

## SISTEMA SANITARIO PUBBLICO E PDTA

Prof. Domenico Conforti– 28/09/2023- Autori: Gervasi, Raponi - Revisionatori: Raponi, Gervasi

### SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO

Il nostro sistema è garantito da un diritto fondamentale della costituzione (art.32). La formalizzazione di questo principio (tramite la sua attuazione) è avvenuta nel 1978.

La salute viene riconosciuta come diritto individuale e bene collettivo (es: il vaccino contro il Covid tutela noi stessi e gli altri).

Il sistema sanitario nazionale è un servizio pubblico che produce e distribuisce assistenza secondo il criterio del bisogno. I due approcci (umanitario e realistico) vengono integrati e il servizio sanitario risponde ad ogni richiesta del paziente.

I cardini su cui si basa il sistema sanitario nazionale sono:

- Universalismo nella copertura dei rischi di malattia.
- Gratuità dei servizi al momento dell'uso (tuttavia, per problemi di budget, ticket ed esenzioni vengono inseriti in base al reddito).
- Allocazione delle risorse basata su scelte politiche: il piano sanitario nazionale e regionale costituiscono il piano strategico complessivo che, sulla base di scelte politiche, definisce le esigenze del SSN e alloca le risorse in modo adeguato.
- Pianificazione dei volumi di offerta.
- Distribuzione dei benefici secondo criteri di bisogno e redistribuzione a favore dei più poveri (=esenzioni).
- Produzione diretta dei servizi da parte dello Stato (quando lo stato non riesce a garantire a tutti i pazienti il servizio, accredita un polo privato che fornisce assistenza gratuita).

La sanità è un settore, quindi, in cui si produce un bene pubblico:

- Esternalità: si rendono benefici anche a chi non è direttamente interessato. Es: se io mi vaccino, il beneficio ricade anche sulle persone intorno a me.
- Non ammette rivalità: il suo utilizzo da parte di un individuo non ne diminuisce la disponibilità per gli altri.
- È disponibile per tutti.
- Non è esclusivo: nessun cittadino può essere escluso.

Gli indicatori che cercano di misurare la qualità complessiva del sistema sanitario pubblico sono evidenziati da queste metriche:

- **Efficacia** dei trattamenti sanitari: consiste nei risultati ottenuti in relazione alle risorse complessivamente impiegate e ai risultati attesi
- **Equità**: tutti devono avere la possibilità di accedere al servizio. L'intervento del pubblico deve stabilire cosa "produrre" (quali interventi sanitari attuare) a favore di chi e a spese di chi (in modo tale che ci sia trasparenza nell'erogazione dei servizi sanitari).
- **Efficienza** dei servizi sanitari: organizzazione ed erogazione dei servizi appropriati con allocazione ottimale delle risorse (aumentare le risorse non è sempre la soluzione).

Il sistema sanitario italiano è organizzato su base "regionale" che fornisce copertura sanitaria gratuita nel punto di servizio. Infatti, affinché il sistema sia efficace, il paziente deve avere il servizio ad una distanza prossima. Si afferma che l'eccessiva centralizzazione di un servizio (=servizi troppo distanti dalle periferie) porta alla sua inefficienza complessiva.

Il livello "Nazionale" è responsabile nel definire i principi fondamentali e gli obiettivi generali del SSN.

Il livello “Regionale” è responsabile nell’applicazione dei principi e degli obiettivi (LEA, Livelli Essenziali di Assistenza). È, quindi, responsabile nell’assicurare i servizi sanitari tramite una rete di organizzazioni sanitarie a livello territoriale (ASL) e ospedali pubblici (AO) e privati accreditati.

## **CRITICITÀ DEL SISTEMA SANITARIO**

In seguito ad una attenta analisi, possiamo identificare due macro-criticità del SSN italiano:

- **Segmentazione:** criticità del sistema istituzionale e dell’architettura organizzativa della sanità dettata dal fatto che ci sono 21 “governi” regionali di sanità che, se non seguono i principi nazionali, possono creare disparità sanitaria. La segmentazione si riferisce, quindi, all’architettura complessiva del modello di governo del sistema sanitario.
- **Frammentazione:** criticità legata alle modalità di erogazione e integrazione dei servizi sanitari al fine di soddisfare la “domanda”. Si riferisce al fatto che l’erogazione dei servizi non è baricentrata sul paziente, ma frammentata nei vari centri sanitari (non c’è una medicina di iniziativa paziente-centrica).

Le azioni di miglioramento per superare queste criticità mirano ad una forte integrazione tra:

- Appropriati modelli di cura: scaturiscono dalla medicina “basata sull’evidenza” riconosciuta a livello internazionale;
- Innovativi modelli organizzativi;
- Efficiente gestione delle risorse;
- Avanzati servizi digitali.

