

- Alcuni risultati dell'analisi empirica di benchmarking

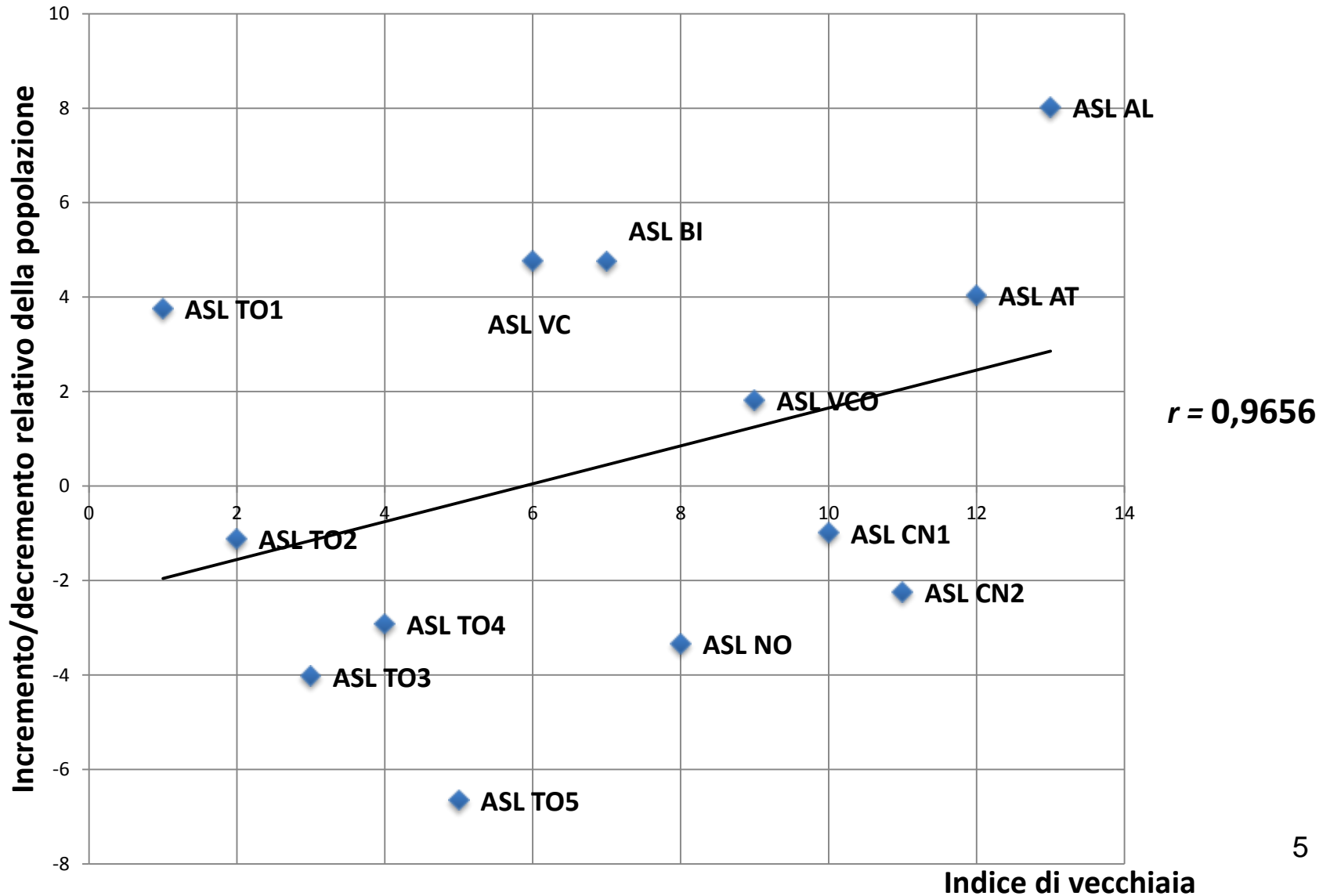
1. Territorio totale

- costi (in gran parte) relativi all'acquisto di prestazioni .
- standard da ricercare sulla base del confronto costi/risorse/ popolazione pesata (e altri parametri socio-economici-demografici). Per alcuni livelli anche rispetto all'output.

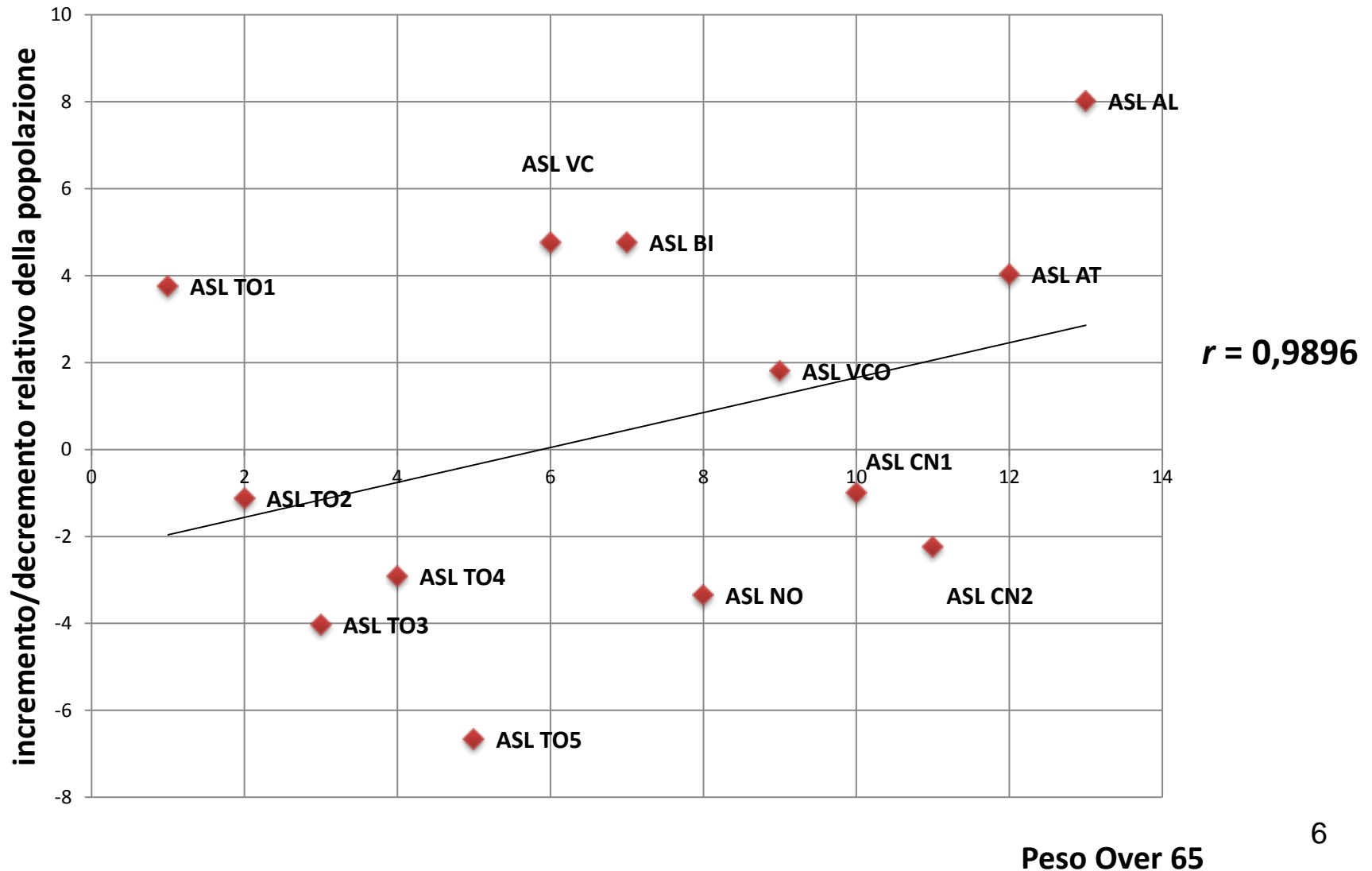
**ANALISI A LIVELLO DI SPESA
PROCAPITE TOTALE DAL PUNTO DI
VISTA DEL TERRITORIO ACQUIRENTE**

