

ANTONELLO ZANGRANDI

Professore di Economia delle aziende pubbliche, Università di Parma

Discontinuità e frammentazione delle cure



La frammentazione dell'assistenza sanitaria è connesso alla presa in carico continuativa ed integrata delle **persone affette da condizioni di fragilità**.

La **molteplicità di soggetti erogatori** coinvolti, che operano con regole e strumenti differenti, e la mancanza di una regia unitaria tra i **diversi setting assistenziali** non crea percorsi di presa in carico:

- Efficacia clinica;
- Qualità dell'assistenza;
- Outcome di salute;
- Costi sanitari.

Bisogni sempre più multidimensionali implicano l'integrazione tra la **dimensione sanitaria e quella sociale**.

La presa in carico dei soggetti fragili



Stando alla diffusione del fenomeno della cronicità nel nostro paese, tali **silos organizzativi ed informativi** rappresentano un limite:

- > Circa il **40%** della popolazione ha una patologia cronica;
- > Oltre il **20%** della popolazione è affetta da multimorbilità.

Necessitando particolare attenzione gli **anziani**, categoria demografica in costante aumento:

Classe di età	Gravi malattie croniche	Almeno tre malattie croniche	Stato ansioso -depressivo	Gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive	Limitazioni nella mobilità per problemi di salute	Gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL)	di cui con bisogni di assistenza o ausili
65-74	34,2	44,3	11,1	14,6	15,8	2,6	71,2
75-84	48,9	56,1	17,1	32,5	37,6	10,3	67,1
85 e oltre	59,4	66,0	20,6	63,8	67,9	37,2	63,7
Totale	43,2%	52,0%	14,7%	28,4%	31,5%	10,6%	65,8%

Fonte: ISTAT (2021), Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019

La presa in carico dei soggetti fragili



Il sistema sembra intercettare solo in parte tale bisogno di assistenza.

Stima della popolazione con bisogni di assistenza al 1/1/2025	Servizio	Utenti anziani in carico (Anno 2023)	Tasso di copertura servizi socio-sanitari
4.138.781	Residenziale	304.270	7,35%
	Semiresidenziale	22.796	0,55%
	Domiciliare (ADI)	1.232.280	29,77%

Le differenze nei modelli regionali di organizzazione e finanziamento, inoltre, rendono la mappa dei servizi a **“macchia di leopardo”**.

L'appropriatezza del setting di cura



Questo porta a riflettere sull'**appropriatezza** del setting di presa in carico.

Valorizzare soluzioni **alternative al ricovero ospedaliero**, ad esempio, consentirebbe di liberare grandi quantità di risorse, come emerge da uno studio condotto da diverse ATS lombarde.

Patologia	Casi Oltre Soglia Over 65	Giornate Oltre Soglia Over 65	Valore giornate Oltre Soglia Over 65
Infezione	8.272	139.652	21.344.097,14 €
Diabete	68	935	5.165,57 €
Neoplasie	911	8.592	1.547.636,30 €
Totale	9.251	149.179	22.896.899,01 €

Un sistema davvero universalistico?



La **regionalizzazione** ha generato nel tempo una differenziazione tra i vari servizi regionali.

I sistemi sanitari regionali, che si muovono secondo **logiche e priorità differenti**, producono **disuguaglianze** in termini di accessibilità, qualità e continuità delle cure.

Tutto ciò si riflette sullo **stato di salute** non uniforme sul territorio:

Aree di analisi	Dati di disuguaglianza territoriale
Anni medi di vita <u>non</u> in buona salute	Mezzogiorno (maschi 20,24 e femmine 26,69), Centro (maschi 18,12 e femmine 24,25), Nord (maschi 19,08 e femmine 25,52).
Mortalità evitabile	Si va da 15,1 casi x 10.000 abitanti in Trentino ai 25 della Campania.

Un sistema davvero universalistico?



La disparità di accesso ai servizi si deve alla diversa distribuzione delle **risorse finanziarie** e delle **dotazioni tecnologiche e strutturali**, ma anche all'organizzazione e al funzionamento del sistema.

