

Documenti

Avviso ai naviganti: dieci domande sul futuro del SSN *Warning to sailors: ten questions on the future of the NHS*

Associazione Dedalo 97

QUESTO DOCUMENTO

Questo documento è frutto di tre gruppi di brainstorming organizzati da Dedalo '97 con l'obiettivo di evidenziare tendenze e criticità in essere nel SSN. Evidentemente non ha ambizioni di esaustività. Lo abbiamo immaginato come un "pro memoria" basato su dieci domande da porre a chi, a diversi livelli, gioca un ruolo nel governo del SSN. Dedalo'97 non pensa di poter influenzare direttamente le scelte e le policy riguardanti la sanità può, però, promuovere iniziative in cui coinvolgersi con altre associazioni e realtà per giocare una funzione di "mentoring" che contribuisca a orientare scelte e politiche riguardanti il futuro del SSN.

IL CONTESTO

Il SSN, le sue articolazioni, le organizzazioni sanitarie in genere, sono sistemi complessi e come tali hanno una loro storia che pesa nel presente. "Estrarre" il SSN dalla sua storia e da quella del nostro paese significa farne un'incomprensibile astrazione. La pandemia ha messo in evidenza i danni provocati da anni di crisi economica e di sotto-finanziamento del SSN: risparmio forzato, riduzione del personale, ridimensionamento dei servizi territoriali, chiusura di ospedali di limitate dimensioni, riduzione dei posti letto ospedalieri, espansione della gestione trasferita di attività anche cruciali, mancata integrazione tra ospedali e servizi territoriali e medicina di famiglia, inadeguatezza dei percorsi universitari dei professionisti della sanità, in particolare dei medici.

Mentre la pandemia non è ancora risolta, stiamo assistendo a un'assurda guerra i cui risvolti economici mettono a rischio l'attuazione del PNRR per quanto riguarda la sanità; e non solo. A una situazione di evidente difficoltà e d'incertezza per il futuro, fa da contraltare il continuo incremento della richiesta di prestazioni sociali e sanitarie riconducibili a un insieme di fattori ben noti: invecchiamento della popolazione, incremento del numero di pazienti anziani, cronici, polipatologici, disabili e di persone sole, con scarsa istruzione e/o basso reddito che hanno difficoltà ad accedere alle prestazioni dei servizi sociali e sanitari. Per di più, si registra un'inflazione di prestazioni inappropriate, inutili, riconducibili anche a una legislazione che, concepita per garantire l'applicazione di buone pratiche, ha prodotto, per paradosso, un'esasperazione della medicina difensiva con la conseguente applicazione indiscriminata di linee guida e protocolli.

PANDEMIA

Lo “scoppio” della pandemia da Covid-19 ci ha colti di sorpresa e impreparati. Da decenni le malattie infettive avevano perso di rilevanza. La pandemia ha evidenziato pregi e difetti, capacità e limiti del SSN nel loro insieme ricollegabili agli effetti di scelte che vengono da lontano.

Nonostante tutto, la sanità pubblica si è mostrata capace di reagire. Sia il contenimento della pandemia, sia la cura delle persone colpite dal Covid-19 hanno avuto il loro punto di forza nel personale che, tra mille contraddizioni, ha evitato il collasso della sanità anche se a costo di pagare un prezzo sia in termini di vite umane che di stress oltretutto di burnout di un impressionante numero di operatori.

FALSI MITI E FAKE NEWS

Un mito è una serie coerente di fantasie che gli uomini creano per rassicurare sé stessi e placare le proprie paure. Secondo il mito neolibera il mercato ha una sua razionalità dovuta alla “mano invisibile” immaginata da Adam Smith che non è mai esistita mentre sono sempre esistiti affaristi, lobby e lobbisti, clientelismo e amministratori incapaci, talvolta corrotti.

L'investimento in sanità è un moltiplicatore economico e nelle difficoltà in cui si trova il SSN c'è chi ha interesse ad alimentare falsi miti e fake news disgregativi del carattere pubblico del SSN quali sono ad esempio:

- Meno stato e più privato.
- Il mercato è capace di autoregolarsi.
- Privato è meglio.
- Concorrenza e competizione generano efficienza e qualità.
- La sanità pubblica è inefficiente.
- Più salute vuol dire più ospedali, servizi, tecnologia, prestazioni, medicine.
- Fare di più è più in fretta è quello che conta.
- Il SSN è il regno della “malasanità”.