- Analisi preliminare sulla popolazione pesata per ASL piemontese

Correlazione fra incremento relativo delle popolazione e indice di vecchiaia



Correlazione fra incremento relativo di popolazione e over 65



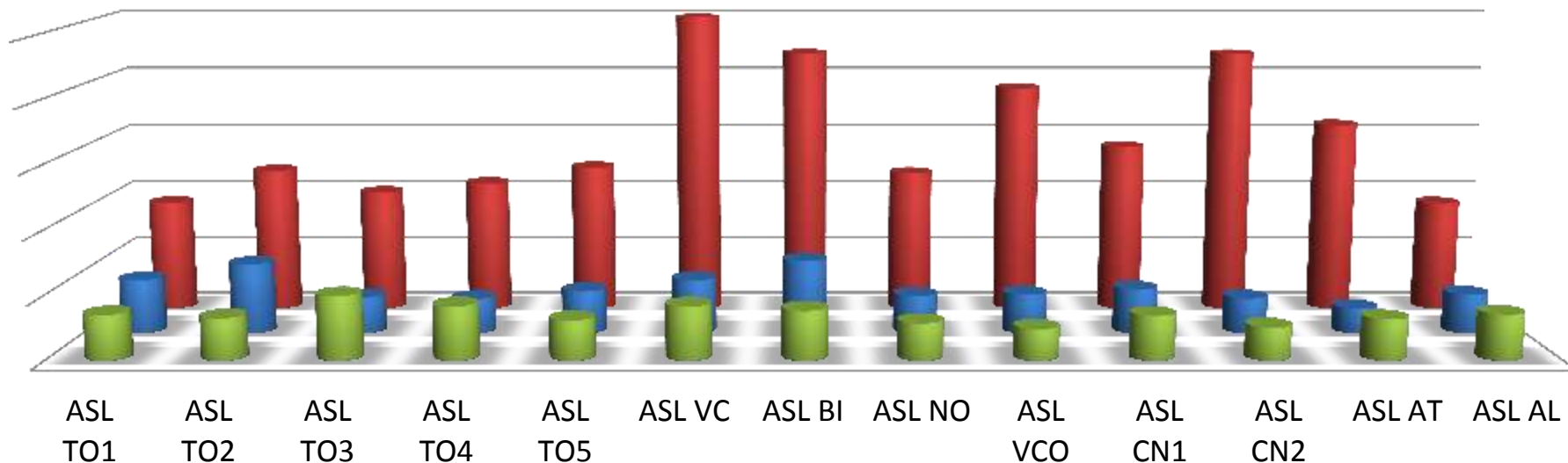
Ordini di grandezza dell'allineamento al benchmark

- Costi della macchina organizzativa territoriale (Novara, Alessandria). Circa 250 milioni
- Costi dell'acquisto di prestazioni (Biella Novara, Alessandria, Cuneo 2). Circa 450 milioni

Commento sintetico sui costi del personale

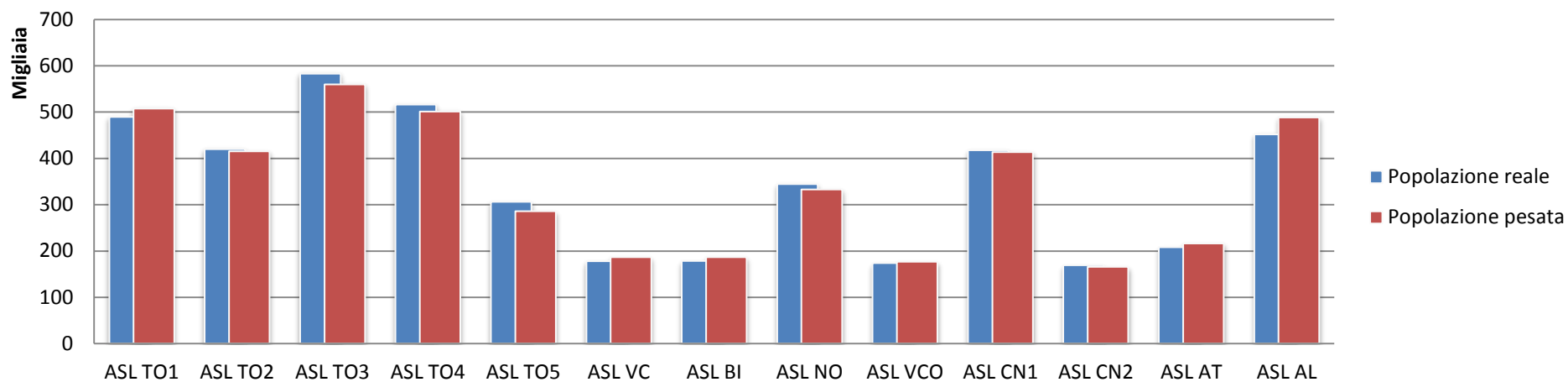
- Il peso del comparto sulla popolazione laddove alto (VC VCO BI CN2 AT) è trainato dalla pop bassa .
- Non sembra essere dovuto a diversità di imputazione con i presidi.

NUMERO PERSONALE /POPOLAZIONE PESATA

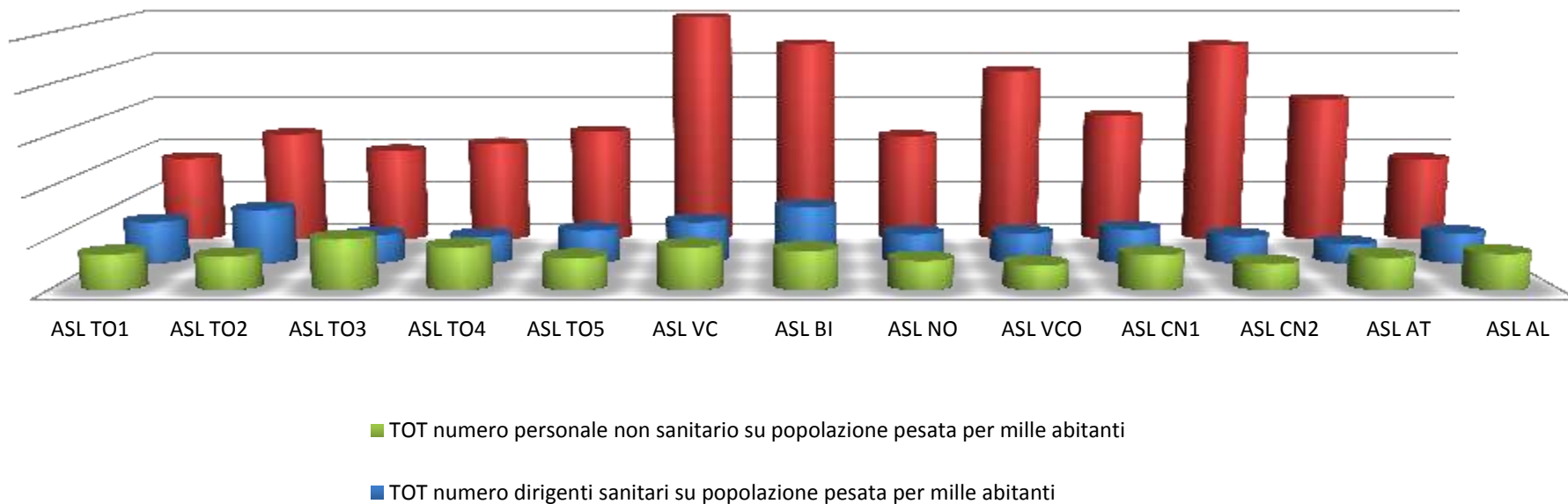


	ASL TO1	ASL TO2	ASL TO3	ASL TO4	ASL TO5	ASL VC	ASL BI	ASL NO	ASL VCO	ASL CN1	ASL CN2	ASL AT	ASL AL
TOT numero personale non sanitario su popolazione pesata per mille abitanti	0,36	0,34	0,51	0,43	0,32	0,43	0,40	0,30	0,25	0,36	0,27	0,33	0,37
TOT numero dirigenti sanitari su popolazione pesata per mille abitanti	0,44	0,57	0,30	0,28	0,35	0,44	0,60	0,31	0,32	0,36	0,29	0,21	0,32
TOT numero personale sanitario comparto su popolazione pesata per mille abitanti	0,92	1,19	1,00	1,08	1,22	2,49	2,19	1,17	1,90	1,39	2,19	1,58	0,91

