

SANITA, UN MODELLO DA RIVEDERE

Salute e cure Liste d'attesa, disuguaglianze e percorsi mancanti

Quando il sistema risponde alle strutture e non ai pazienti

di **Giuseppe Lauria Pinter**

U

no dei nodi cruciali della sanità italiana è il disallineamento, ormai ventennale, tra la rappresentazione del bisogno di salute nel dibattito politico e la percezione che i cittadini hanno del proprio bisogno di cura. Una forma di divergenza cognitiva che ostacola tentativi concreti di modificare l'assetto organizzativo attuale, necessari per mettere il sistema sanitario nelle condizioni di funzionare in modo più efficiente.

L'impatto del bisogno di cura sul sistema sanitario è influenzato da diverse variabili. Ad esempio, circa il 40% degli accessi al Pronto soccorso è costituito da codici a bassa priorità, in larga parte evitabili intervenendo da un lato sull'educazione sanitaria dei cittadini, dall'altro su assetti gestionali in grado di offrire risposte adeguate a richieste comunque legittime. Analogamente, nel contesto non acuto convivono le esigenze profondamente diverse di chi accede al sistema nel sospetto di una patologia e di chi è affetto da una malattia cronica e necessita di controlli periodici per adattare le terapie. In questo ambito il sistema è chiamato da una parte a garantire l'accesso in tempi ragionevoli per non ritardare una diagnosi e dall'altra a rendere efficace la presa in carico del paziente cronico. Qui emergono i limiti dell'attuale concezione, e conseguente gestione, delle liste d'attesa, incapaci di distinguere tra bisogni eterogenei e irrigidite nella misurazione dei tempi di erogazione di visite ed esami in modo spesso avulso dal contesto clinico. A questo si aggiunge l'impatto sulle risorse economiche destinate alla sanità. Poiché la domanda è destinata a crescere in relazione alla disponibilità sempre più ampia di esami diagnostici e terapie sofisticate, accanto a un necessario incremento delle risorse diventa indispensabile una loro ottimizzazione. Tra queste vanno considerate innanzitutto le risorse umane. I medici italiani sono 4,2 per 1.000 abitanti, in linea con la media europea e con Germania e Spagna, superiori alla Francia, con una percentuale di specialisti analoga, ma con una quota rilevante ormai collocata fuori dal sistema pubblico. Diversa è la situazione degli infermieri: 6,5 per 1.000 abitanti, ben al di sotto

della media europea di 8,4 e circa la metà rispetto alla Germania.

La combinazione di tutti questi elementi, e di vari altri, non è risolvibile con una singola misura, come l'aumento del finanziamento al Fondo sanitario nazionale, spesso invocato come soluzione unica. È invece necessario ripensare i principi di funzionamento del modello organizzativo, anche attraverso interventi parziali e sperimentali, partendo da un punto preciso: il bisogno di cura.

Va innanzitutto riconosciuto che non esiste, di fatto, un vero servizio sanitario nazionale perché la variabilità nell'efficienza di erogazione dei servizi tra le regioni non consente ai cittadini di vedere soddisfatto il proprio bisogno di cura in modo uniforme. Esistono sistemi regionali con capacità molto diverse. Non esiste neppure una rete nazionale di terzo livello, integrata con ospedali e territorio, in grado di compensare questo limite. Esistono singoli centri di terzo livello ai quali i cittadini fanno riferimento per diagnosi e terapie avanzate, molto più per iniziativa individuale che per programmazione del sistema.

Assumiamo che questo assetto continui ad andarci bene, poiché riformare il Titolo V può apparire oggi irrealistico. Tuttavia, l'inequità in tema di salute non può essere considerata una variabile accettabile. Si potrebbe obiettare che i cittadini dispongono dello strumento del voto per cambiare i governi regionali che non hanno garantito efficienza in sanità, ma questo non ci avvicina al punto centrale.

I sistemi sanitari regionali sono organizzati in aziende, i cui obiettivi e finanziamenti sono assegnati dalla regione. La loro efficienza, e quella dei direttori generali che le gestiscono, è valutata su obiettivi verticali, essenzialmente legati al raggiungimento del budget previsto. Ogni azienda sanitaria finisce così per agire come una tribù in competizione con le altre, massimizzando la monetizzazione dei servizi erogati ai cittadini per onorare il contratto stipulato con la regione, che le finanzia tutte.

L'ipotesi che il funzionamento adeguato (rispetto a cosa, è la vera domanda) di ogni singola azienda sia sufficiente a garantire la risposta del sistema al bisogno dei cittadini si è rivelata



Peso: 55%

palesemente errata. Questo modello risponde infatti a una domanda ipotetica, fondata sull'assunto che un certo numero di pazienti debba afferire a ciascuna struttura e non alla reale variabilità del bisogno di cura. Di conseguenza, la programmazione delle strutture specialistiche non è stata basata sul bisogno effettivo della patologia, ma su logiche di funzionamento aziendale.

Prendiamo l'esempio di una persona che sviluppa i primi sintomi del Parkinson. Avrà bisogno di una diagnosi specialistica, poi di controlli e, nelle fasi più avanzate, di accesso a centri di terzo livello per terapie avanzate e sperimentazioni cliniche. Un percorso che evolve nel tempo, che vale per ogni categoria di malattia e che dovrebbe essere garantito con la stessa qualità a tutti i cittadini, cosa peraltro possibile nel nostro Paese.

Se si accetta che il bisogno di cura attraverso strutture, livelli assistenziali e territori diversi, diventa evidente che non può essere governato all'interno dei confini di una singola azienda sanitaria ma che è necessario spostare il baricentro sul percorso. In assenza di questo cambiamento, il soddisfacimento delle esigenze sanitarie continuerà a dipendere dalla capacità individuale di orientarsi nel sistema, producendo disuguaglianze.

Una rete funzionale regionale richiede una direzione con obiettivi interaziendali, misura-

bili attraverso indicatori di processo congrui con il tipo di territorio, la popolazione di riferimento e le strutture disponibili. In questo modello, il terzo livello non è un'eccellenza isolata, ma una funzione strutturale della rete, accessibile secondo criteri condivisi. Se la responsabilità gestionale si sposta sul percorso di cura, non è necessario che ogni azienda replichi funzioni ad alta complessità. Ciò consentirebbe di superare la frammentazione dell'offerta specialistica e di definire, ad esempio, quante unità di neurochirurgia siano realmente necessarie per garantire qualità ed equità di accesso. Inoltre, permetterebbe di costruire liste d'attesa differenziate e coerenti con il bisogno clinico.

A questo si aggiunge un elemento spesso trascurato: l'attrattività del sistema pubblico per i medici e infermieri. Un'organizzazione basata sui percorsi di cura crea ambienti più solidi sul piano professionale, favorisce il confronto e offre migliori opportunità di formazione. Un modello di questo tipo può essere sperimentato in singole regioni, senza interventi normativi irrealistici, dimostrando che spostare la responsabilità gestionale dalle strutture ai percorsi può rendere il sistema sanitario più equo e funzionale perché orientato al bisogno di cura dei singoli cittadini.



Peso: 55%