

EQUITA' ED ACCESSO NELLA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE AZIENDE SANITARIE TOSCANE

Sabina Nuti, Sara Barsanti
Laboratorio Management e Sanità,
Scuola Superiore Sant'Anna Pisa

Obiettivi

Il sistema sanitario toscano ha adottato a partire dal 2005 un sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie (Nuti, 2005), progettato e elaborato dal Laboratorio MeS (Scuola Superiore Sant'Anna), quale strumento per monitorare, attraverso alcuni indicatori selezionati, la performance conseguita dalle aziende, sia nel contesto territoriale in cui operano, sia relativamente alle strategie perseguite dal sistema regionale. Successivamente l'ipotesi di lavoro è stata quella di valutare come la performance aziendale potesse includere la valutazione anche in termini di equità e accesso della sua offerta. L'obiettivo, quindi, del presente lavoro è illustrare le modalità con cui nel sistema toscano le misure di equità ed accesso ai servizi sanitari sono state inserite nella valutazione complessiva aziendale e come queste possano influire sulla programmazione aziendale e sul sistema di incentivazione della dirigenza. L'utilizzo di queste misure, infatti, può permettere agli operatori sanitari di monitorare non solo il perseguimento degli obiettivi di azione, ma anche le modalità con cui sono conseguiti in termini di equità e accesso.

Metodo

A livello internazionale (WHO2000, OECD2001, NHS1999, Australia 1999, Canada 1999) aspetti come l'equità e l'accesso nei servizi sanitari fanno parte di quelle performance che devono essere misurate e monitorate al fine di valutare l'efficacia di un sistema sanitario.

In particolare l'OECD (2001) ha elaborato un sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari, prevedendo le seguenti dimensioni:

1. lo stato di salute della popolazione
2. l'offerta dei servizi di salute e l'accesso agli stessi;
3. la spesa sanitaria ed il sistema di finanziamento.

Ciascuna dimensione prevede, a suo volta, alcuni indicatori di riferimento, calcolati sia come media nazionale, sia come distribuzione. La misura della distribuzione tra la popolazione delle tre dimensioni elencate, rappresenta secondo l'OECD, il livello di equità di accesso del sistema sanitario. Ma, per perseguire gli obiettivi di equità a livello di sistema, è necessario che questi siano declinati a livello aziendale nelle azioni che tutti gli operatori svolgono quotidianamente, modificando i comportamenti e le priorità di riferimento. Si tratta, cioè, di evidenziare agli operatori i risvolti e l'impatto che le azioni svolte hanno avuto in termini di equità ed accesso per potenziare la loro sensibilità al tema e riorientare l'azione in questa prospettiva. Con queste premesse, la misurazione dell'equità di accesso ai servizi e alle prestazioni è stata inclusa nel 2006 nel sistema di valutazione della performance, con lo scopo di evidenziare eventuali disuguaglianze nell'erogazione dei servizi, con particolare attenzione alla fase di accesso, secondo le caratteristiche socioeconomiche dei pazienti. Data la mancanza fino ad oggi nei principali flussi informativi sanitari regionali toscani di informazioni riguardanti il livello socio-economico dei pazienti, l'indicatore è stato sviluppato a partire dai risultati di alcune indagini basate su interviste telefoniche condotte nel 2006 dal Laboratorio MeS e Regione Toscana su un campione di utenti statisticamente rappresentativo a livello aziendale e regionale.

Risultati

I punti di accesso considerati ai fini della valutazione sono stati: il pronto soccorso, il percorso materno infantile, il ricovero ospedaliero e i servizi territoriali. Sul modello del sistema sviluppato dall'OECD, ciascun punto di accesso è stato analizzato secondo la distribuzione dei titoli di studio del paziente su tre aspetti fondamentali: la modalità di accesso al servizio, l'effettivo utilizzo del servizio e la comunicazione/informazione al paziente. Per quanto riguarda l'accesso al pronto

soccorso circa il 9% è rappresentato da pazienti con titolo di studio universitario, mentre il 28% degli utenti non possiede nessun titolo o ha la licenza elementare. Se si confrontano tali dati con la distribuzione del livello di studio in Toscana non si nota una forte concentrazione degli accessi per coloro che hanno titolo di studio più bassi. Forti differenze invece si riscontrano sulla scelta dell'utente di recarsi o no dal medico di medicina generale prima di utilizzare i servizi di pronto soccorso: circa il 30% dei pazienti con titolo di studio più bassi si reca dal medico prima di usufruire del pronto soccorso, mentre consulta il medico di famiglia solo il 15% dei pazienti con titolo di studio universitario. Questo differenziale aumenta nel caso degli utenti con codice bianco o azzurro. Per quanto riguarda il percorso materno infantile, invece, si notano forti differenze nell'utilizzo dei servizi offerti: ad esempio solo il 15% delle madri con titolo di studio più basso partecipano al corso di preparazione alla nascita, mentre tale percentuale arriva al 70% per le madri laureate. Significativo è, infine, il dato relativo al ricovero ospedaliero, dove la percentuale dei ricoverati programmati rispetto ai ricoveri per pronto soccorso nei pazienti con titolo di studio elevato è del 64 rispetto al 49 degli utenti con la licenza elementare (Nutì, Barsanti 2006).

Conclusioni

I risultati mostrano come, anche in un sistema sanitario pubblico, esistano disuguaglianze nell'accesso ai servizi e come il sistema toscano abbia ampi margini di miglioramento in termini di equità. Per un sistema sanitario equo è necessario potenziare e dettagliare l'informazione: l'inserimento, infatti, nel sistema di valutazione, di tali misure ha lo scopo di verificare non solo i risultati raggiunti mediante i servizi offerti, ma anche le capacità delle aziende di attuare interventi ed azioni integrative e proattive per evitare disuguaglianze nell'accesso, in modo che anche i gruppi di utenti più svantaggiati per reddito e livello di istruzione siano in grado di usufruire dei benefici derivanti dalle azioni stesse. Le disuguaglianze sociali possono e devono diventare criteri di programmazione dei servizi sanitari. Tale approccio, infatti, aiuta il sistema sanitario a superare il modello di una sanità che offre servizi e che non si preoccupa che questi siano in particolare erogati a chi ne ha più bisogno, per procedere verso un sistema capace di iniziativa, in grado di segmentare l'offerta in base ai bisogni differenziali dei cittadini. Non si fanno parti uguali per disuguali.

Bibliografia

- National Health Ministers Benchmarking-Working Group**, *Third national report on health sector performance indicators, commonwealth department of health care*, Australia, 1999.
- NHS**, *Executive, Quality and Performance in the NHS: high level performance indicators*, 1999.
- Nuti S.**, *Il sistema di valutazione delle aziende sanitarie toscane*, in Baraldi, *Il balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, FrancoAngeli 2005
- Nuti S., Barsanti S.**, *Equità ed accesso nel percorso materno infantile* Salute e Territorio, Settembre-Ottobre 2006.
- OECD**, *Labour market and social policy –paper n.47, Performance measurement and performance management in OECD health systems*, 2001.
- Ontario Hospital Association**, *Measuring the Performance of Ontario Acute Care Hospital*, 1999.
- WHO**, *The World health Report 2000, Health system: improving performance*, Geneva 2000.