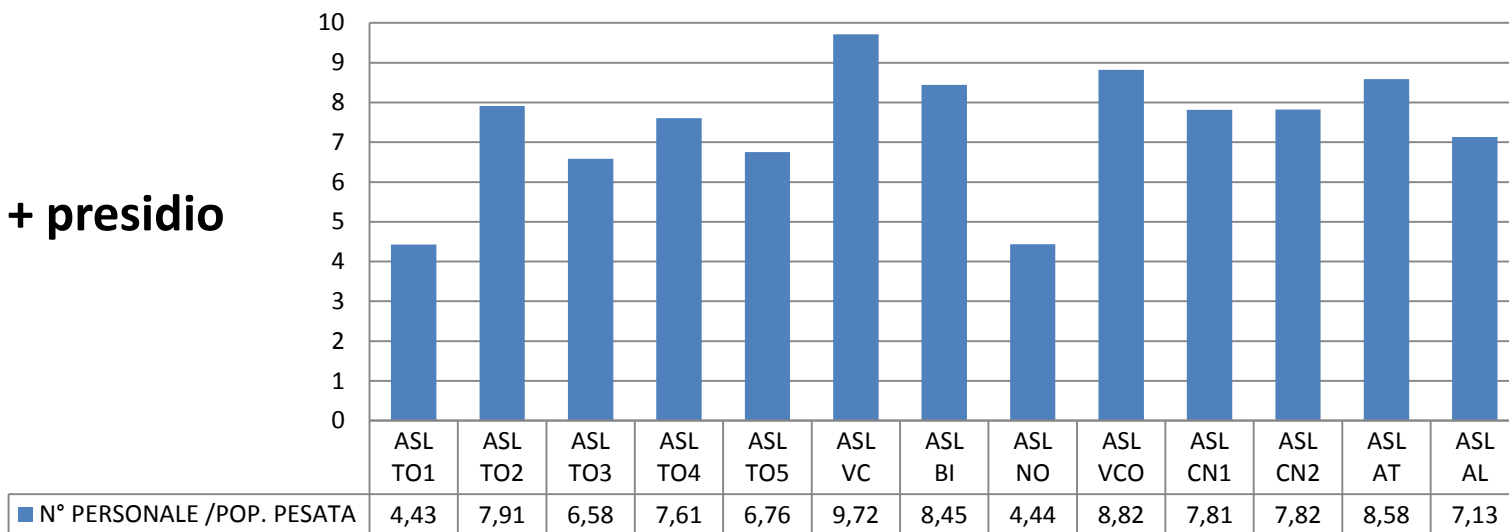
Numerosità popolazione per ASL



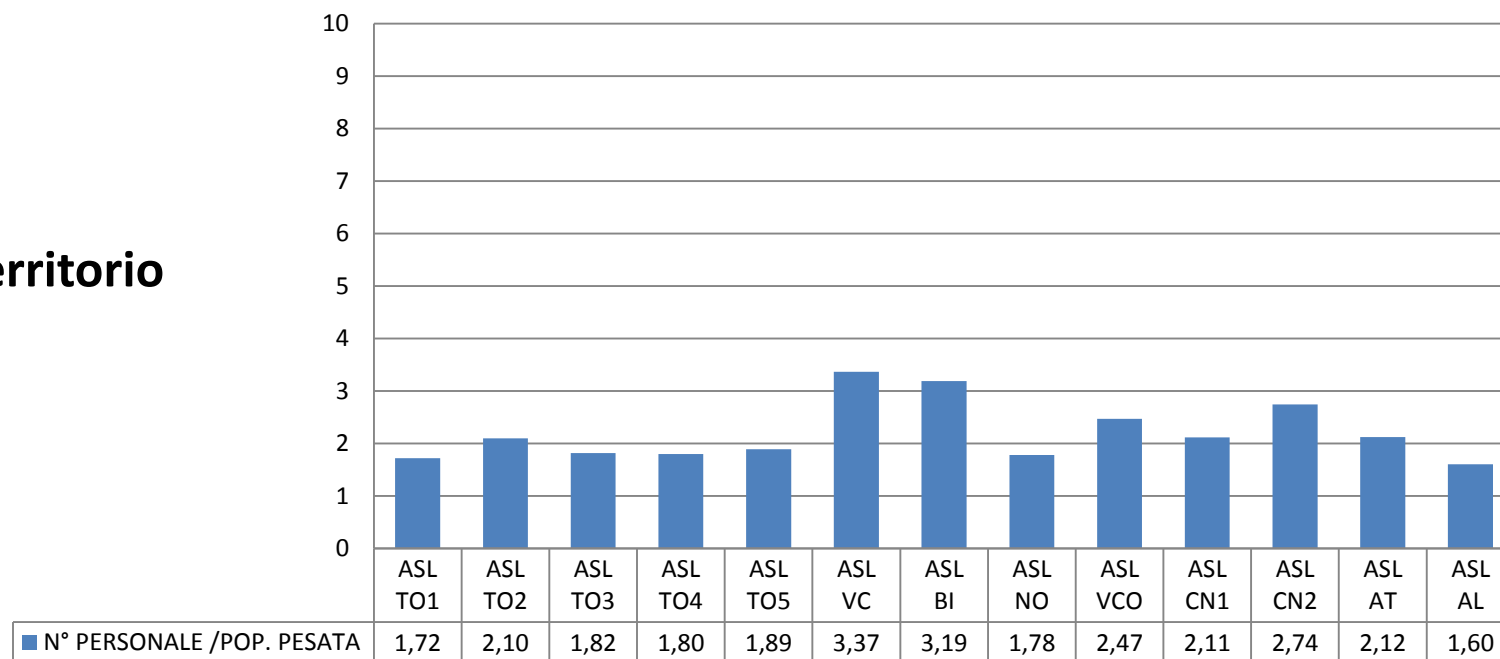
NUMERO PERSONALE /POPOLAZIONE PESATA



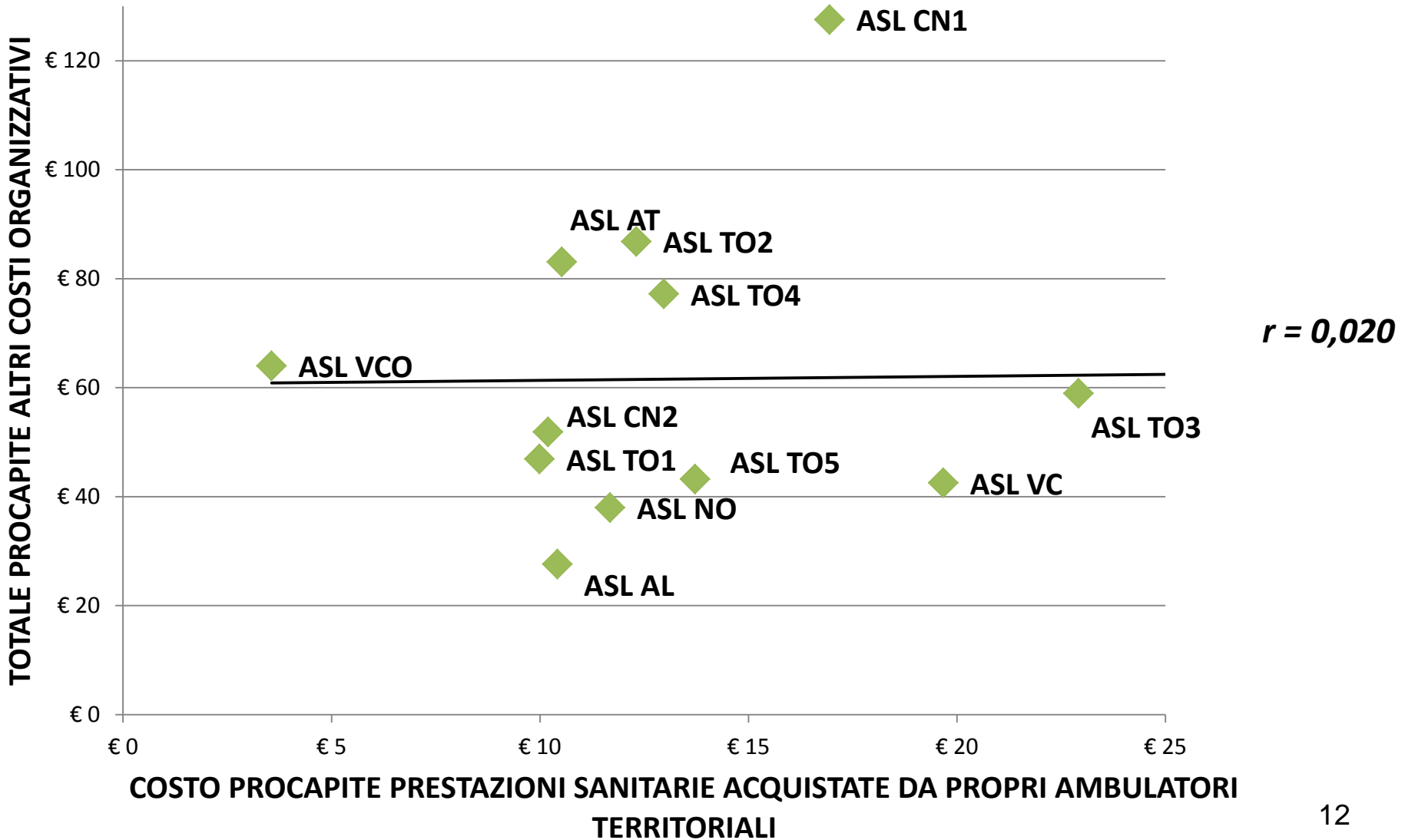
Territorio + presidio



Territorio



CORRELAZIONE INPUT/PRESTAZIONI SANITARI ACQUISTATE DA PROPRI PRESIDI AMBULATORIALI TERRITORIALI



Variabili critiche per il decisore

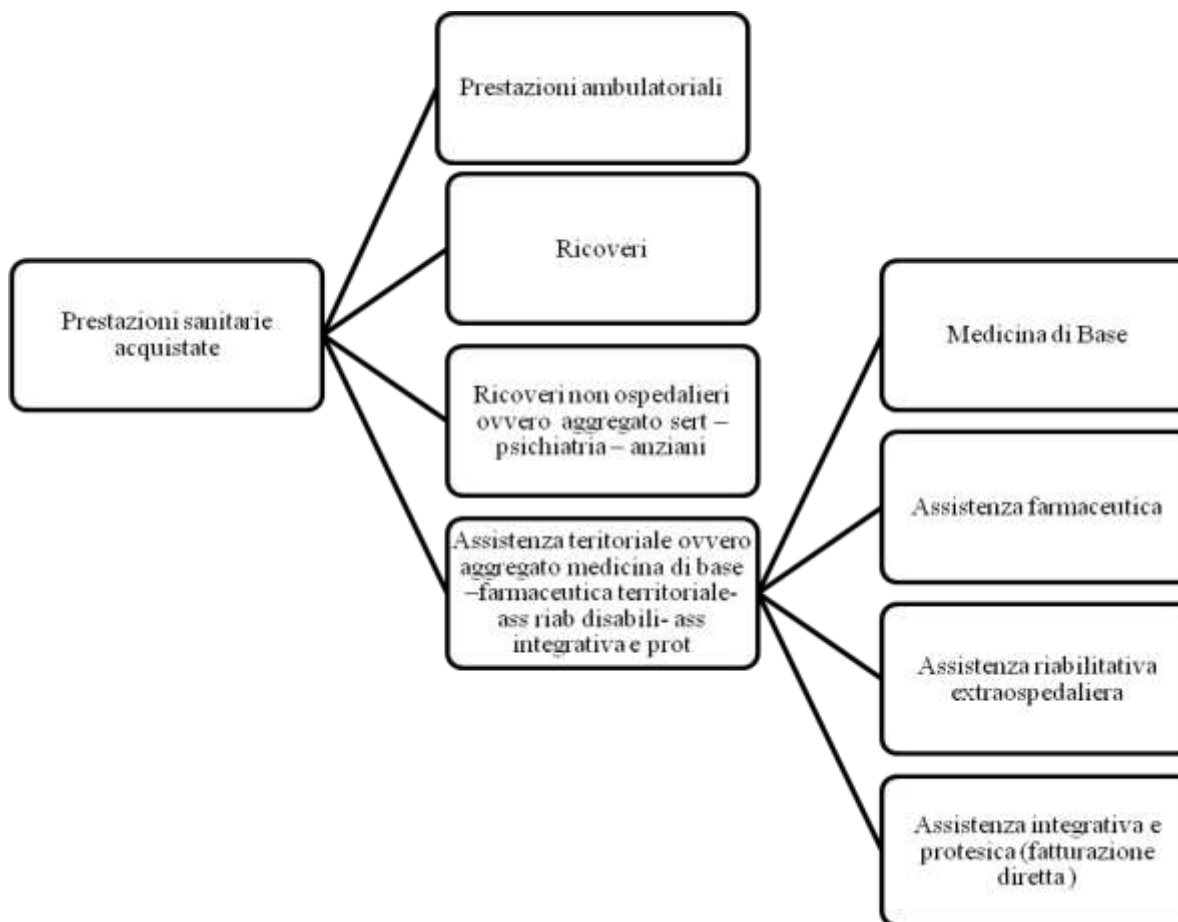