Dovremmo chiederci se avesse ragione Richard Smith, medico, a lungo direttore del prestigioso British Medical Journal quando scrisse nel lontano 1999:

1. La morte è inevitabile.
2. La maggior parte delle malattie gravi non può essere guarita.
3. Gli antibiotici non servono per curare l'influenza.
4. Le protesi artificiali ogni tanto si rompono.
5. Gli ospedali sono luoghi pericolosi.
6. Tutti i farmaci hanno effetti secondari.
7. La maggioranza dei trattamenti produce solo benefici marginali e alcuni non funzionano.
8. Gli screening producono anche falsi positivi e falsi negativi.
9. Oltre che acquistare indiscriminatamente tecnologie sanitarie, esistono altri modi per investire le risorse economiche.

IL WELFARE: UN'ESPERIENZA UNICA NELLA STORIA E NEL MONDO

In estrema sintesi, il welfare consiste nell'insieme delle politiche pubbliche messe in atto a protezione dei cittadini nei confronti di bisogni e rischi quali la nascita, la malattia, la vecchiaia, gli infortuni, la disabilità, la disoccupazione. Per lo sviluppo che ha assunto nel nostro paese, il welfare, di cui il SSN è parte fondamentale, è un'esperienza unica nella storia e nel mondo. Oggi a tutti noi sembra normale usufruire come cittadini di prestazioni che accompagnano molte persone per tutta la vita o di prestazioni costosissime, “rovina famiglie”, necessarie per far fronte a malattie gravemente invalidanti e/o mortali.

Il welfare è una delle colonne della democrazia che ci siamo dati e dovremmo smettere di dare tutto per scontato per iniziare a porci delle domande. Le tre parole fondanti la democrazia, libertà, fraternità, uguaglianza sono comprensibili l'una senza le altre due? Ha senso discutere, come quasi sempre avviene, di una senza considerare le altre due?

Può esistere una società di uomini liberi senza solidarietà e equità sociale, senza eguaglianza di diritti, senza welfare? Oggi, mai come in passato, va promossa una diffusa consapevolezza dell'importanza e della fragilità del SSN che nel nostro paese rischia di disgregarsi.

UN MODELLO AL COLLASSO?

Ventuno Servizi Sanitari Regionali

Tra le Regioni non c'è integrazione e comunicazione se non per quanto riguarda la compensazione delle prestazioni erogate da una Regione in favore di cittadini residenti in altre Regioni. Non possiamo più parlare di un unico SSN. Di fatto, esistono ventuno Servizi Sanitari Regionali che vanno ognuno per la sua strada. Un solo esempio: nella prima fase della pandemia s'è evidenziata l'assoluta difformità dei sistemi informativi regionali e l'assoluta impossibilità di scambiare dati tra Regioni e tra Regioni e strutture centrali dello Stato come, ad esempio, Ministeri, Agenas, Istituto Superiore di Sanità, ecc. Come nelle sue fasi più acute la pandemia da Covid-19 ci ha dimostrato, dobbiamo riconoscere che il SSN come sistema unitario è non governato e ingovernabile. Oggi, infatti, siamo di fronte, ad esempio, a ventuno:

- Modelli organizzativi delle ASL, dei distretti e delle Aziende Ospedaliere.
- Modelli di applicazione della convenzione della medicina generale.
- Modelli organizzativi dell'assistenza domiciliare.
- Sistemi di tariffazione per prestazioni in convenzione.
- Modalità di raccolta, conservazione e distribuzione del sangue.
- Requisiti per l'accreditamento di Ospedali, Case di Cura, RSA, ecc.
- Prontuari farmaceutici.
- Regimi di ticket.

La prima domanda è: per evitare il collasso del SSN, fino a dove può spingersi questa differenziazione tra Regioni?

Contenzioso Stato Regioni

Tra governo centrale e regioni c'è un rapporto malato, sbilanciato, gravemente conflittuale. Da oltre venti anni, l'inflazione di leggi regionali ha reso impossibile pubblicare un Codice Unico delle Leggi Sanitarie e ha alimentato il contenzioso tra Stato e Regioni in materia sanitaria. Un dato sconcertante e rivelatore. Secondo il Sole 24 Ore, ad agosto del 2019, presso la Corte Costituzionale erano in attesa di giudizio 1.804 ricorsi depositati dalle Regioni.

La seconda domanda è: Come riequilibrare il rapporto tra Stato e Regioni e come contrastare l'autonomia regionale differenziata che acuirebbe la confusione e il contenzioso tra Stato e Regioni nonché le differenze tra regioni?

