

## Ricerca Fiaso - Cergas

# Integrazione e continuità: c'è ancora tanto da fare

**C**ontinuità assistenziale e percorsi diagnostico-terapeutici integrati sul territorio in Italia sono ancora un miraggio. Anche quando si parla di malattie croniche. A dirlo è la ricerca su *Misurazione e valutazione dell'integrazione professionale e sulla continuità delle cure* promossa dalla Fiaso (la Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere) e condotta in partnership con il Cergas della Bocconi, da cui emerge che il coordinamento tra professionisti scatta quasi esclusivamente se le condizioni dei pazienti sono molto gravi e il bisogno di assistenza urgente. L'ospedale continua ad essere il luogo di cura anche per i casi non urgenti né acuti, e il territorio, seppur rafforzato, stenta a diventare quel sistema organizzato, coordinato e integrato tanto declamato su tanti documenti di politica sanitaria.

Ma veniamo alla fotografia scattata dalla ricerca Fiaso. Sulla base di un'indagine svolta tra i professionisti di 13 Aziende sanitarie (8 a prevalenza dipartimentale, 4 orientate al modello distrettuale e 1 mista), la ricerca ha misurato il legame tra le caratteristiche dell'organizzazione aziendale e il livello di integrazione tra professionisti per tre patologie croniche a forte bisogno di continuità (diabete in pazienti con danno d'organo, BPCO e tumore in fase avanzata assistiti a domicilio). Lo studio ha inoltre investigato il mondo dei pazienti, chiedendo loro di esprimere un voto di soddisfazione.

I risultati? Il primo ad emergere è l'assenza di una "one best way", cioè di una forma di organizzazione aziendale individuata come la migliore a raggiungere il livello di integrazione ospedale-territorio ottimale. I professionisti, in altre parole, non collaborano per

Professionisti che collaborano per "istinto emozionale", assistenza ancorata alla gravità e all'emergenza anche per le cronicità. Il coordinamento tra professionisti, la continuità assistenziale e i percorsi diagnostico-terapeutici integrati sul territorio stentano a decollare in Italia

protocollo o buona pratica, bensì per "istinto emozionale" (o necessità inderogabile). È infatti la gravità delle condizioni cliniche del paziente a far scattare quel dialogo tra professionisti diversi in grado di garantire più efficienza nel passaggio di assistenza dall'ospedale al territorio e viceversa. A contribuire fortemente c'è anche la vicinanza spaziale tra professionisti, tanto che proprio i medici di famiglia – che per antica tradizione esercitano in maniera più isolata e individuale – risultano essere la categoria meno incline all'integrazione tra colleghi. Adirittura, dall'analisi tra il livello di integrazione professionale e i moderni modelli organizzativi della medicina di famiglia, emerge che neanche lavorare in associazionismo rende i medici di

medicina generale più inclini a relazionarsi con gli altri colleghi. In una scala di valori da 0 a 5, il "voto" sull'integrazione è stato 3,24 per la cura del diabete, 3,06 per le insufficienze respiratorie, 3,17 per i tumori. Con un punteggio assegnato ai medici di famiglia sempre più basso rispetto a quello degli specialisti (per il diabete è 2,40 contro il 4,03 degli specialisti, per le insufficienze respiratorie gravi è di 2,39 contro 3,65, e per i tumori di 2,69 contro 3,68). La ricerca della Fiaso restituisce una fotografia piuttosto cupa del presente, gettando ombra anche sul futuro. "Si continua a destinare la maggior parte delle risorse ai pazienti con patologie ormai conclamate, limitando a interventi residuali l'investimento in prevenzione e monitoraggio", ha os-

servato il presidente della Fiaso, Giovanni Monchiero, alla presentazione dell'indagine.

"Ma la sfida – ha proseguito – è quella di andare ad intercettare quei livelli di bisogno inespresse che non riescono a tradursi in domanda esplicita di servizi, programmando le strategie di inclusione in programmi formalizzati di assistenza e monitoraggio. Sempre che – conclude Monchiero – le condizioni di sostenibilità economica del Ssn non costringano le aziende a ripiegare sull'essenziale rispondendo alla domanda di cura più che a quella, spesso inespressa, di salute".