→ **“take away messages”**

→ **scomposizione del costo
procapite dell'acquisto di
prestazioni dal punto di vista
del territorio acquirente**

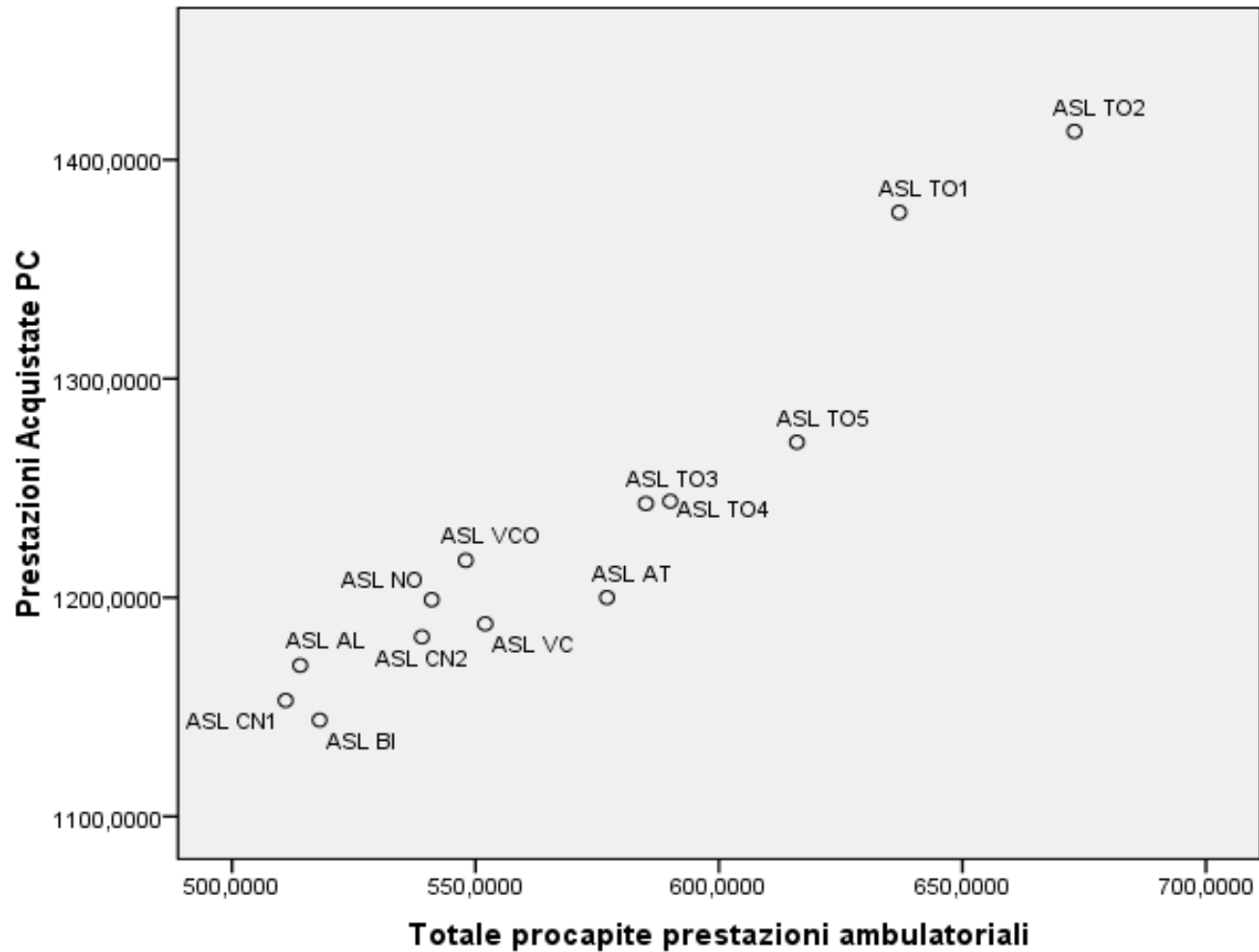
- Il punto di vista è quello di confronto di unità di consumo, in cui le differenze nella variabilità di un aggregato di spesa possono essere spiegate sulla base del
- Benchmark spesa totale/composizione
- Benchmark spesa totale / fornitore

