giorni IMA Mortalità a 30 giorni Ictus Riammissioni a 90 gg per IMA Tasso di riammissioni a 28 gg per Ictus Dimissioni entro 48 ore dei nuovi nati	Ho V, 2000 Gaynor M, 2012 Gaynor M, 2012 Ho V, 2000 Gaynor M, 2012 Ho V, 2000	n.s. n.s. ↑ ↑ ↑ n.s.
Processi Durata media di ricovero Tempo d'attesa medio % di lista d'attesa >180 gg Totale ricoveri Totale personale Totale posti letto % personale qualificato % spesa per il management % spesa per personale a tempo determinato	Gaynor M, 2012	n.s. ↑ ↑ ↓ ↓ ↓ n.s. ↑ ↑
Performance finanziaria e produttività Surplus finanziario o deficit Spesa totale Produttività (ricoveri/personale)	Gaynor M, 2012	Deficit ↓ n.s.

Gaynor M et al, 2012 (UK)

Analisi di trend in 4 anni su **102** accorpamenti

Fonte : Dati amministrativi

Ho V et al, 2000 (USA)

Cross-sectional su **140** accorpamenti

Fonte : AHA; OSHPD

RISULTATI

Impatto degli accorpamenti di ospedali su utilizzo delle risorse

Connor RA et al, 1997 (USA)

L'**aumento dei costi** per l'ospedale e dei prezzi per il consumatore nel periodo 1986-1994 sembra essere **inferiore di circa il 7%** per gli ospedali soggetti ad accorpamento.

Dranove D et al, 2002 (USA)

I costi totali **si riducono di circa il 14 %** l'anno a 2, 3 e 4 anni dall'anno in cui viene realizzato l'accorpamento

RISULTATI

correlazione tra dimensioni della popolazione servita e performance delle PCOs (PCGs/PCTs)

Greaves F, 2012 Tipo di studio: cross-sectional observational (152 PCTs)	
INDICATORI DI PERFORMANCE	RISULTATI
Efficacia clinica	n.s.
Efficacia preventiva	n.s.
Esperienza del paziente	n.s.
Costo-efficacia	n.s.
Accesso	n.s.
Performance finanziaria	n.s.
Coinvolgimento (<i>engagement</i>)	n.s.

PCO - Primary Care Organization
PCG - Primary Care Group
PCT - Primary Care Trust

Wilkin D, 2003;

La maggior parte della variabilità nella performance delle **PCOs** non è spiegata dalle diverse dimensioni della popolazione servita.

Solo **2 di 23 indicatori di performance** mostrano una correlazione positiva con le dimensioni della popolazione:

- Maggiore probabilità di iniziative per estendere i servizi di assistenza primaria disponibili
- Maggiore probabilità di iniziative nell'assistenza intermedia

Bojke C, 2001 (review);

- Non c'è evidenza che l'aumento delle dimensioni delle PCOs comporti automaticamente miglioramenti nella performance delle aziende o nelle economie di scala;
- Le dimensioni ottimali variano in maniera sostanziale a seconda delle funzioni delle diverse PCOs
- Le dimensioni delle PCGs sono solo uno dei fattori che può influenzare la performance.

RISULTATI

principali driver

DRIVER	STUDI
<p>STATED DRIVERS» -> Fonte: documenti ufficiali</p> <ul style="list-style-type: none">• Risparmi in management per investirli in servizi per pazienti• Salvaguardare unità specialistiche• Garantire lo sviluppo di servizi• Mantenere qualità e numero di servizi• Assicurare la qualità e livello dei servizi alla luce di policy esterne• Migliorare le prospettive delle condizioni e carriera per lo staff (recruitment and staff retention)• Mental Health Services -cooperazione con autorità locali andando a coprire la stessa area geografica• Supportare lo sviluppo delle Primary Care Trust <p>“UNSTATED DRIVERS” -> Fonte: survey</p> <ul style="list-style-type: none">• Imposizione di nuovi regimi manageriali nelle trust che le autorità locali e l’NHS consideravano mancanti di controlli• Contrattare riduzioni di deficit• Rispondere a lobby di stakeholder (anche da parte di governi locali e nazionali ed altri gruppi)	<p>Fulop N, 2002 Survey di 96 stakeholders (di cui almeno 6 <i>board members</i> per ogni azienda ed un ampio spettro di rispondenti esterni all’azienda tra cui senior regional office representative, director of social services, chief executive of PCTs) da 4 tipi di aziende sottoposte ad accorpamento (1 Acute Trust, 2 Community Trust, 1 Mental Health Trust)</p> <p>Fulop N, 2004 Aggiornamento da Fulop 2002: Survey di 14 rappresentanti dalle 4 aziende sottoposte ad accorpamento (1 Acute Trust, 2 Community Trust, 1 Mental Health Trust)</p>
<ul style="list-style-type: none">• Rafforzare la posizione finanziaria -> Fonte: survey• Raggiungere economie operative• Consolidare i servizi• Ottenere accesso a nuove tecnologie• Migliorare l’accesso all’assistenza	<p>Bogue RJ, 1995 60 survey da diverse strutture ospedaliere</p> <p>Bazzoli GJ, 2002 80 survey da diverse strutture ospedaliere</p>

RISULTATI

Percezione e soddisfazione del personale

Ovseiko et al.

BMC Health Services Research, 2015

Fülöp et al.

