
*Pianificazione e Gestione dei Servizi Sanitari***Introduzione ai Servizi Sanitari – parte 2**

Lezione 2 – Prof. Domenico Conforti – 27/09/23 – Autori/Revisionatori: Salvati e Luciani

BISOGNI DI TUTELA DELLA SALUTE

Ogni 4 anni lo Stato, nell'ambito del servizio sanitario pubblico, definisce le linee strategiche fondamentali di come soddisfare i bisogni di tutela della salute della popolazione italiana. Poi questo viene declinato all'interno di ogni regione in quanto il modello di governance della sanità in Italia prevede un centro, il quale definisce le linee strategiche, e le singole regioni, che le mettono in atto.

La letteratura consolidata sostiene che un sistema sanitario, per rispondere al bisogno di tutela della salute, possa utilizzare due macro-approcci: umanitario e realistico.

- **L'approccio umanitario** consiste nel risolvere uno stato di malattia in qualunque forma essa sia.
- **L'approccio realistico** consiste nel risolvere uno stato di malattia quando ci sono le possibilità e le capacità adatte a farlo. (*esempio eclatante con il COVID: all'inizio non c'erano possibilità e capacità già evidenti per risolvere lo stato di malattia*)

I due approcci potrebbero sembrare molto distanti e antitetici ma, in realtà, in un appropriato processo di programmazione di tutti i servizi del sistema sanitario, per rispondere ai bisogni di tutela della salute, questi due approcci si integrano.

Nel contesto attuale, questi approcci sono influenzati da alcuni fattori determinanti:

- invecchiamento della popolazione: ha un impatto soprattutto sulla gestione delle patologie croniche in quanto vi è un aumento delle patologie croniche quando la popolazione invecchia
- innovazione tecnologica in sanità: la ricerca di nuovi dispositivi medici, nuovi farmaci, nuovi vaccini (e quindi nuove possibilità e capacità di risolvere lo stato di malattia) induce o amplifica la domanda di tutela della salute
- aumento della domanda di prestazioni sanitarie: ad oggi è evidente un aumento della domanda di prestazioni sanitarie perché, rispetto al passato, c'è una maggiore attenzione allo stile di vita, alla prevenzione, ecc

Esiste il cosiddetto **modello Mapelli** che definisce in modo sistematico qual è la dinamica attraverso la quale si manifesta il bisogno di tutela della salute, fino ad arrivare all'erogazione del servizio sanitario. Rappresenta, quindi, il processo di trasformazione del bisogno di salute in domanda e successivo consumo di prestazioni sanitarie.

Vi sono diverse fasi:

1. **Bisogno asintomatico** → ad esempio, si manifesta il bisogno di andare dal medico quando si sente qualcosa che non va. È tipicamente un bisogno che non ha un'evidenza netta in termini di segni e sintomi, per questo "asintomatico".
2. **Bisogno avvertito** → quando si avverte un segno. Il segno classico avvertito è proprio il dolore. In questo caso il paziente può far finta di niente oppure assumere farmaci, altrimenti si va nella fase 3.
3. **Bisogno diagnosticato** → il paziente va dal medico il quale, attraverso la diagnosi, certifica il bisogno di cura del paziente e quindi il bisogno si trasforma in domanda di prestazione sanitaria.
4. **Domanda soddisfatta** → si richiede l'erogazione della prestazione sanitaria.

Per cui, quello che abbiamo è un ciclo: bisogno, rapporto di agenzia, domanda e offerta. In questo ciclo è fondamentale il ruolo del medico. Gli economisti sanitari parlano del ruolo del medico come **rapporto di agenzia**: il bisogno di tutela della salute, attraverso la diagnosi, viene trasformato in domanda di prestazioni sanitarie che, a sua volta, si esplica attraverso l'offerta. Il medico, inoltre, determina il percorso del paziente nel sistema sanitario, con i relativi consumi di risorse sanitarie.



ovviamente è importante che la diagnosi sia accurata

L'obiettivo fondamentale del Sistema Sanitario è che ad ogni bisogno presente e percepito, corrisponda una domanda espressa (certificata e valutata da un medico) che viene soddisfatta da un'offerta appropriata.

In caso di bisogni assenti, non bisogna favorire offerte, perché la prestazione potrebbe essere uno spreco di risorse.