- **Benchmark spesa totale/composizione.**
Ovvero disaggregazione delle prestazioni sanitarie acquistate per natura della prestazione
- **Benchmark spesa totale / fornitore.**
Ovvero disaggregazione delle prestazioni sanitarie acquistate per fornitore della prestazione

Disaggregazione delle prestazioni sanitarie acquistate per natura della prestazione



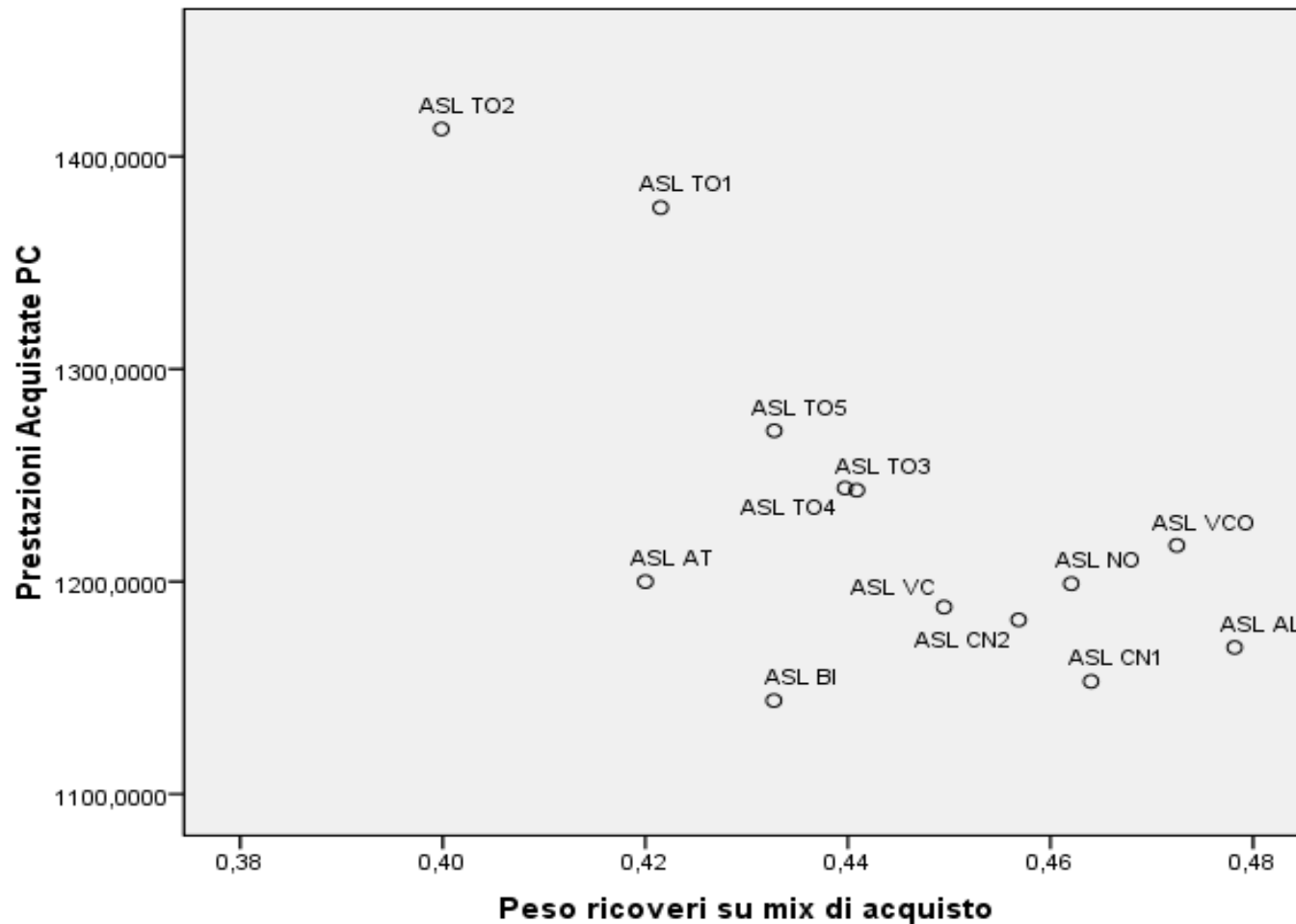
Prima variabile critica: chiara relazione diretta con le prestazioni ambulatoriali



Primo “take away message” per il decisore

- Le ASL che spendono di più devono ridurre il consumo di prestazioni ambulatoriali → appropriatezza prescrittiva

Seconda variabile critica: relazione inversa con il peso dei ricoveri sul mix di acquisto



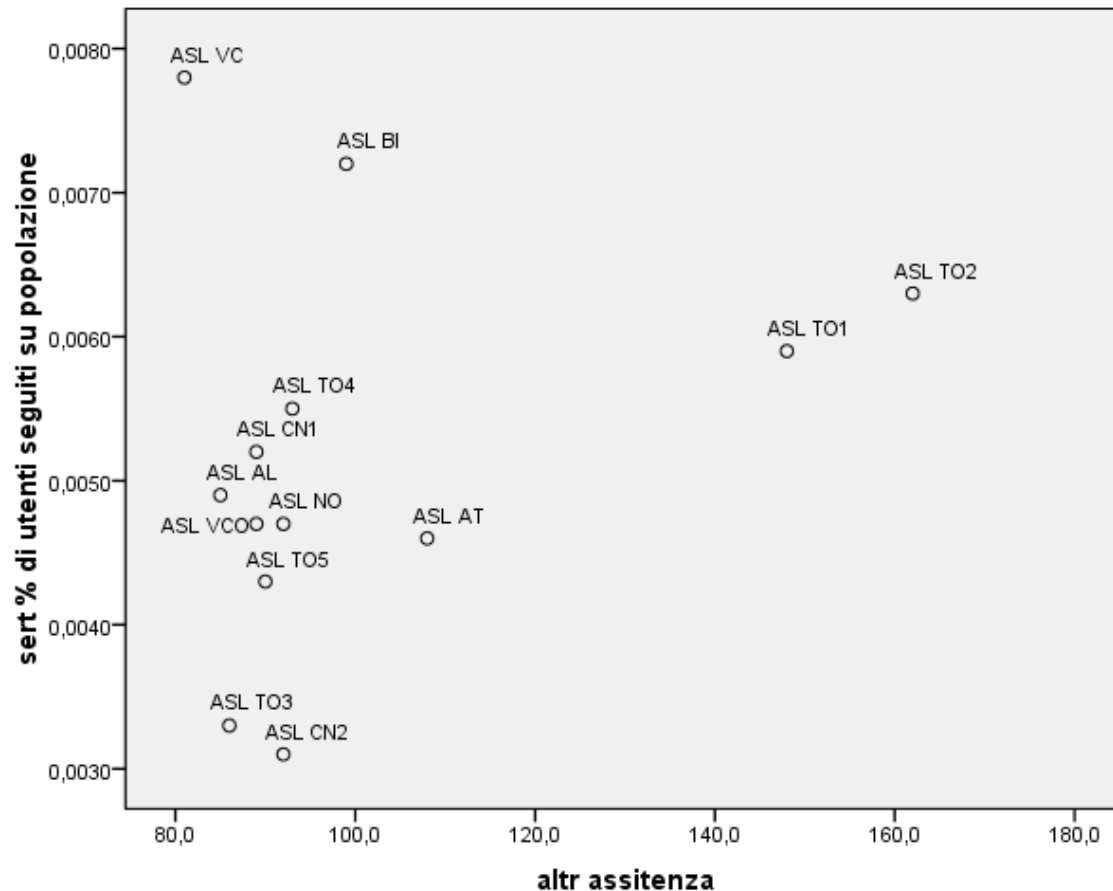
Secondo “take away message” per il decisore