Centralismo regionale

Le Regioni in nome del decentramento hanno generato un'esperata centralizzazione regionale. Veneto, Lombardia, Toscana, Marche, Friuli sono gli esempi più evidenti. I direttori generali si sono trasformati da manager in esecutori/funzionari sottoposti al doppio controllo della politica locale e dell'apparato amministrativo-burocratico regionale. A cascata, a livello delle aziende della sanità s'è instaurata una centralizzazione decisionale e una verticalizzazione organizzativa.

La terza domanda è: Quali strategie adottare per favorire l'integrazione e la cooperazione tra settori, strutture, servizi e professioni delle organizzazioni sanitarie profondamente diversi ma tra loro complementari e interdipendenti?

Gigantismo organizzativo

La maggior parte delle Regioni ha ridotto il numero delle Aziende Sanitarie e ampliato la loro estensione territoriale con il risultato di aggravare la difficoltà di comunicazione tra operatori, livelli organizzativi e management. Alcuni esempi di gigantismo: le Marche hanno adottato il modello dell'azienda unica, la Toscana quello delle aree vaste, il Friuli ha ridotto a due le sue aziende Sanitarie, l'Azienda Roma Uno comprende sei Municipi su quindici e oltre un milione di abitanti. Le aziende della sanità sono diventate, così, realtà sempre più auto-referenziate, anonime, slegate dalle comunità locali che insistono nel loro territorio. In molte Regioni i servizi del territorio quali consultori, case della salute, assistenza domiciliare, psichiatria, medicina generale e di continuità, ecc., sono realtà vistosamente scollegate tra loro e dalle realtà ospedaliere. Quasi in tutte le Regioni, infatti, è stata depotenziata la funzione originaria dei Distretti Sanitari che doveva essere quella di connettere ai bisogni di salute delle comunità locali le attività dei servizi territoriali e la medicina generale.

La quarta domanda è: È possibile invertire questa deriva organizzativa macrosomica per tornare a coinvolgere i professionisti, i cittadini, le loro rappresentanze e il volontariato nel governo delle attività delle aziende della sanità?

Frantumazione organizzativa

Mentre nella gestione di pazienti cronici e polipatologici è sempre meno possibile "vincere da soli", integrazione delle attività, continuità assistenziale, coordinamento delle cure, sono ostacolati dalla frantumazione dell'assistenza e dei pazienti dovuta al gigantismo e al verticalismo organizzativo, alla sempre più spinta specializzazione, alla incomunicabilità tra medicina generale, servizi territoriali e ospedali. C'è, a tutti i livelli del SSN, un'evidente difficoltà a fare sistema che è avvertita dai professionisti della sanità come "solitudine professionale".

La quinta domanda è: Quali strategie d'integrazione adottare per far sì che le aziende della sanità e alle loro articolazioni assumano una configurazione sistemica basata sulla valorizzazione della diversità, specificità e complementarietà dei diversi ruoli e delle rispettive funzioni e modalità operative?

Risparmio, tariffazione, DRG come attrattori fondamentali

Oggi, la gestione delle aziende della sanità e dei servizi si basa su un controllo di gestione di carattere essenzialmente economico che, pur di rilevante importanza, non può essere l'unico determinante del loro funzionamento. La tariffazione, il DRG in particolare, è l'attrattore attorno a cui la gestione delle aziende si è ormai organizzata. Ovunque ha preso piede un "modello di produzione" praticamente meccanicista e di carattere tayloristico in quanto centrato sull'efficienza. Parallelamente, nella generalità delle aziende della sanità, nel tempo si è estesa l'applicazione di un sistema di budget annuale centrato quasi, se non esclusivamente, su obiettivi economici di risparmio e non sull'appropriatezza quale strumento di razionalizzazione delle prestazioni. In questa situazione per i professionisti della sanità qualità, governo clinico, partecipazione, responsabilizzazione, motivazione, sono diventate parole vuote. Tutto ciò è avvenuto senza tener conto che le aziende della sanità sono organizzazioni basate sulla conoscenza che hanno il loro punto di forza nell'autonomia decisionale dei loro componenti professionalizzati.

La sesta domanda è: come valorizzare competenza, responsabilità, iniziativa dei professionisti della sanità per coinvolgerli in quello sforzo creativo necessario per risolvere problemi intercorrenti, raggiungere obiettivi, affrontare situazioni che riguardino l'appropriatezza delle attività, dei consumi e delle prestazioni erogate?