## Ospedale e territorio: l'organizzazione del percorso di cura

Il modello macro-organizzativo

adottato dall'azienda non è l'elemento che spiega una maggiore integrazione tra professionisti e una maggiore continuità della cura. Per quanto riguarda il rapporto tra la frequenza dello scambio informativo fra medici di medicina generale (mmg) e specialisti, anzi, una variabile maggiormente indicativa sembra essere il contesto (metropolitano o rurale) in cui le Aziende sono inserite e in base al quale, all'aumentare della densità della popolazione sul territorio, si riscontra un aumento del libello di integrazione tra i professionisti.

**Diabete.** Considerata la patologia cronica per eccellenza, proprio sul diabete si sono concentrati negli ultimi anni sforzi ed investimenti organizzativi e finanziari. Per questa patologia, così come per la BPCO, la maggior parte delle aziende propende per una formalizzazione del percorso di cura, sebbene non in tutte sia presente un'Unità Organizzativa con ruolo di coordinamento e permanga una rilevante componente ospedaliera dovuta, in questo caso, alla presenza di centri antidiabetici.

**BPCO.** Poche aziende mostrano una vera integrazione tra ambito ospedaliero e territoriale e particolarmente eterogenea è la rete d'offerta territoriale. La maggior parte delle aziende presenta percorsi diagnostico-terapeutici formalizzati ma sbilanciati sul ruolo delle unità pneumologiche ospedaliere; in alcune aziende manca un percorso formalizzato e una sostanziale assenza di presa in carico integrata del paziente cronico.

**Tumore.** La gravità della patologia e delle condizioni cliniche, pur in assenza di un reale livello di integrazione organizzativa tra ospedale e territorio, ha spinto sostanzialmente tutte le aziende a forti sforzi rivolti all'assistenza di tale categoria di pazienti.

## L'integrazione tra professionisti

**Diabete.** L'indice sintetico medio di integrazione professionale per il percorso del diabete all'interno del campione di Aziende analizzato dalla Fiaso, in una scala da 1 a 5, è di 3,24, con una percentuale più elevata per gli specialisti (4,03) che nei medici di medicina generale (2,40). I mmg interagiscono in media con altri 3 professionisti organizzare il percorso di un paziente affetto da diabete. In particolare, l'87% dei mmg si relaziona con almeno un diabetologo, mentre si registrano quote notevolmente più basse per le altre specialità (cardiologo 38%, ►

### Indice sintetico di integrazione professionale nei tre percorsi per patologia

Valore medio espresso dagli operatori in una scala da 0 a 5

	percorso diabete			percorso BPCO			percorso tumore		
	Mmg	Specialisti	Valore medio	Mmg	Specialisti	Valore medio	Mmg	Specialisti	Valore medio
Frequenza dello scambio informativo interprofessionale	0,95	5,00	3,00	0,81	4,19	2,60	1,17	4,38	2,75
Livello di condivisione e utilizzo di sistemi informativi comuni	2,45	2,95	2,70	2,55	2,93	2,74	2,75	2,77	2,76
Indice sintetico di integrazione professionale	2,40	4,03	3,24	2,39	3,65	3,06	2,69	3,68	3,17

### Indice sintetico di continuità percepita dai pazienti nei tre percorsi per patologia

Valore medio espresso dai pazienti in una scala da 0 a 5

	percorso diabete	percorso BPCO	percorso tumore
Indice medio di continuità longitudinale	2,18	2,16	5,00
Indice medio di accessibilità	3,80	3,74	4,11
Indice medio di qualità delle relazioni	4,19	4,12	4,42
Indice medio di unitarietà diagnostico terapeutica percepita	3,90	3,77	4,15
Indice sintetico di continuità delle cure percepita	3,52	3,45	4,42

Fonte: Fiaso-Cergas Bocconi

di Luciano Fassari

Dpef 2010-2013

## Spesa sanitaria: rischio "boom" nel 2013

Con un tasso di crescita medio del 3,1 per cento annuo toccherà quota 127 miliardi di euro nel 2013. Ma federalismo fiscale e costi standard potrebbero mettere un freno

Sarà una crescita esponenziale quella che caratterizzerà la spesa sanitaria nel prossimo quadriennio secondo il Dpef 2010-2013. Il documento di programmazione economica e finanziaria ha infatti rilevato che, se nel 2008 la spesa si è attestata a 108,747 miliardi di euro, la previsione per il 2009 fa lievitare la cifra a 112,929 miliardi. Sarà di 114,710 miliardi nel 2010, e supererà i 118 nel 2011.

