

Università di Urbino Carlo Bo

HEALTH NEEDS AND RESOURCES: ALLOCATION and MEASUREMENT ISSUES

Urbino, 10 novembre 2023

Prossimità e deserti sanitari

Giovanni Baglio

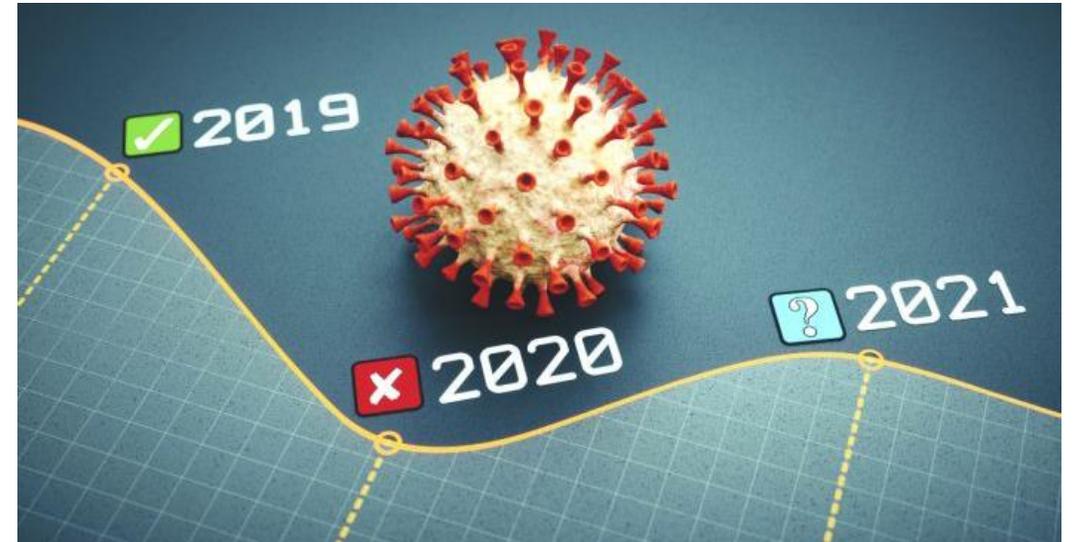
Direttore UOC Ricerca, PNE e Rapporti
internazionali - AGENAS



Ricostruire il SSN... nel post pandemia

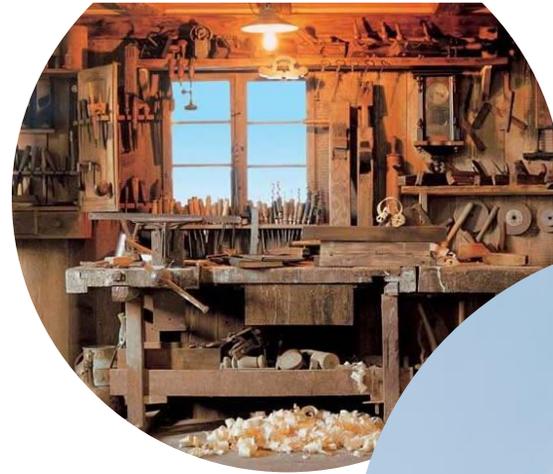
La pandemia ha messo in luce i limiti di un assetto dei servizi centrato sull'assistenza ospedaliera, altamente tecnologica...

...e meno sulle **cure primarie**, sulla sanità territoriale e sull'assistenza **domiciliare**



Ricostruire il SSN... nel post pandemia

Proprio sull'assistenza territoriale, il **PNRR** ha avviato un processo di trasformazione ...attraverso i nuovi modelli organizzativi e gli standard contenuti nel **DM 77/2022** ma soprattutto assumendo come **prospettiva qualificante** della ricostruzione la dimensione della **prossimità**



Ricostruire il SSN... nel post pandemia

Proprio sull'assistenza territoriale, il **PNRR** ha avviato un processo di trasformazione

...attraverso i nuovi modelli organizzativi e gli standard contenuti in

ma sono

... della ricostruzione

... della **prossimità**

in tutto questo declinato
in chiave di **prossimità!**



Che cos'è la prossimità

La definizione di **prossimità** si è sviluppata in questi anni a partire da una riflessione sul **margin**e

... e sulle condizioni di chi trovandosi alla «periferia» del sistema sociale è **escluso** dalla fruizione di alcuni diritti fondamentali



Prossimità e gruppi *hard-to-reach*

Un importante contributo in termini di strategie di intervento viene dall'esperienza con i gruppi **hard-to-reach**

...“difficili da raggiungere” in ragione della loro localizzazione **geografica**, dello stato di **isolamento sociale**, o perché non vogliono essere trovati o intercettati (le cosiddette *hidden population*)



Prossimità sanitaria: dove, come, con chi?