- Le ASL che spendono di meno devono ridurre il consumo di ricoveri sul mix di acquisto

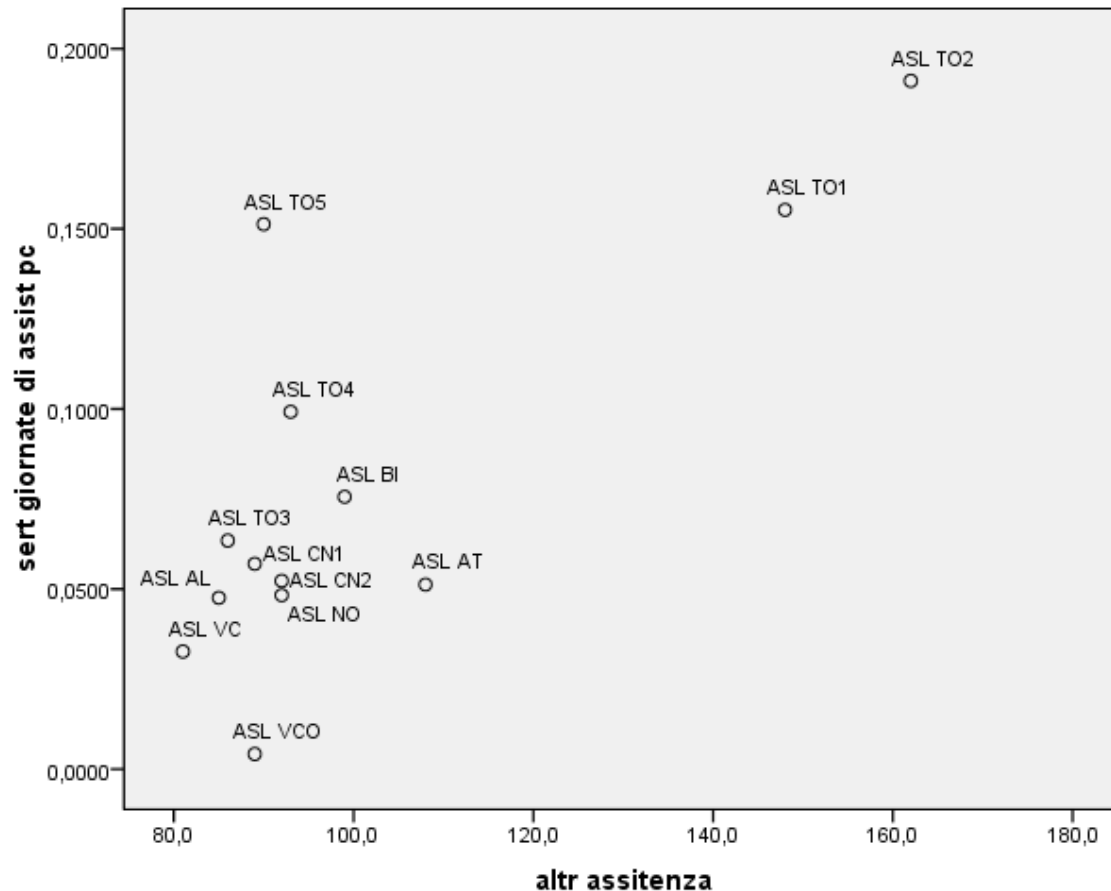
Terza variabile critica: analisi spesa-output per l'aggregato di spesa
territoriale
Sert-Psichiatria-Anziani

- Motivazioni dell'analisi:
- Questa tipologia di acquisto di prestazioni, a differenza di prestazioni ambulatoriali e ricoveri, non viene vista dal lato della produzione ospedaliera.
- Si tratta di un acquisto puro, senza costi di produzione, ad una tariffa fissa regionale.
- E' quindi particolarmente interessante il confronto fra
 - **la quantità acquistata procapite (rispetto ad una popolazione bersaglio)**
 - **l'equità distributiva (% di popolazione bersaglio raggiunta)**
 - **la spesa procapite.**
- Tutte e tre le grandezze, salvo casi marginali, sono da riferire ai residenti.

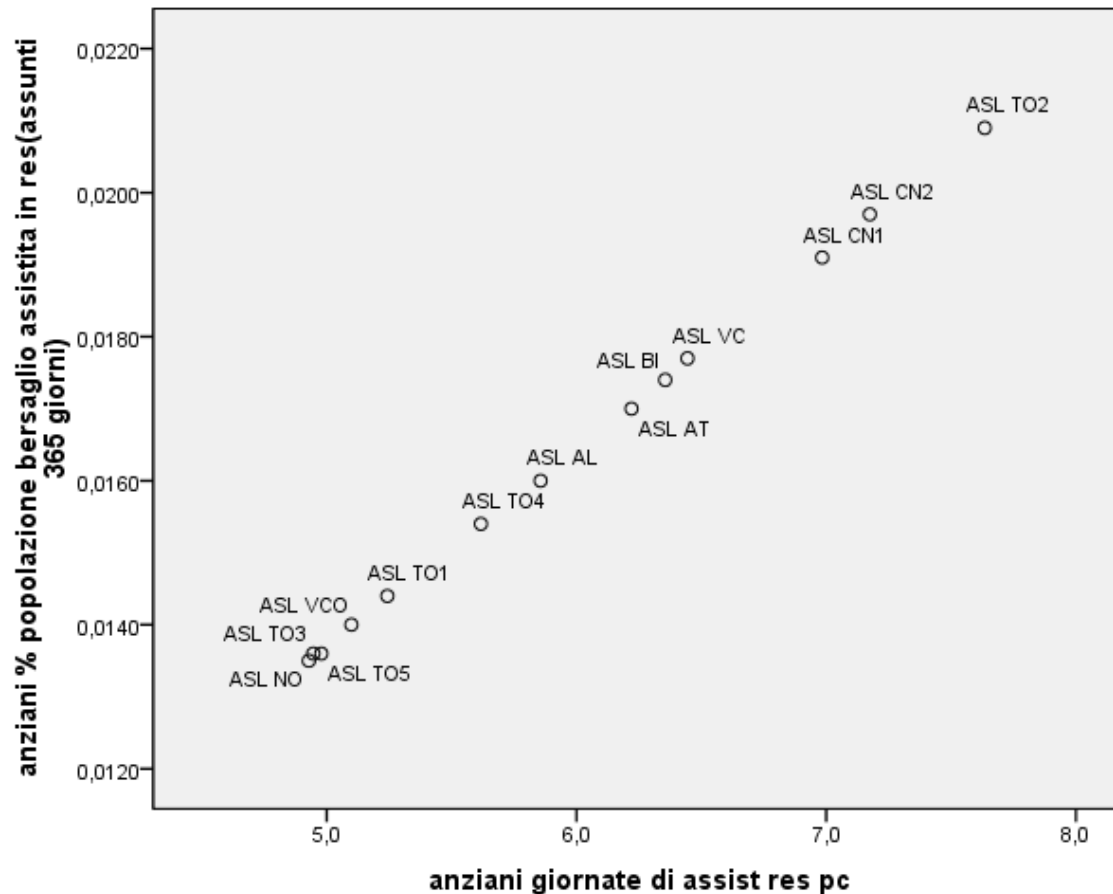
La spesa pc non è direttamente proporzionale alla % di popolazione seguita