Trend di crescita confermato anche per gli anni 2012 (122,769 miliardi di euro) e 2013 (127,677 miliardi). Le cifre sono il risultato dell'applicazione, per il periodo 2010-2013, di un tasso di crescita medio del 3,1 per cento che tiene conto dei criteri previsti concernenti la spesa per il personale (che nel periodo si incrementa mediamente del 2,4 per cento), gli acquisti di beni e servizi (che registreranno una crescita media della 5,3 per cento) e le prestazioni fornite da produttori in regime di mercato (+ 3,6 per cento). La previsione sconta inoltre gli effetti delle misure di contenimento della spesa varate con le precedenti Leggi finanziarie nonché gli effetti delle manovre contenute nei Piani di rientro. Tuttavia, nonostante le non rosee previsioni, il Dpef precisa che "è intenzione del Governo assicurare il completamento del risanamento dei budget sanitari delle Regioni in disavanzo". E la vera partita per il controllo della spesa sanitaria, sempre secondo il Ministero dell'Economia, dovrebbe giocarsi con l'avvio del federalismo fiscale e l'individuazione dei costi standard dei servizi. Dal federalismo, infatti, dovrebbero arriva-

re "generose economie di spesa" generate "dalla diffusione sul territorio nazionale delle best practice osservate nella gestione dei servizi pubblici". Risparmi di cui, però, "prudenzialmente non si è tenuto conto nella definizione dello scenario programmatico". Questo potrebbe spiegare la differenza tra la previsione di spesa sanitaria del Dpef e l'attuale stanziamento previsto dall'art.79 della manovra economico finanziaria del luglio 2008, che fissava in 103.945 miliardi il finanziamento per il Ssn nel 2010 (- 10,7 mld rispetto al tendenziale) e in 106.265 miliardi per il 2011 (- 12 mld rispetto al tendenziale).

### Non solo Dpef

Quest'estate ha visto infatti la luce anche il Decreto legge 78/09, la cosiddetta Manovra d'estate, dove non mancano le novità anche per il capitolo sanità. In verità, molti provvedimenti hanno la natura della proroga per la stipula di accordi. Tuttavia altri rappresentano interventi di natura

programmatica al fine di rendere il SSN più equo e sostenibile. È contenuta nel testo la proroga al 15 settembre 2009 (dal 31 ottobre 2008) del termine per la stipula della specifica intesa tra Stato e Regioni (Province autonome), cui è subordinato il finanziamento integrativo al Ssn a carico del bilancio dello Stato,

### Spesa in salita ma "è intenzione del Governo assicurare il completamento del risanamento dei budget sanitari delle Regioni in disavanzo"

previo raggiungimento dei programmati obiettivi di riorganizzazione delle strutture sanitarie e di contenimento dei costi del relativo settore. Inoltre, l'intesa dovrà confermare, per il 2010 e 2011, le anticipazioni a titolo di premialità in favore delle regioni adempienti. Vi è pure lo spo-

stamento, sempre al 15 settembre 2009, del termine ultimo per la stipula dell'intesa, pena l'intervento del Welfare e dell'Economia, per la fissazione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, utili a garantire uniformità su tutto il territorio nazionale dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria. La

normativa prevede comunque, in caso di mancata intesa entro il termine sovra citato, il mantenimento nella misura del 7% dello standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale rispetto al finanziamento ordinario e alle entrate regionali, al cui raggiungimento scatta obbligatoriamente la sottoscrizione dei piani di rientro.

Si introducono anche nuovi adempimenti regionali. Gli Enti territoriali dovranno trasmettere entro il 30 settembre 2009, e comunque con cadenza annuale, un

provvedimento ricognitivo delle prestazioni aggiuntive rispetto ai Lea, con indicazione della specifica provenienza del finanziamento non a carico del Ssn e l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, previa fissazione di criteri con decreto del Welfare, sentite le Regioni, da emanarsi entro il 31 ottobre prossimo.

Viene istituito presso l'Economia, un fondo di 50 milioni di euro, a decorrere dall'anno 2009, (alimentato da un contributo annuo fisso) a favore dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù.

Sarà istituito un fondo con dotazione pari a 800 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010 destinato a interventi relativi al settore sanitario. La sua definizione sarà definita da apposito decreto del Ministro del lavoro, salute e politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia, sentita la Conferenza Stato-regioni. Sempre a partire dal 2010 lo Stato ridurrà il finanziamento della spesa farmaceutica nell'ordine di 800 milioni di euro e in termini percentuali nella misura del 13,3 per cento a decorrere sempre dal 2010.