Nel contesto dell'assistenza ai gruppi marginali emergono almeno tre modi di intendere la prossimità:

- **Posizione**: vicinanza fisica ai luoghi di vita delle persone, mediante attività situate sulla linea di confine tra servizi e popolazione, in modo da ridurre al minimo la soglia di accessibilità
- **Postura**: atteggiamento di apertura del sistema che conosce i contesti di intervento in termini di bisogni, ma anche di risorse disponibili, e si ripensa in funzione di essi
- **Partecipazione**: creazione di sinergie con la società civile e valorizzazione del capitale sociale che i territori esprimono, anche in termini di associazionismo e reti informali

SPP e strategie di intervento

Alle diverse accezioni di prossimità sono informate le **strategie di intervento**, non alternative tra loro, ma complementari e incentrate sul "movimento":

- a) *l'outreach*
- b) la mediazione di sistema
- c) il coinvolgimento delle comunità



Quando i servizi sono... *hard-to-reach*

Un ripensamento dell'organizzazione dei servizi impone un'analisi più complessiva della dialettica **domanda-offerta**...

...con riferimento alle situazioni in cui i servizi sono fuori dalla portata dei bisogni (e in questo senso **hard-to-reach**)



Mappatura dei deserti sanitari in Europa: il Progetto OASES

- AGENAS coordina il **Progetto “OASES** - *prOmoting evidence-bASed rEforms*”, nell’ambito del 3° Programma Salute dell'UE (HP-PJ-2020-2), volto a sostenere tra gli Stati membri l’adozione di soluzioni comuni alle sfide poste dalla **desertificazione sanitaria**
- Attività finalizzata a individuare le **“aree interne”** della sanità italiana, a partire da una definizione inclusiva di deserto sanitario come situazione o contesto in cui si manifestino gravi criticità nell’incontro tra bisogni di salute, domanda e offerta sanitaria
- Il *framework* considera diverse dimensioni di analisi dell’offerta sanitaria:



Progetto OASES: definizione della matrice concettuale

SERVIZI SANITARI/ PROFESSIONISTI	DISPONIBILITÀ	QUALITÀ	ACCESSIBILITÀ
OFFERTA in un dato territorio	Presenza Ci sono servizi/professionisti? Quali caratteristiche presentano?	Performance Raggiungono adeguati livelli di qualità nella funzione di produzione?	Fruibilità Sono raggiungibili/utilizzabili da diverse tipologie di pazienti?
OFFERTA in relazione al bisogno	Copertura Sono commisurati rispetto a ciò che sarebbe necessario?	Tutela Garantiscono la funzione di tutela nei confronti della popolazione residente?	Equità Garantiscono parità nell'accesso ai trattamenti e negli esiti?

Progetto OASES: definizione della matrice concettuale

SERVIZI SANITARI/ PROFESSIONISTI	DISPONIBILITÀ	QUALITÀ	ACCESSIBILITÀ
OFFERTA in un dato territorio	Presenza	Es. indicatori <ul style="list-style-type: none">- N. professionisti attivi (MMG, PLS, diabetologi, cardiologi, psichiatri, ginecologi) per ASL/provincia- Percentuale di professionisti attivi di età ≥ 65 anni	
OFFERTA in relazione al bisogno	Copertura	Es. indicatori <ul style="list-style-type: none">- Tasso medio di professionisti attivi (MMG, PLS, diabetologi, cardiologi, psichiatri, ginecologi) su popolazione residente (ASL/provincia)	

Progetto OASES: definizione della matrice concettuale

SERVIZI SANITARI/ PROFESSIONISTI	DISPONIBILITÀ	QUALITÀ	ACCESSIBILITÀ
OFFERTA in un dato territorio	Presenza	Performance	Es. indicatori Calcolo <i>treemap</i> per istituto, in riferimento alla funzione di produzione (fonte: PNE)
OFFERTA in relazione al bisogno	Copertura	Tutela	Es. indicatori - Calcolo <i>treemap</i> per ASL/ provincia (funzione di tutela) - ...