...né alle giornate di assistenza pc → ad uno standard di spesa non sembra corrispondere uno standard di prestazione



Unica regolarità osservabile : per gli anziani, a differenza di
sert e psichiatria, la spesa rivela una maggiore equità
distributiva (relazione diretta tra quantità erogata e % di
popolazione seguita)



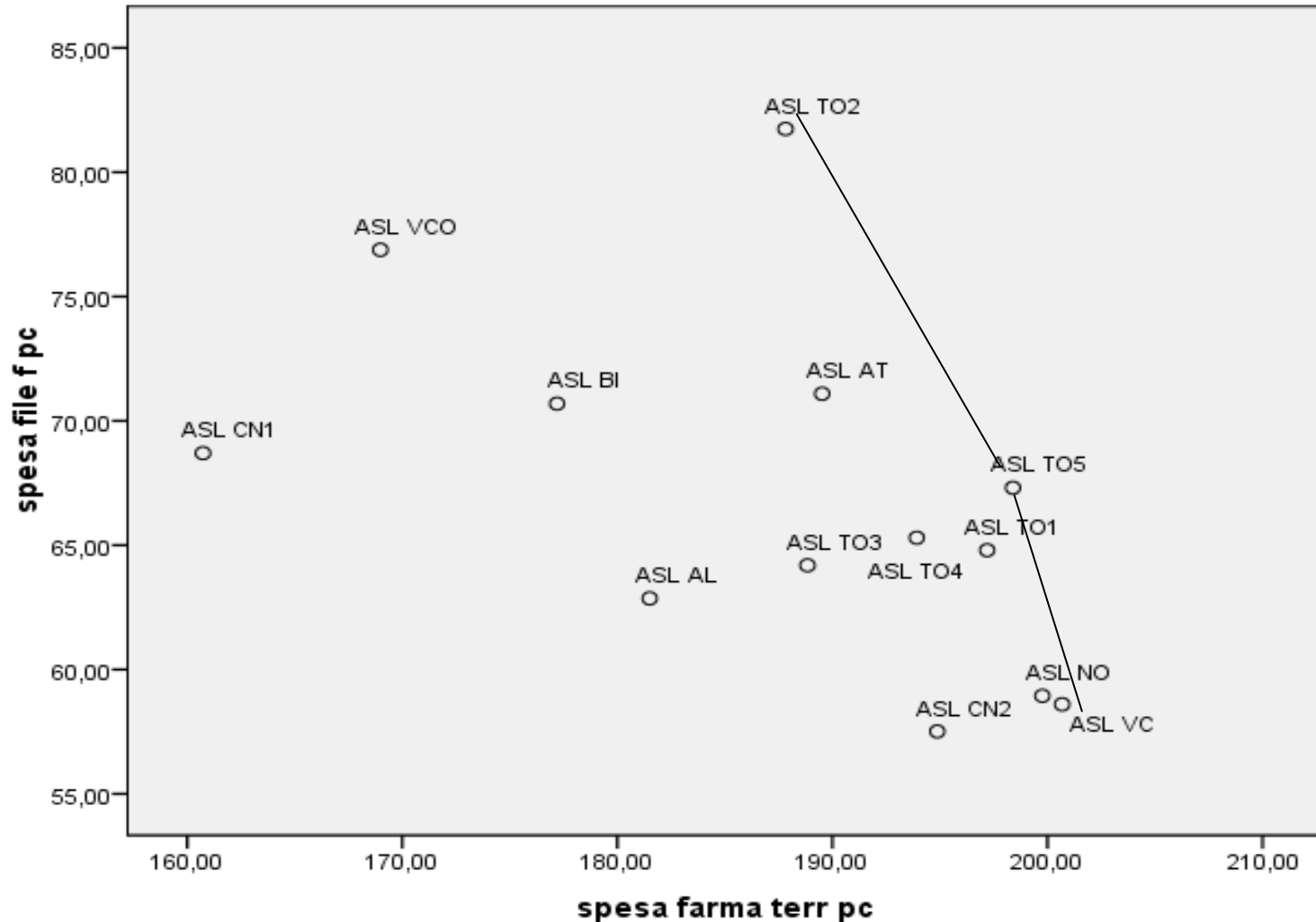
Terzo “take away message” per il decisore

- Uniformare standard di spesa e standard di prestazione per l’aggregato di spesa territoriale Sert-Psichiatria-Anziani.

Quarta variabile critica: consumo di spesa farmaceutica

- Per il momento, abbiamo lavorato con solo tre dati a livello di ASL, ovvero la spesa farmaceutica territoriale, il numero di medici di base e la popolazione pesata
- Il numero di medici per ASL è correlato allo 0,99 con popolazione pesata per ASL
- Quindi la media per ASL della spesa per medico si diluisce e non è possibile con questi dati individuare la presenza di eventuali “grandi prescrittori”
- In altre parole non si può cogliere una eventuale correlazione tra la spesa farmaceutica per medico e la spesa farmaceutica pc.

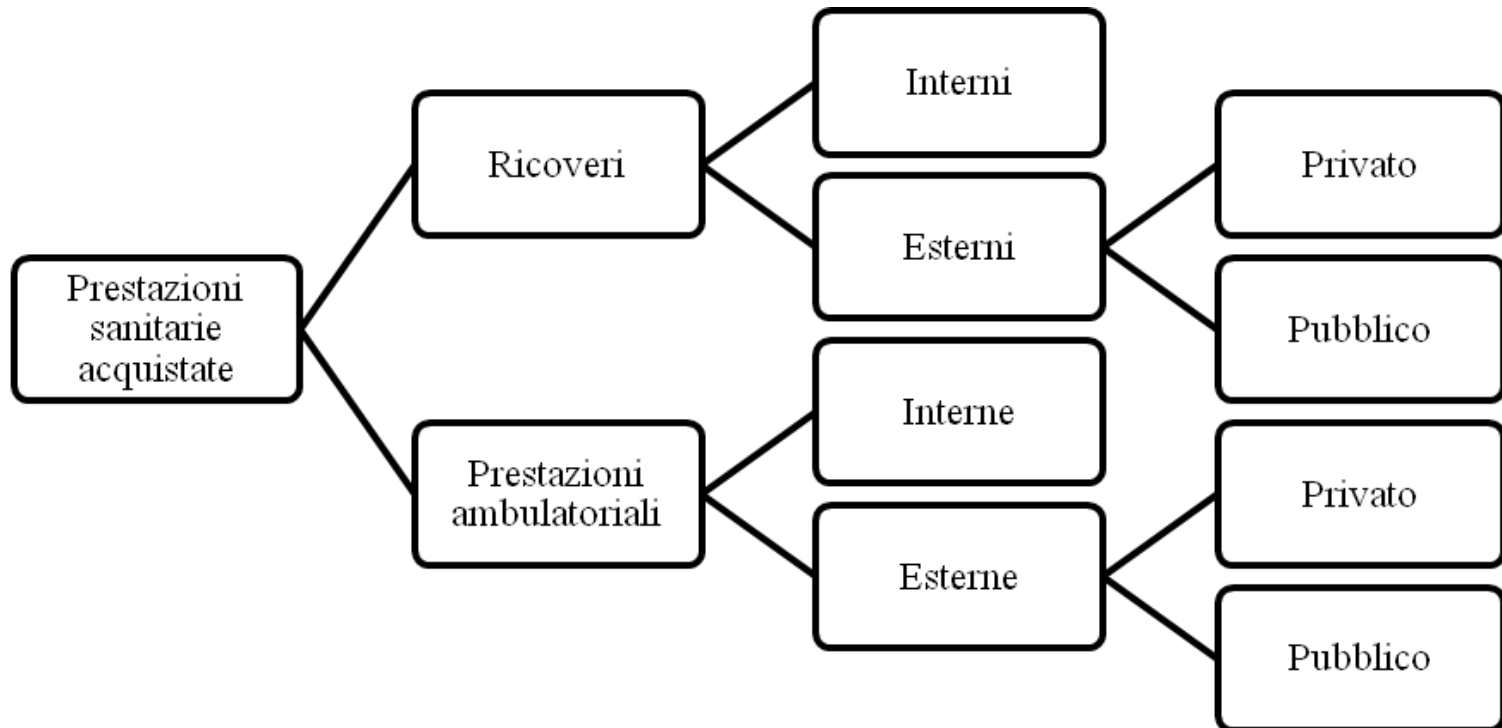
Si possono però confrontare le due possibili fonti di spesa farmaceutica per residenti pesati: la frontiera di spesa si colloca sui 260/270 euro pc