L'analisi dell'assistenza ai malati cronici e oncologici in Italia fa emergere un quadro di **disparità che riguarda tutte le fasi del percorso di cura**:

Aree di analisi	Dati di disuguaglianza territoriale
BPCO: tassi di ospedalizzazione	Valle d'Aosta, Puglia ed Emilia Romagna superano abbondantemente la media nazionale
Tasso di presa in carico in ADI per intensità di cura	Da valori superiori a 20 (per 1.000 abitanti) in Lombardia e Molise a valori inferiori a 5 in Calabria e Sardegna.
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello per cervice uterina, mammella, colon-retto	Punteggio insufficiente in molte Regioni del Sud.
Presa in carico dalle diverse Reti Oncologiche Regionali, (% dei residenti dimessi dalle strutture delle Reti rispetto alla totalità dei residenti dimessi).	Valori superiori a 600 in molte regioni del Centro e del Nord, valori inferiori a 400 in diverse regioni del Sud (l'indicatore utilizza la somma di percentuali e con scala complessiva che varia da 0 a 700).

Quali conseguenze?



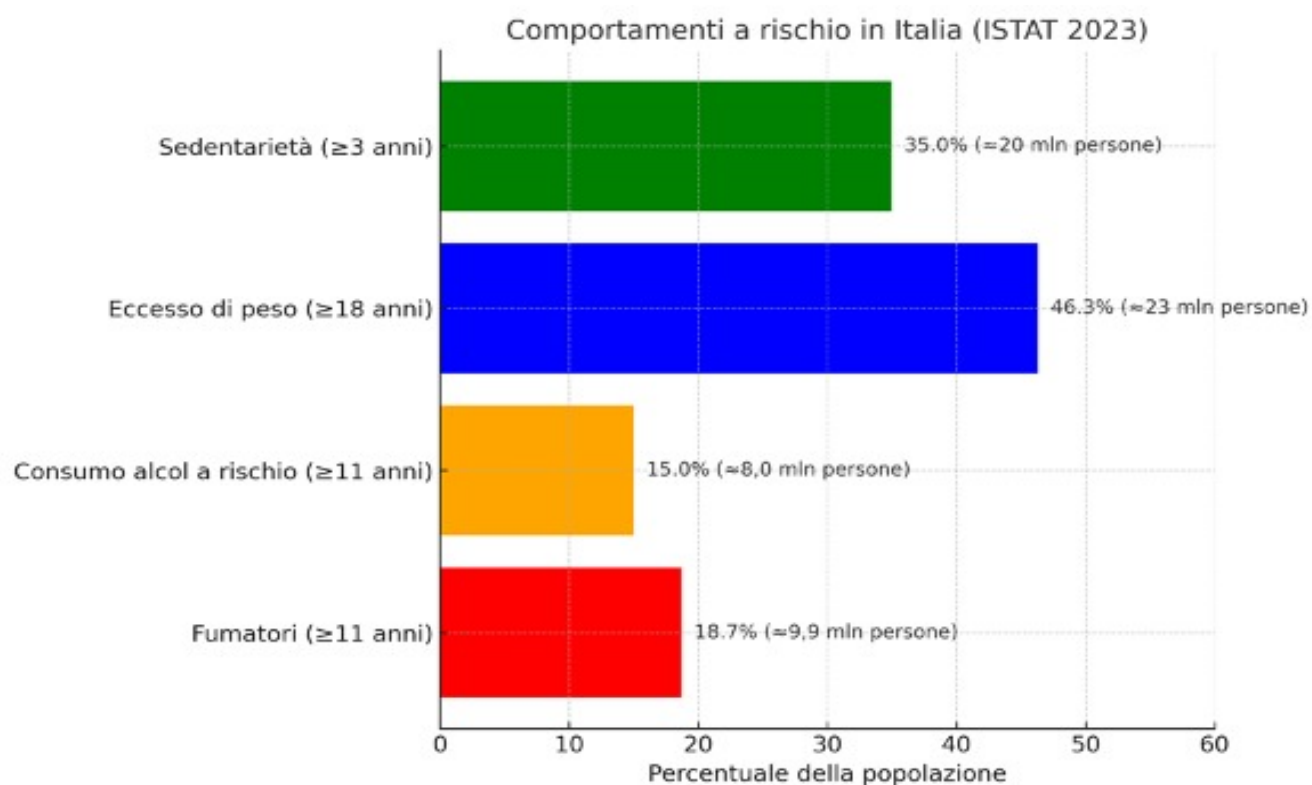
Quasi il **10%** della popolazione ha rinunciato alle cure per diversi motivi tra cui:

- lunghe liste di attesa (circa il **50%**);
- costi elevati delle prestazioni (oltre il **45%**);
- distanza dai servizi (oltre il **10%**)

Le differenze nell'accesso ai servizi tendono a favorire i **gruppi socio-economicamente più avvantaggiati**

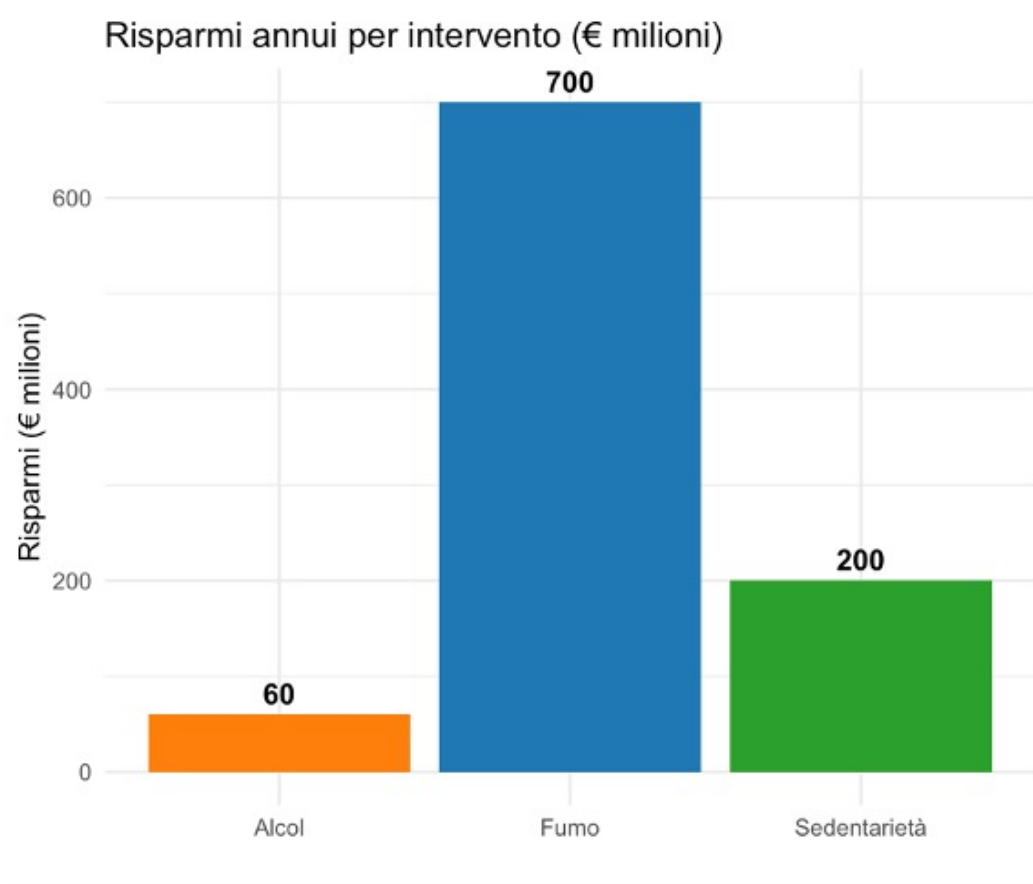
Aree di analisi	Dati di disuguaglianza territoriale
Disuguaglianza nell'accesso alle visite specialistiche	Picchi degli indici di ineguaglianza osservati in alcune regioni, come la Calabria (pari a 0,20).
Disuguaglianza nell'accesso agli accertamenti diagnostici	Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Marche riportano indici superiori al valore medio nazionale.