Il Programma Nazionale Esiti

Indicatori PNE

- **170 assistenza ospedaliera**
 - volumi
 - tempestività/appropriatezza
 - esiti
- **25 assistenza territoriale**
 - ospedalizzazione evitabile
 - esiti a lungo termine/MACCE



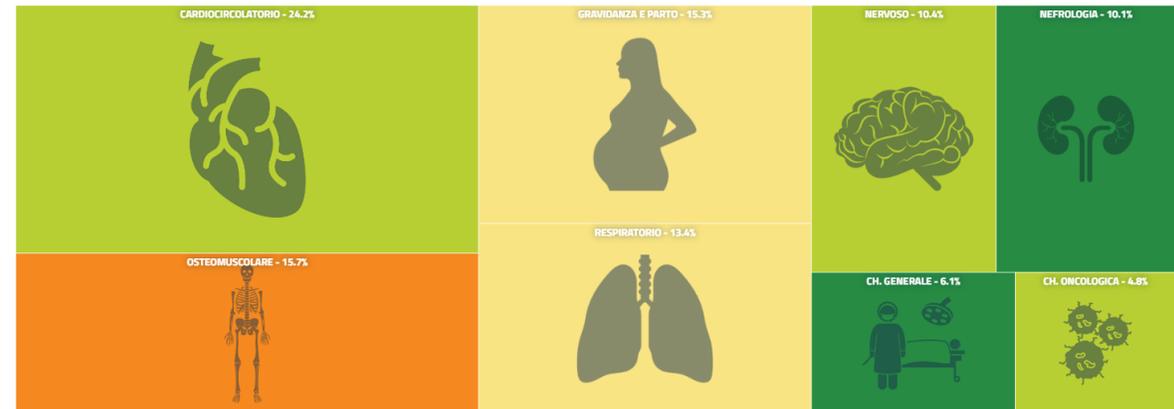
Il Programma Nazionale Esiti

Treemap

- Rappresentazione grafica sintetica dell'attività di una singola struttura ospedaliera...
basata su **21 indicatori** relativi a 8 specifiche aree cliniche
- Area proporzionale ai volumi di attività della struttura

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto basso ■ ND
In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Treemap: indicatori e standard di qualità

AREA CLINICA	INDICATORE	PESO (%)	Molto alto	Alto	Medio	Basso	Molto basso	VINCOLO*	SOGLIA
			1	2	3	4	5		
CARDIO-CIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	30%	≤6	6-18	8-12	12-14	>14		
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 90 minuti	15%	≥60	50-60	40-50	20-40	<20		
	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a 30 giorni	10%	≤6	6-19	9-14	14-18	>18		
	Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni (variabili cliniche)	20%	≤1,5		1,5-4		>4	Volume di interventi	180 (media biennio)
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	15%	≤1,5		1,5-4		>4		
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	10%	≤1		1-3		>3		
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	75%	≤8	8-10	10-14	14-16	>16		
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25%	≤1,5		1,5-3,5	3,5-5	>5		
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	100%	≤5	5-17	7-12	12-16	>16		
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria <3 giorni	100%	≥80	70-80	60-70	50-60	<50	Volume di ricoveri	90
CH. ONCOLOGICA	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	34%	≤5	5-18	8-12	12-18	>18	Volume di ricoveri	135
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	33%	≤0,5		0,5-3		>3	Volume di ricoveri	85
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	33%	≤1	1-3	3-6	6-8	>8	Volume di ricoveri	45
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (500s vol<1000)	70%	≤10	10-20	20-30	30-35	>35	Volume di ricoveri	500
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (vol≥1000)	70%	≤20	20-25	25-30	30-35	>35		
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	15%	≥40	25-40	13-25	5-13	≤5		
	Proporzione di episiotomie in parti vaginali	15%	≤5	5-10	10-15	15-20	>20		
OSTEO-MUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48h	60%	≥0	60-70	40-60	30-40	<30	Volume di ricoveri	65
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	20%	≤3		3-9		>9	Volume di ricoveri	80
	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	20%	≤3		3-9		>9	Volume di ricoveri	80
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	100	≤8	8-10	10-20	20-30	>30	Volume di ricoveri	65