Ci sono domini clinici in cui la conoscenza deduttiva è ben consolidata (es: cardiologia), altri no (es: reumatologia). Nel secondo caso entra in gioco la conoscenza induttiva (parto dall’esperienza per produrre nuova conoscenza). La conoscenza induttiva viene associata alle tecniche di machine learning.

Per poter attuare i modelli di cura, abbiamo bisogno di modelli organizzativi efficienti. Allo stesso modo, per modelli organizzativi efficienti, serve una adeguata gestione delle risorse. Alla base vi è l’utilizzo di servizi digitali che supportano la gestione complessiva.

## ***DEFINIZIONI FORMALI***

**Modello di Cura:** artefatto logico-razionale che definisce i flussi di attività da attuare e i servizi sanitari che devono essere erogati per rispondere efficacemente ed efficientemente alla domanda di tutela della salute. I PDTA (vedi in seguito) sono l’integrazione tra modello di cura e modello organizzativo. Per ogni quadro clinico, c’è uno specifico modello di cura.

**Modello Organizzativo:** la struttura organizzativa e le risorse necessarie per produrre ed erogare i servizi sanitari previsti dai relativi modelli di cura.

**Gestione delle Risorse:** le tecniche e gli strumenti per pianificare, gestire e controllare l’uso delle risorse sanitarie.

**Servizi Digitali:** piattaforma tecnologica con funzionalità di supporto informativo e decisionale basate sulla rappresentazione ed elaborazione di dati, informazione e conoscenza del dominio di riferimento. Sono un fattore abilitante per la forte integrazione tra i modelli di cura, i modelli organizzativi e la gestione delle risorse.

Questa azione di miglioramento, basata sull’integrazione dei 4 layers sovrastanti, deve essere attuata con un approccio paziente-centrico. Gli elementi distintivi di questo modello sono: centralità del paziente, integrazione dei servizi, copertura di tutte le esigenze (= comprensivi) e continuità nel tempo seguendo il decorso della vita del paziente.

Per ottenerlo è necessaria una rete integrata di strutture organizzate basate sulla produzione ed erogazione dei servizi su un definito target di popolazione e che rende conto della modalità dei servizi e dell’uso delle risorse.

*Digressione: parla del modello delle cefalee in Calabria. Se vi è una migrazione per la ricerca di servizi fuori regione, la Calabria deve pagare quella regione. Tuttavia, l’80% dei pazienti con cefalee potrebbe*

*essere trattato dal medico di base. In caso di casi più gravi, si utilizzano i poli specialistici e, in casi ancora più gravi, i poli ultraspecialistici.*

A Canterbury hanno sperimentato questo modello a livello socio-sanitario.



### **PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale)**

I PDTA integrano il livello relativo al modello di cura con il livello relativo al modello organizzativo e la gestione delle risorse. I PDTA sono diventati essenziali per la gestione dei servizi sanitari che coinvolgono la parte relativa al management sanitario e il personale.

Per definire i PDTA è necessaria una rappresentazione sistematica del dominio clinico, ovvero, una descrizione in modo sistematico della conoscenza deduttiva e induttiva del dominio clinico. Per farlo, si parte dalle linee guida e, inoltre, si definisce il dominio in termini di causa-effetto.

Bisogna poi analizzare e definire, sulla base della conoscenza deduttiva, i relativi workflow clinici e il disegno del PDTA (=si vanno a definire i flussi di attività per poter applicare le linee guida). Definiamo, così, i possibili scenari applicativi.

Se volessimo inserire i servizi digitali, dovremmo capire quali supporti tecnologici ci servono per applicare il PDTA.

L'esplicazione della struttura dei PDTA può essere fatta sulla base di questi aspetti:

- Architettura dei PDTA orientata sugli scenari clinici (=creare una mappa per cercare di capire quali potrebbero essere gli scenari futuri). Lo scenario clinico è un flusso basato sull'evidenza.
- Le linee guida dovrebbero darci una mano a stabilire il profilo clinico personalizzato del paziente e ad assegnare il suo profilo allo scenario clinico più appropriato. Ogni profilo segue un suo percorso. La rappresentazione visiva di un approccio per scenari si può assimilare ad un grafico ad albero in cui specifichiamo i vari casi che possono scaturire da una situazione "madre".
- Bisogna, poi, descrivere le possibili transizioni dei pazienti tra gli scenari clinici e le relative cause (= transizione tra i vari livelli di gravità delle patologie guidata da eventi specifici).
- Si deve stabilire il layout delle infrastrutture di supporto che esplicheranno i vari servizi e l'allocazione delle risorse in relazione ad ogni scenario.