SERVIZI PER LA TUTELA DELLA SALUTE

Progettare, produrre, erogare servizi per la tutela della salute richiede definire, in modo sistematico, l'ecosistema di riferimento, identificando i mattoni costitutivi fondamentali della complessiva architettura organizzativa:

- *ambiti*
- *ambienti*
- *processi*
- *percorsi*

Si usa un approccio “**pazientecentrico**”, cioè il complesso di erogazione delle prestazioni sanitarie per garantire la tutela della salute deve essere personalizzato sulle specifiche esigenze del cittadino (o paziente, se si trova appunto in uno stato di malattia).

Questo induce una modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie definita “**sanità di iniziativa**”. Attualmente, la modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie è una **modalità di attesa** (o a sportello), cioè è il medico ad attendere che il paziente arrivi.

Tuttavia, non dovrebbe funzionare così: infatti, in un modello di sanità di iniziativa, alla luce del fatto che comunque esistono bisogni di tutela della salute, è il sistema sanitario che si pone in modo pro-attivo verso le esigenze del paziente. (*esempio di questo approccio è il servizio di mammografia automatico per le donne over 45*)

AMBITI tutela della Salute

Gli ambiti, cioè i contesti specifici nei quali si possono clusterizzare i bisogni di tutela della salute, definiscono la tipologia della manifestazione del bisogno che si coniuga con la modalità di risposta di offerta per soddisfare quel bisogno. Sono rappresentati da:

- **Prevenzione:** educazione igienico-sanitaria, stile di vita e fattori di rischio, screening e diagnosi precoce, profilassi malattie infettive, vaccinazioni, rischi infortuni.
La prevenzione si differenzia in:
 - *prevenzione primaria:* classi di rischio
 - *prevenzione secondaria:* diagnosi precoceInoltre, nella sanità moderna, per essere centrati sul paziente, si hanno un insieme di iniziative di *Empowerment cittadino*, cioè di supporto e rafforzamento della consapevolezza del singolo individuo per autotutelare la propria salute.
- **Emergenza/urgenza - acuzie:** diagnosi, trattamento e cura di eventi acuti imprevisi, di immediato trattamento, di vari livelli di intensità.
- **Condizioni croniche:** inquadramento diagnostico, gestione terapeutica, valutazione prognosi, riabilitazione.
Nelle condizioni croniche c'è la cosiddetta *gestione clinica integrata*, cioè bisogna creare un sistema integrato tra tutti gli “attori” del sistema sanitario: medico di base, medico specialista del territorio, medico specialista dell'ospedale, ecc.
Due fondamentali processi della gestione clinica integrata delle condizioni croniche sono la *presa in carico* (il medico prende in carico il paziente) e la *continuità di cura* (in quanto le condizioni croniche durano nel tempo).
Nelle condizioni croniche, inoltre, si parla di *Empowerment paziente*.

*(Esempio con lo scompenso cardiaco, sul quale il prof ha realizzato un progetto.
Tra le cause principali dello scompenso cardiaco (escludendo fattori genetici ereditari) vi è l'ipertensione, in quanto negli stati di ipertensione i vasi oppongono maggiore resistenza al flusso del sangue, motivo per cui il cuore deve compiere uno sforzo maggiore per pompare il sangue. Se non si cura l'ipertensione, questo sforzo ripetuto nel tempo provoca appunto lo scompenso cardiaco, associato morfologicamente ad un'alterazione del ventricolo sinistro, le cui pareti si ispessiscono facendo diminuire il fattore di eiezione, cioè la quantità di sangue che fuoriesce dal ventricolo. In una situazione di prevenzione, il medico potrebbe*

appunto suggerire di tenere sotto controllo la pressione, in modo da metter in atto accorgimenti che possano evitare di arrivare alla condizione cronica).

AMBIENTI tutela della Salute

Gli ambiti si intersecano negli ambienti di assistenza e cura. Gli ambienti sono:

o **Assistenza Domiciliare Integrata:** servizi di assistenza personalizzata in ambiente domestico = Gestione Clinica, Malattie Croniche, Riabilitazione.

o **Assistenza Primaria di Base:** medici di medicina generale, pediatri = Prevenzione, Screening, Vaccinazioni, Prima Diagnosi, Pianificazione e Controllo Terapia.

o **Assistenza Secondaria Specialistica:** medici specialisti, infermieri, tecnici diagnostica avanzata, tecnici riabilitazione = Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, Servizi Specialistici Ospedalieri, Servizi Clinici Avanzati (terziari).

In un contesto “pazientecentrico”, l’ambiente più prossimo al paziente è proprio quello di casa. Si può, quindi, ipotizzare una struttura a cipolla con il paziente al centro, intorno a lui (andando via via verso l’esterno) c’è l’ambiente domestico (assistenza domiciliare), poi c’è lo strato con il medico di famiglia (assistenza primaria) e, infine, l’assistenza specialistica (secondaria).