Progetto OASES: definizione della matrice concettuale

SERVIZI SANITARI/ PROFESSIONISTI	DISPONIBILITÀ	QUALITÀ	ACCESSIBILITÀ
OFFERTA in un dato territorio	Presenza	Performance	Es. indicatori Calcolo <i>treemap</i> per istituto, in riferimento alla funzione di produzione (fonte: PNE)
OFFERTA in relazione al bisogno	Copertura	Tutela	Es. indicatori - Calcolo <i>treemap</i> per ASL/ provincia (funzione di tutela) - <i>Indice sintetico</i> di ospedalizzazione evitabile

Progetto OASES: definizione della matrice concettuale

Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile

Ambiti nosologici e indicatori considerati nella costruzione dell'indice

Ambito nosologico	Tassi di ospedalizzazione (per 1.000)	Pesi per il calcolo dell'Indice sintetico (%)
Malattie infettive	Influenza (età 65 anni ed oltre)	1
	Infezioni del tratto urinario	19
Malattie dell'apparato respiratorio	Asma negli adulti (età 18 anni ed oltre)	1
	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva	19
Diabete	Diabete non controllato senza complicanze	4
	Complicanze a medio e lungo termine del diabete	16
Malattie dell'apparato cardiocircolatorio	Scompenso cardiaco	19
	Ipertensione arteriosa	1
Salute mentale	Trattamento Sanitario Obbligatorio	20

Progetto OASES: definizione della matrice concettuale

Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile

Formula per il calcolo

$$IS^x = \sum_i TA^x_i P_i$$

Significato delle variabili:

x = area territoriale di riferimento (ASL/Provincia)

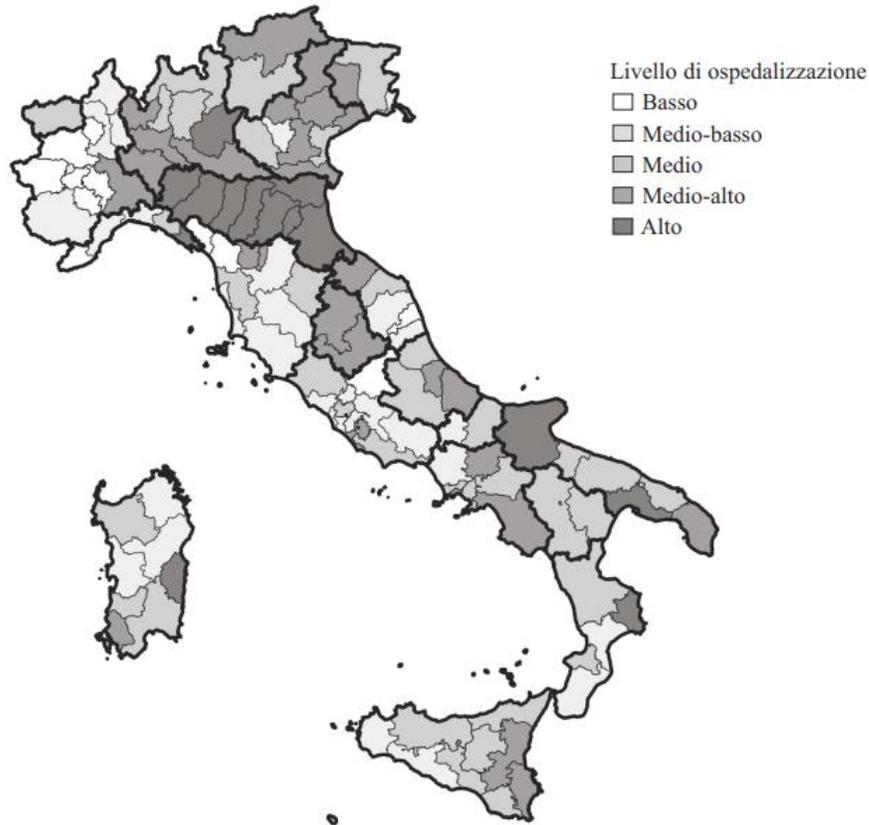
i = singolo indicatore di ospedalizzazione evitabile