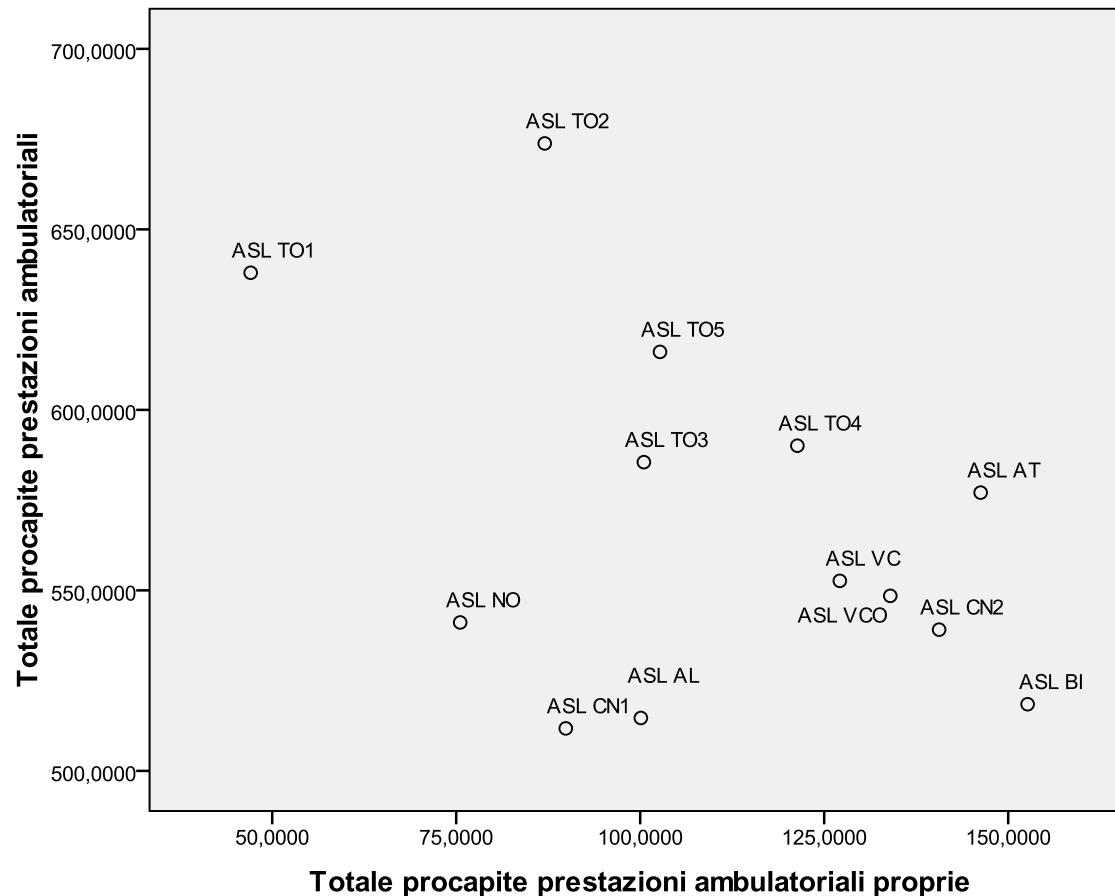
Quarto “take away message” per il decisore

- Arretrare la frontiera del mix di spesa farmaceutica per residenti pesati

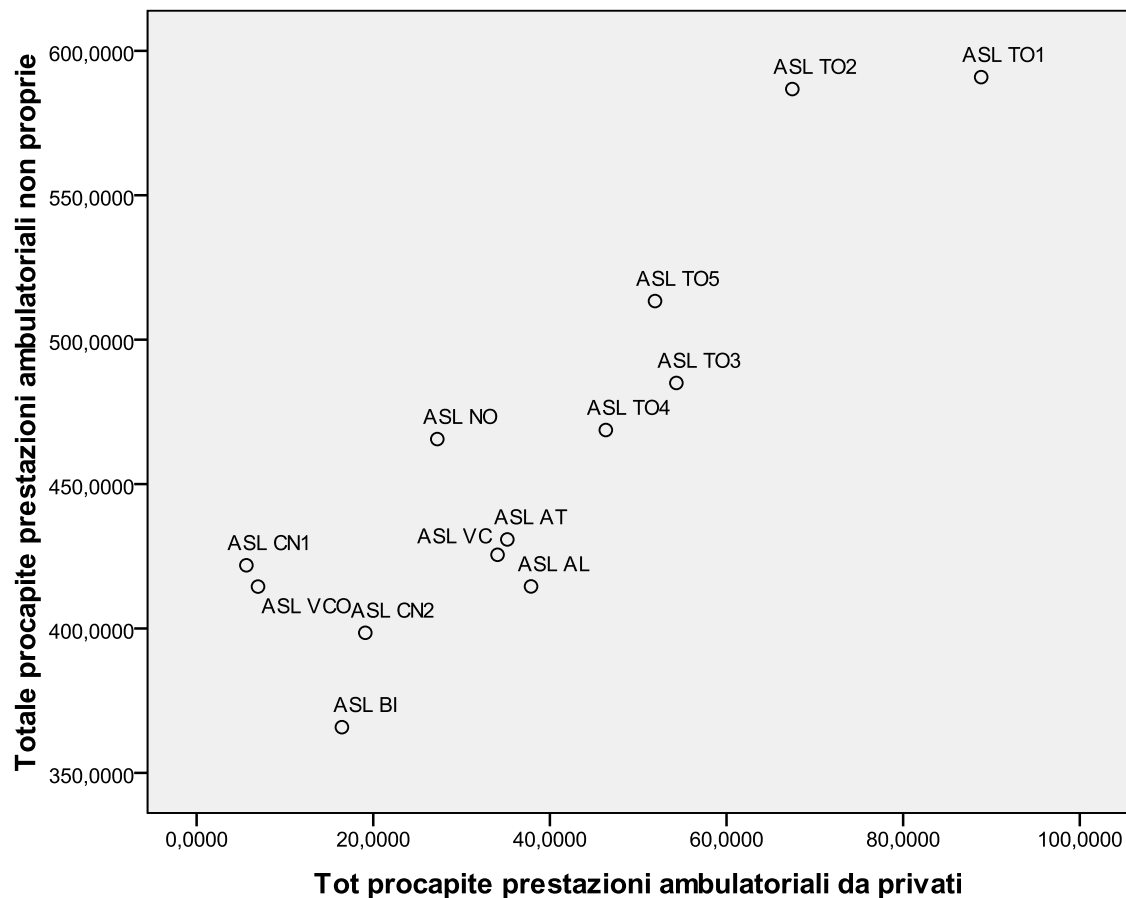
Disaggregazione delle prestazioni sanitarie acquistate per fornitore della prestazione → 4 variabili critiche e conseguenti “take away messages”



1 Tendenzialmente spende di meno in ambulatoriale chi ne produce di più all'interno della propria ASL → “take away message per il decisore”: conviene produrre all'interno perché l'uso di risorse “slack” permette di ridurre le prestazioni esterne



2 Tendenzialmente spende di più in acquisti di prestazioni ambulatoriali non proprie chi acquista più da privato → “take away message per il decisore”: maggior controllo sui prescrittori



3 Tendenzialmente spende di meno in acquisti di ricoveri non propri chi ha un maggior peso di acquisti dal privato → “take away message per il decisore” : il controllo sui ricoveri da privato è già in essere e funziona meglio che sull’ambulatoriale. Il ricorso al privato, a parità di tariffa, riduce la ridondanza di prestazione rispetto al pubblico