In Italia, gli ambienti sopracitati vengono riassemblati operativamente in due macroambienti fisici che riguardano assistenza e cura a livello territoriale e a livello ospedaliero:

- Assistenza e Cura Territoriale

servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio: medicina di base, assistenza farmaceutica, specialistica e diagnostica ambulatoriale, gestione disabili, servizi domiciliari anziani e malati gravi, servizi territoriali consultoriali, residenze per anziani e disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche.

- Assistenza e Cura Ospedaliera

assistenza in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in regime di ricovero per la lungo-degenza e la riabilitazione.

(ad esempio, nella gestione del COVID, l’assistenza territoriale poteva essere organizzata meglio soprattutto per cercare di limitare i contagi)

PROCESSI tutela della Salute

Negli ambienti vengono attuati i processi fondamentali di assistenza e cura. I processi sono:

o **Diagnosi:** riconoscimento dello stato patologico e identificazione delle cause di malattia

o **Prognosi:** identificazione e previsione dello sviluppo e delle modifiche delle condizioni patologiche

o **Terapia**: rimozione della malattia (guarigione) o rallentamento del decorso del processo patologico (cura)

Questi tre processi fondamentali che caratterizzano l'attività del medico sono dei processi decisionali. Inoltre, esistono al giorno d'oggi dei sistemi software di supporto alle decisioni cliniche che aiutano il medico ad assumere con precisione le decisioni diagnostiche, prognostiche o terapeutiche.

PERCORSI tutela della Salute

I percorsi di assistenza e cura sono basati sui flussi longitudinali, dove "longitudinale" indica proprio il fatto che evolvono nel tempo: lo studio longitudinale è quello in cui si osserva un paziente nell'istante T_0 e poi si fanno dei controlli a distanza di mesi o anni. Questi flussi, chiamati **workflow clinici**, sono basati sull'evidenza scientifica e sulla migliore pratica clinica.

Uno dei percorsi più seguito è il cosiddetto *Evidence Based Medicine*, ovvero medicina basata sull'evidenza scientifica dei fatti.

I percorsi intersecano ed integrano ambiti, ambienti e processi per la tutela della salute. Quando si vanno a definire i percorsi, devono essere definiti anche:

- *Attori* (who): coloro che offrono o ricevono la prestazione sanitaria
- *Setting* (where): struttura in cui viene erogata la prestazione sanitaria
- *Tempistiche* (when): quando erogare una determinata prestazione sanitaria
- *Attività* (how): come effettuare una prestazione sanitaria

Per delineare quelli che sono i migliori percorsi di cura, si parte dall'evidenza clinica, cioè dalle linee guida, ovvero i protocolli di cura definiti a livello internazionale. Questi protocolli definiscono la tassonomia, la nomenclatura e una sequenza di regole (o flussi di attività) che informano il medico su come deve agire.

La missione dei percorsi di cura mira a definire il cosiddetto **modello di cura**, cioè affermare, sulla base dell'evidenza scientifica, come strutturare e organizzare il processo e il percorso di assistenza e cura (ovviamente basato sullo specifico paziente).

Il modello di cura, per essere attuato, richiede uno strato organizzativo gestionale (il cosiddetto modello organizzativo).

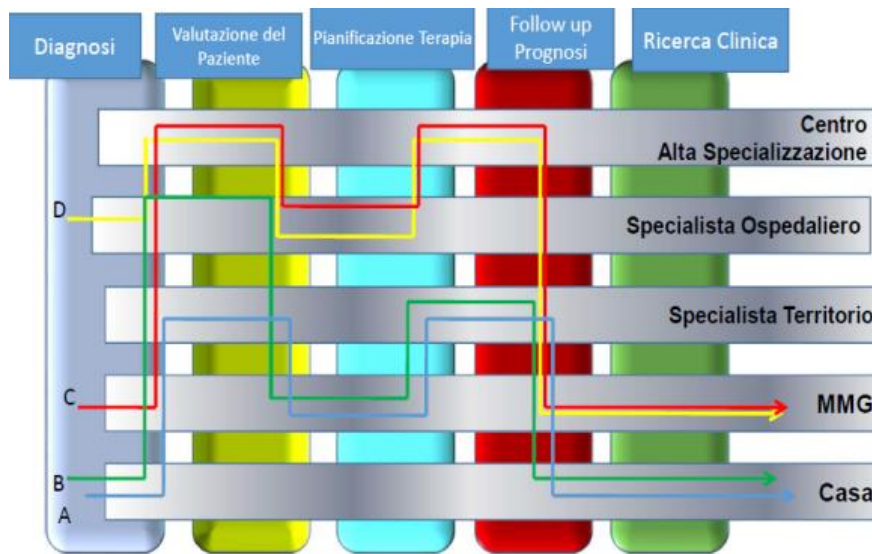
Il modello organizzativo richiede un ulteriore strato sottostante, cioè dei dati e delle informazioni, quindi una conoscenza che sostiene un determinato modello di cura. Per fare ciò entrano in gioco le piattaforme informatiche, che permettono di organizzare e gestire dei dati.