TA^x_i = *z-score* del tasso (standardizzato per età e sesso) dell'indicatore i -esimo per l'area territoriale x ;

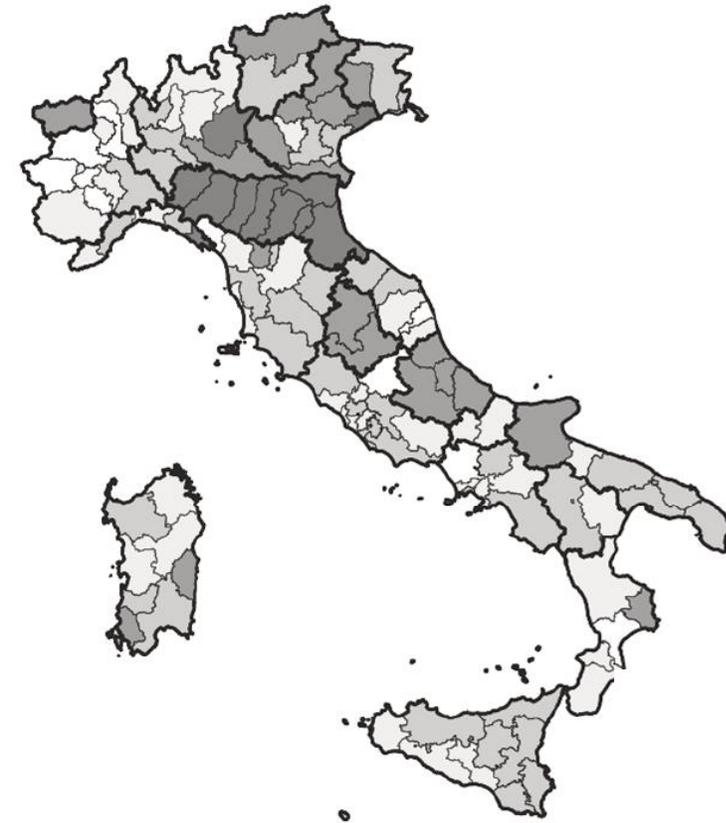
P_i = peso dell'indicatore i -esimo

Progetto OASES: indice sintetico di ospedalizzazione evitabile

Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile per aree territoriali. Anni 2017-2019



Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile per aree territoriali. Anni 2020-2021



Progetto OASES: definizione della matrice concettuale

SERVIZI SANITARI/ PROFESSIONISTI	DISPONIBILITÀ	QUALITÀ	ACCESSIBILITÀ
OFFERTA in un dato territorio	Indicatori <ul style="list-style-type: none">- Numero di MMG/PLS/specialisti presenti entro un raggio di 5 chilometri rispetto al centroide di un quadrato di 1km²		Fruibilità
OFFERTA in relazione al bisogno	Indicatori <ul style="list-style-type: none">- Distanza media per assistenza in ricovero ordinario/DH- Disuguaglianze di genere- Disuguaglianze per cittadinanza (fonte: PNE)		Equità

Il Progetto OASES

- Per le diverse aree, gli indicatori andranno a comporre delle **mappe tematiche** che confluiranno in un atlante della desertificazione sanitaria in Italia
- L'analisi sarà condotta a **livello nazionale**, con possibili approfondimenti regionali e/o locali



Conclusioni

- Il COVID-19 ci costringe a ripensare la sanità pubblica, a partire dai valori fondativi del SSN e in chiave di “**prossimità**”
- Le esperienze maturate con i gruppi marginali rappresentano un valido patrimonio da cui partire per la costruzione di una sanità più attenta ai bisogni del territorio, improntata all’**universalismo proporzionale ...**

e in grado di rimodularsi in relazione alle specificità dei contesti, tanto nelle situazioni di emergenza quanto di fronte alle sfide del quotidiano: in una parola, più **resiliente**

Università di Urbino Carlo Bo

HEALTH NEEDS AND RESOURCES: ALLOCATION and MEASUREMENT ISSUES

Urbino, 10 novembre 2023

Grazie dell'attenzione

Giovanni Baglio

baglio@agenas.it