Social Science & Medicine 2005 119-130

PERCEZIONI DELLO STAFF

- Differenze percepite nella «**cultura organizzativa**» tra le aziende costituenti: attitudine all'innovazione, assunzione di rischi, organizzazione orientata ad outcome o processi. X
- Percezione di «**acquisizione**»: percezione da parte dello staff di essere stati acquisiti da una delle aziende accorpate (la maggior parte dei dirigenti proviene da una sola delle aziende costituenti). X
- Percezioni contrastanti riguardo all'opportunità per imparare e condividere la «**good practice**»: percezioni migliori nelle acute trust rispetto alle community trust. X/V
- Peggioramento percepito nell'**erogazione dei servizi** a danno dell'assistenza al paziente e ritardo nello sviluppo di servizi. X
- «**Undermanagement**»: perdita del controllo manageriale di senior manager su azioni strategiche e su operazioni giornaliere con accumulo di ritardi negli incontri operativi tra *senior* e *middle management*. X

IMPATTO EMOZIONALE SULLO STAFF

- Aumentato **stress** causato dalle incertezze, dai cambiamenti e dall'aumentato carico di lavoro. X
- Aumento dell'**autonomia** nel proprio ruolo, **possibilità di esprimersi** in merito a piani d'innovazione e cambiamento. V

PRINCIPAL FINDINGS

- Le principali evidenze di letteratura sull'impatto dei processi di accorpamento di aziende sanitarie in termini di processo ed outcome sono contrastanti. Evidenze di vantaggi sono riportate solo per alcuni indicatori.
- **Non vi è chiara correlazione** tra dimensioni della popolazione servita e modificazioni nella performance delle aziende sanitarie:
le **dimensioni ottimali** dipendono principalmente dalla funzione della specifica dell'azienda e da altri **fattori di contesto** che devono essere presi in considerazione nella realizzazione di processi di accorpamento.
- Alle ragioni documentate (*stated drivers*) che guidano i processi di accorpamento si aggiungono ragioni **“sottintese”** (noti in letterature come *unstated drivers*)
- La percezione e la soddisfazione del personale delle aziende soggette ad accorpamenti evidenzia alcune criticità collegate a differenza nella **cultura organizzativa** delle aziende accorpate, all'**allontanamento percepito dai *senior manager dall'azione di governance*** e all'**aumentato stress lavorativo**. Vi è inoltre la percezione di un peggioramento nell'erogazione dei servizi a danno dei pazienti.

INTEGRATING SERVICES WITHOUT STRUCTURAL CHANGE

JUNE 2012



Overall, our findings are consistent with the existing literature on integration which does not find rearranging organisational structures through mergers to be absolutely necessary or even sufficient to produce genuine joint working and more coordinated care. Instead, the emphasis is often placed on good information sharing and effective, professional relationships across disciplines and organisations.

The ways in which different parts of the health service can seek to achieve more integrated care ‘virtually’, excluding via structural change such as organizational mergers:

- | | | | |
|---------------------------------|------|--|------|
| • <i>Chains of care</i> | + | • <i>Joined-up or integrated care pathways</i> | + |
| • <i>Care planning</i> | + | • <i>Managed clinical networks</i> | + |
| • <i>Case management</i> | +/- | • <i>Multidisciplinary team</i> | ++ |
| • <i>Co-location</i> | + | • <i>Shared guidelines and/or protocols</i> | n.a. |
| • <i>Contractual agreements</i> | n.a. | • <i>Virtual teams</i> | n.a. |
| • <i>Disease management</i> | + | • <i>Virtual wards</i> | + |

TAKE HOME MESSAGE

- **Non esiste automatismo** tra accorpamento e raggiungimento di determinati goal, le evidenze di letterature mostrano risultati contrastanti.
- **Figure professionali altamente qualificate:**
 - top-manager in grado di governare reti complesse,
 - middle-manager con formazione specialistica orientati alla programmazione sanitaria,
 - staff di controllo di gestione in grado di consentire la lettura di processi clinici e gestionali piuttosto che la produttività di singole strutture.
- **Sviluppo infrastruttura informatizzata** volta a garantire la **personalizzazione** di un servizio a fronte di una sempre maggiore distanza tra vertici dell'azienda e fruitori del servizio (Es. Telemedicine, E-Care)
- **Attivazione valutazione delle policy di accorpamento** con valutazione sistematica e periodica di processi e outcome.

“The POLICY CYCLE”

Five stages of the policy cycle and their relationship to applied problem solving		
Stages in policy cycle	Phases of applied problem solving	Description and comments
Agenda setting	Problem recognition	How an issue comes to the attention of policy makers. The process is not always rational, and it can often be difficult to see why some issues rise to the top of political agendas while other, seemingly more important issues, remain unaddressed
Policy formulation	Proposal of solution	Decision-makers (governments, health regions, hospitals, care teams etc.) formulate policy options. Government policy-making usually occurs behind the scenes and is carried out by professional policy analysts
Decision-making	Choice of solution	How decision-makers decide what to do or not do about an issue
Policy implementation	Putting solution into effect	Putting the decisions into effect. Not as simple as it sounds, as it usually entails changing habits and ingrained ways of doing things
Policy evaluation	Monitoring results	(all too often neglected) Examining implementation and outcomes to check if the policy has been properly implemented and if the desired outcomes were achieved

«All sectors involved in **decision making for public health** should be held **accountable for the impact of their policies**»

GRAZIE!