La prevenzione come investimento strategico



La prevenzione **riduce la pressione sui sistemi sanitari, migliora la qualità della vita e la salute** dei cittadini e **libera risorse economiche** da destinare ad altri bisogni.

La prevenzione come investimento strategico



La figura mostra come la prevenzione non si debba vedere come un costo, bensì come un **investimento strategico** che, per generare un reale cambiamento, richiede la combinazione di strumenti: **Normativi e fiscali, Educativi e Comunitari.**

La valutazione della qualità: un ulteriore strumento strategico



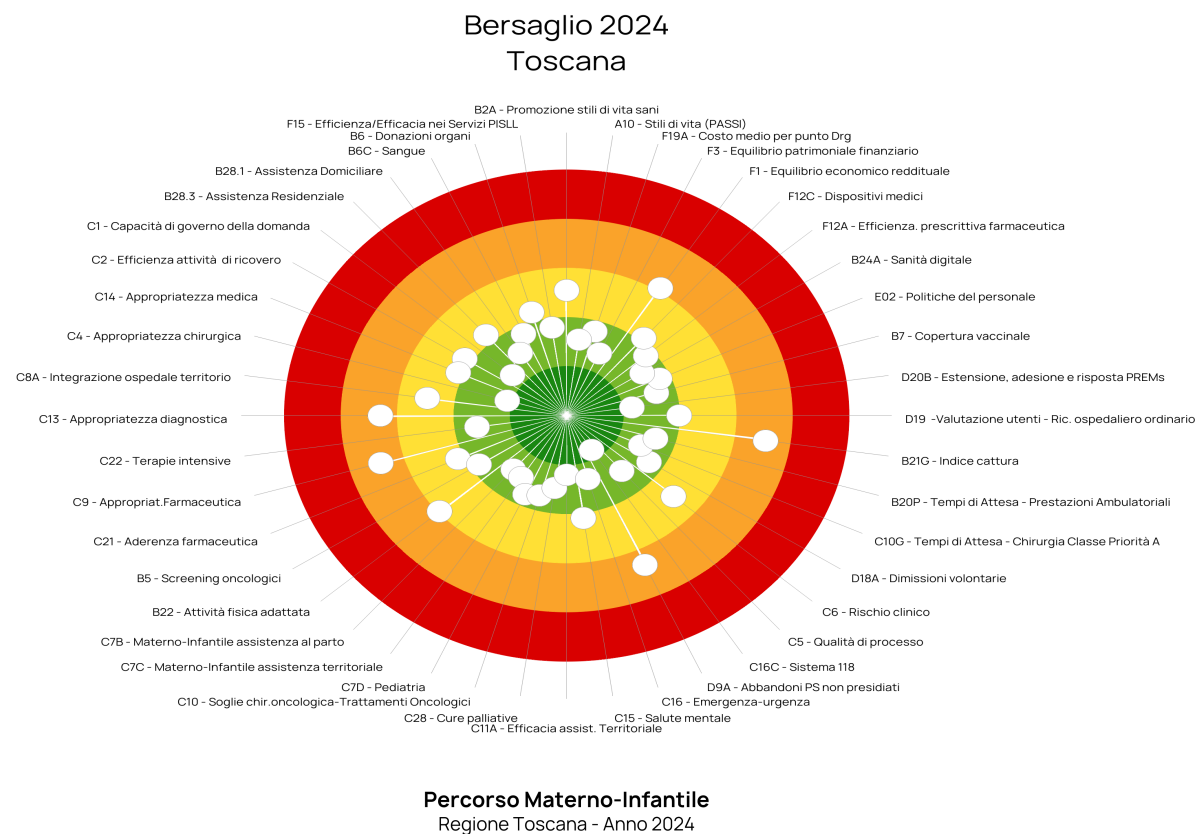
La misurazione e la **valutazione della performance** in sanità rappresenta uno strumento strategico per **migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'equità**.