Integrazione di ambienti, processi e percorsi

(ambito: condizioni croniche; dominio clinico: gestione cefalee)

Il dominio clinico specifico di questo esperimento illustrato nell'immagine sottostante è la gestione dei casi di cefalea ed emicrania nella regione Calabria. Nelle barre orizzontali si hanno gli ambienti (casa, medico di base, specialista territorio, specialista ospedaliero, centro alta specializzazione), mentre nelle barre verticali si hanno i processi clinici (prima diagnosi, valutazione paziente (stadiazione patologia), pianificazione terapia, follow up e prognosi, ricerca clinica).

Le 4 lettere (A, B, C, D) rappresentano diversi profili delle condizioni croniche del paziente in relazione alla patologia (ad esempio leggero, moderato, severo, ecc.). Le linee rappresentano i percorsi delle 4 categorie di pazienti con diversi livelli di cefalea in base al grado di severità.



Ad esempio, i pazienti di classe A (cefalea meno severa) vengono valutati dallo specialista del territorio, gli si pianifica una terapia dal medico di base e possono essere gestiti direttamente in casa.

PRODUZIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

Alcune caratteristiche dei servizi sanitari sono:

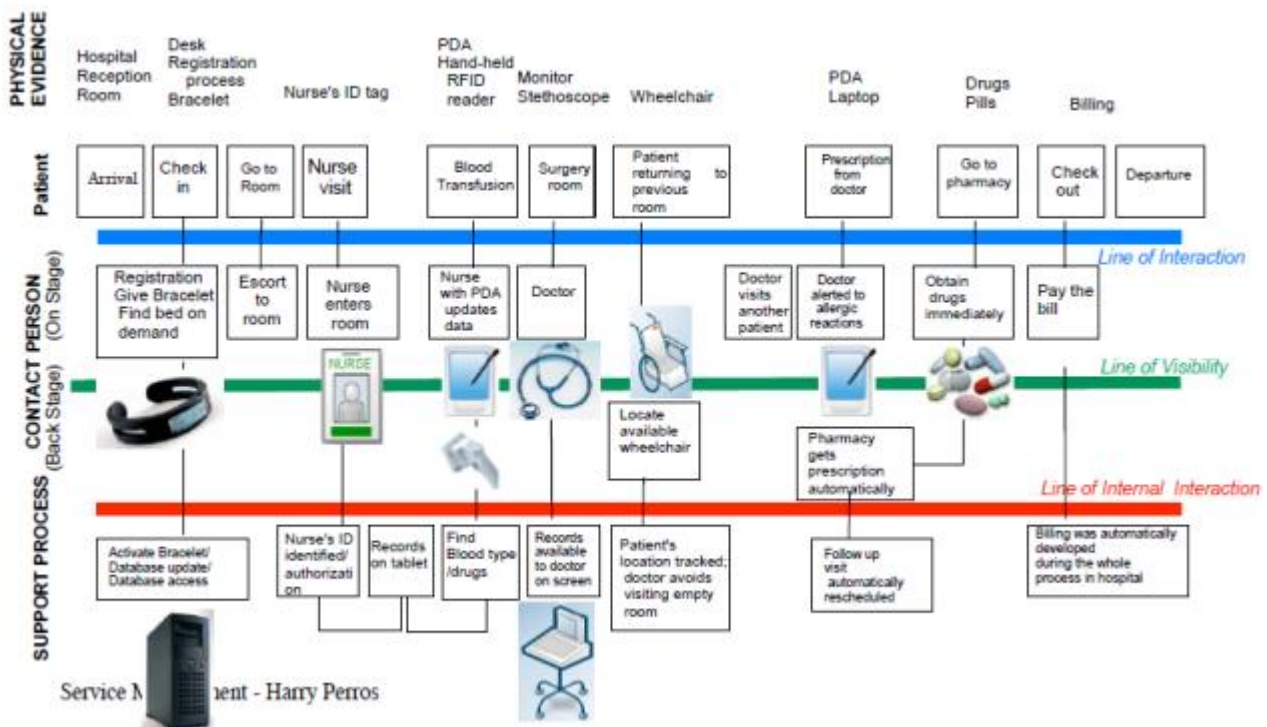
- I servizi sono co-prodotti dal fornitore e dall'utente, cioè il servizio si attua quando è presente l'interazione tra paziente e medico: per far ciò, il paziente fornisce dati e informazioni al medico, affinché esso possa rilevare segni e sintomi e fornire una diagnosi.
- Contestuale produzione e fruizione: l'erogazione del servizio avviene sulla base dell'interazione dell'utente.
- La capacità del servizio è deteriorabile nel tempo: se il servizio non viene fruito non si esplica la capacità di produzione.
- L'architettura organizzativa del servizio prevede due parti:
 - front-office (parte visibile all'utente)
 - back-office (parte non visibile all'utente)