Ultima novità riguarda le Visite fiscali (articolo 17, commi 23 e 24). Saranno pagate dalle Usl, che avranno per questo fine un finanziamento ulteriore, considerato come gli accertamenti medico-legali sui dipendenti assenti dal servizio per malattia effettuati dalle aziende sanitarie locali su richiesta delle amministrazioni pubbliche interessate rientrano nei compiti istituzionali del Servizio sanitario nazionale. Torna, poi, di 4 ore la reperibilità a casa del personale pubblico malato: dalle ore 10 alle ore 12 e dalle ore 17 alle ore 19. **Y**

► oculista 30%, infermiere 23%). Gli specialisti, invece, interagiscono in media con altri 3,5 professionisti (almeno un infermiere nel 48% dei casi, diabetologi nel 34% e poi nefrologi, cardiologi e dietisti). Da evidenziare come dall'analisi emerga che gli specialisti non sono soliti contattare i mmg. La comunicazione avviene prevalentemente attraverso lettere portate dai pazienti o attraverso il telefono, ma tra specialisti vi è anche un 45% di scambi tra professionisti che avvengono faccia a faccia.

**BPCO.** L'indice sintetico medio di integrazione professionale per il percorso della BPCO è di 3,06 e, anche in questo caso, più elevato negli specialisti (3,65) che nei mmg (2,39). Tutti i mmg si relazionano in linea di massima con pneumologi e in misura molto minore con in-

fermieri (31%) e con cardiologi (23%). Comunicano tra di loro prevalentemente attraverso lettere portate dai pazienti, ma a differenza che nei casi di diabete, i mmg sono soliti indirizzare i pazienti verso la struttura e non verso uno specifico professionista, segno di una relazione professionale meno forte. Il 58% degli specialisti, in media, si relaziona con pneumologi, il 45% con l'infermiere, il 27% con il cardiologo e il 16% con il mmg. Anche in questo caso, la modalità più frequente di relazione è l'incontro fisico (46%).

**Tumore.** L'indice sintetico è di 3,17 (3,68 per gli specialisti e 2,69 per i mmg). Il 66% dei mmg si relaziona con un oncologo, il 61% con un infermiere, e circa il 20% con il palliativista e il chirurgo. In questo caso, i professionisti con cui

si relazionano i mmg lavorano principalmente nello stesso Distretto/Dipartimento aziendale, e comunicano tra loro prevalentemente attraverso telefono e incontro fisico, anche se il punto di riferimento verso il quale indirizzare il paziente resta la struttura e non il professionista. Anche gli specialisti si relazionano per il 63% dei casi con il mmg; il 42% con l'oncologo e il 40% con l'infermiere; il 27% con il palliativista, preferendo il telefono.

### La qualità delle cure secondo i pazienti

**Diabete.** L'indice sintetico di continuità delle cure percepita in pazienti affetti da Diabete con danno d'organo è medio alto, pari, lungo una scala da 1 a 5 a 3,52. In particolare, segna un indice di gradimento pari a 4,19 il livello di qualità

percepita nelle relazioni con i professionisti, mentre l'indice più basso (2,18) va alla continuità longitudinale, ossia il livello di frequenza della relazione e dello scambio informativo tra paziente e professionista. Il paziente medio affetto da Diabete con danno d'organo ha poco più di un contatto e mezzo al mese con personale sanitario, viene contattato dalla Ausl 2 volte all'anno, effettua in media 7 esami del sangue e viene visitato più di una volta al mese da medico e infermiere.

**BPCO.** L'indice sintetico di continuità delle cure percepita dai pazienti con insufficienza respiratoria grave connessa a BPCO è di 3,45. Il paziente ha in media un contatto e mezzo al mese con personale sanitario, viene contattato dalla Ausl due volte all'anno, effettua circa 6 esami del sangue all'anno e ri-

ceve visite da parte di medico o infermiere poco più di una volta al mese

Anche in questo caso, il valore più basso è dato dall'indice medio di continuità longitudinale (2,16) e il più alto da quello di qualità delle relazioni (4,12).

**Tumore.** L'indice sintetico è di 4,42, con valori superiori al 4 per tutte le voci. L'indice medio di continuità longitudinale, che nelle altre due patologie era il più critico, segna in questo caso addirittura un 5, cioè il massimo della scala.

Il paziente affetto da tumore ha in media poco più di 4 contatti al mese con personale sanitario, viene contattato dalla Ausl poco più di due volte all'anno, effettua circa 15 esami del sangue all'anno e riceve visite da parte di medico o infermiere poco meno di 3 volte al mese. **Y**