Il Sistema di valutazione del **Network delle Regioni** sviluppato del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, nasce per fornire uno strumento finalizzato **all'apprendimento e al miglioramento continuo**.

Esso si fonda su diversi valori:

- ▶ Multidimensionalità;
- ▶ Tempestività;
- ▶ Valutazione;
- ▶ Rappresentazione grafica;
- ▶ Benchmarking;
- ▶ Dinamicità

La valutazione della qualità: la rappresentazione grafica



Tra gli elementi più emblematici del **Network delle Regioni** vi è la **rappresentazione grafica**.

Il «**bersaglio**» mostra a colpo d'occhio i punti di forza e debolezza della performance dei servizi sanitari dei livelli di governo analizzati.

Il **pentagramma** rappresenta i risultati di sintesi dei percorsi assistenziali con l'obiettivo innovativo di **costruire le misure di performance attorno all'esperienza del paziente e ai professionisti coinvolti** nel percorso di cura.

La motivazione dei medici

Gli elementi determinanti nel generare motivazione

Item	Valore medio
Gli incentivi economici	3,84
Il miglioramento delle competenze cliniche	4,26
Il miglioramento delle competenze manageriali	3,77
La progressione di carriera basata sul merito	4,45
Un'organizzazione del lavoro che limita i conflitti tra colleghi e promuove la cooperazione	4,49
Il coinvolgimento nelle decisioni che riguardano l'organizzazione del lavoro nel proprio ambito	4,54
Il coinvolgimento nella determinazione degli obiettivi strategici aziendali	4,01
La chiarezza e trasparenza delle indicazioni aziendali sul ruolo organizzativo	4,32
La disponibilità di tecnologia avanzata nel proprio campo di lavoro	4,16

Tra le politiche più attese:

- ▶ Rendere le condizioni di lavoro economiche più europee;
- ▶ Focalizzare l'attenzione sul paziente e non sulla carta;
- ▶ Investire in professionalità per imparare sul campo;
- ▶ Definire criteri meritori per le scelte aziendali.

Alcune considerazioni



- ▶ Il valore medio di motivazione si attesta a **3,13 su 5**, Solo il **12%** del campione ha segnato un livello di motivazione massimo.
- ▶ La motivazione è fortemente connessa alle attese **di crescita e sviluppo delle proprie competenze**.
- ▶ Differenze territoriali **meno forti al Sud rispetto al Nord** (non esistono differenze significative con il ruolo ricoperto, l'età e il genere).
- ▶ Chi ha una **funzione manageriale** ha un livello medio di motivazione significativamente più alto (media **3,59 vs 2,88**)
- ▶ I professionisti senza incarichi organizzativi mostrano una tendenza a considerare più rilevanti gli **aspetti economici**.

In sintesi



- La motivazione sembra emergere con maggiore forza quando vengono attivati meccanismi di **riconoscimento del valore, partecipazione reale e riduzione degli ostacoli organizzativi**.
- **L'autonomia e la responsabilità** sembrano giocare un ruolo positivo.
- Diventa prioritario investire in strategie di **empowerment diffuso, riconoscimento del merito e coinvolgimento partecipativo** anche al di fuori delle strutture gerarchiche formali.
- Le aspettative verso le istituzioni si concentrano su interventi strutturali e concreti: **miglioramento delle condizioni economiche, alleggerimento dei carichi impropri e sostegno reale alla crescita professionale specialistica**.

Una riflessione finale



Le organizzazioni sanitarie e socio sanitarie pubbliche sono determinanti per **qualità, efficacia ed efficienza**. Le politiche diventano realtà in queste organizzazioni.

Se le organizzazioni non funzionano le politiche non si realizzano.

Perché le performance delle organizzazioni siano in grado di funzionare una condizione è indispensabile: **la motivazione degli operatori**.

Le prime politiche da mettere in campo è quella di far funzionare le organizzazioni sanitarie e sociosanitarie pubbliche.