Per produrre un servizio sanitario vi sono 3 fasi:

1. Fase di pre-produzione: ad esempio installazione delle infrastrutture ospedaliere e formazione del personale.
2. Fase di produzione: ad esempio l'esecuzione di un intervento chirurgico o di un trattamento terapeutico.
3. Fase di post-produzione: ad esempio gestione del follow up dopo un intervento chirurgico.

Esempio: BLUEPRINT DI UN SERVIZIO OSPEDALIERO

Il **blueprint** è un'immagine sinottica di ciò che avviene in un processo, anche le parti nascoste.



In questa immagine vi sono 4 diversi strati orizzontali che, partendo dall'alto verso il basso, sono rappresentati da:

- Evidenza fisica
- Flusso di attività che vede il Paziente come attore
- Persona in contatto con il paziente (zona tra linea blu e linea rossa)
- Processi di supporto

Inoltre, nell'immagine sono presenti 3 linee:

- **Linea d'interazione (blu):** indica l'interazione tra il paziente e l'operatore sanitario
- **Linea di visibilità (verde):** tutto ciò al di sopra di questa linea è visibile al paziente, mentre tutto ciò che sta sotto non lo è
- **Linea di interazione interna (rossa):** tutto ciò che sta sotto a questa linea rappresenta i processi di supporto al servizio ospedaliero

Sopra la linea di visibilità:

Il paziente accede all'ospedale e viene accettato ricevendo, in alcuni ospedali, un braccialetto con codice.

Successivamente vi è il check-in e si va nella stanza, dove arriva l'infermiere mediante un tesserino di accesso (nurse's ID tag).

In seguito, grazie a un tablet o ad uno smartphone, l'infermiere legge le informazioni sul paziente e può procedere ad esempio a una trasfusione di sangue.

A questo punto si ha la visita da parte di un medico e si va nella sala operatoria.

Il paziente poi ritorna tramite un lettino o una sedia a rotelle in stanza.

Si ha poi la prescrizione, mediante tablet o smartphone, da parte di un medico.

Si ha l'interazione con la farmacia dell'ospedale, la quale si occupa di erogare al paziente dei farmaci.

Infine, vi è la fatturazione (in USA, se no qua in Italia aggggratiss).

Sotto la linea di visibilità:

In seguito al check-in, tutte le informazioni contenute nel braccialetto, così come le info sul tesserino dell'infermiere o sul tablet, sono collegate poi a un server, il quale gestisce il Sistema Informativo Ospedaliero.

Problemi “quantitativi” nei servizi sanitari

I problemi quantitativi possono essere affrontati con un approccio sistematico e con l'ausilio di sistemi informatici. Alcuni di questi problemi possono essere:

- Problemi a livello strategico e di pianificazione: previsione domanda di servizio, localizzazione del servizio, dimensionamento del servizio.
- Problemi a livello gestionale ed operativo: gestione delle risorse umane, materiali, finanziarie, gestione dei pazienti, gestione dei flussi informativi.
- Problemi a livello delle attività medico-cliniche: prevenzione, screening, analisi epidemiologiche; decisioni cliniche: diagnosi, prognosi, terapie.

Sanità: uso di tecnologie

Nella sanità dei giorni d'oggi sta nascendo l'uso delle tecnologie per affiancare quelle che sono le conoscenze del medico. Tuttavia, nella sanità vi sono ancora alcuni ritardi nell'uso di questa risorsa:

- Ritardo nell'uso di metodologie quantitative e di tecnologie informatiche
- Ritardo nell'uso di metodologie di supporto decisionale
- Ritardo nell'uso di modelli organizzativi e gestionali innovativi
- Ritardo nell'applicazione delle metodologie TQM (Total Quality Management)