Medicina di famiglia

La convenzione unica della medicina generale prevede un'ampia autonomia organizzativa regionale e la sua applicazione varia notevolmente da Regione a Regione. Come è noto l'Italia è lunga e ci sono Regioni, soprattutto del centro nord del nostro paese, che hanno alle spalle un lungo percorso che le ha portate a dare un'organica strutturazione alla medicina generale e a inserire a pieno titolo i medici di famiglia nel contesto della rete dei servizi delle Asl. In questa situazione non si trova la medicina generale della maggior parte delle Regioni, tra cui ne spiccano alcune, in cui la medicina generale è praticamente abbandonata a se stessa con gravi ripercussioni sull'utenza quali ad esempio: mancate visite domiciliari, carenza di strumentazioni di base negli studi, rapporti burocratici con i distretti e scarso coinvolgimento nell'assistenza domiciliare e nelle attività distrettuali. Bisogna riflettere a fondo sul ruolo della medicina generale che, con troppa facilità, durante la pandemia è stata accusata d'inefficienza a prescindere dalla valutazione della situazione in cui s'è trovata a operare per la mancata capillare gestione della pandemia da parte di molte Regioni. È ormai finito il tempo di "un medico, una malattia, una medicina" in cui il medico vinceva da solo. Siamo di fronte a scenari in cui predominano pazienti polipatologici, fragili, spesso non autosufficienti, in una parola complessi. Nelle realtà in cui è integrato nella rete dei servizi sociali e sanitari il medico di medicina generale si è riappropriato della prativa clinica e partecipa a pieno titolo delle attività distrettuali. La medicina generale, infatti, esplica con efficacia il suo ruolo, funziona, nelle Regioni e nelle Asl in cui c'è una sua reale integrazione in reti di stabili relazioni che permettono di "lavorare insieme e non accanto" a chi opera nei diversi settori, dipartimenti, servizi e a chi è impegnato nelle associazioni di volontariato o di rappresentanza dei pazienti. decidere se i medici di medicina generale debbano o meno passare alla dipendenza del SSN non è il vero problema.

La settima domanda è: come integrare pienamente la medicina generale nelle reti di attività dei servizi territoriali e ospedalieri?

La rete ospedaliera

La pandemia ha dimostrato che l'ospedale non è una realtà storica e che la sua organizzazione non risponde a un modello definito una volta per sempre. Al contrario, nell'emergenza pandemica la sua organizzazione e il suo funzionamento si sono adattati ai bisogni di salute e di cure di diversa intensità richiesta da persone colpite dal Covid-19. La pandemia, infatti, se da un lato ha mostrato i limiti del modello organizzativo ospedaliero verticale, dall'altro ha rivelato la capacità degli ospedali di essere flessibili, reattivi e resilienti. Nella normalità era impensabile una redistribuzione di spazi, posti letto e personale. In molti ospedali hanno preso vita gruppi operativi formati da più specialisti di più reparti o teleconsulti fra più specialistici anche di più ospedali; tutte esperienze interdisciplinari che in futuro andrebbero decisamente promosse. Come la pandemia ha dimostrato, infatti, una delle sfide che si pongono oggi in sanità è quella di incentivare un'integrazione sistemica tra settori e servizi diversi. Di fronte alle richieste emergenti dai mutamenti demografici, epidemiologici e socioculturali, un ospedale non può essere concepito come una monade. Al contrario, presuppone la sua integrazione in rete con i servizi del territorio e con la medicina generale. A tutti i livelli, tra le diverse articolazioni della sanità, però, non può esserci integrazione e cooperazione senza riconoscersi parte di un sistema e senza la condivisione di un paradigma unificante che sia alla base del reciproco riconoscimento del valore delle rispettive funzioni tra loro complementari e interdipendenti. Oggi, il PNRR con le case della comunità e gli ospedali di comunità può essere l'occasione per rilanciare il paradigma bio-psicosociale come modello unificante l'insieme delle attività sanitarie da cui partire per rivedere quella visione ospedale-centrica della sanità secondo cui la medicina generale e i servizi del territorio hanno una rilevanza residuale e la sola funzione di evitare ricoveri impropri e l'affollamento dei Pronto Soccorso.

L'ottava domanda è: Come porre le persone e le comunità locali al centro di una rete di servizi che per la sua complessità ha bisogno di un sistema di governo sofisticato, partecipato, decentrato, diffuso e tutt'altro che monocratico?

Privatizzazione

Se l'insufficienza di risorse e di personale, da un lato, è una delle cause dei lunghi tempi di attesa delle prestazioni erogate dai servizi sanitari pubblici, dall'altro, è anche una delle cause più gravi del continuo incremento della spesa per prestazioni sanitarie sostenuta dalle famiglie italiane di "tasca propria" (out of pocket) a cui ha corrisposto l'incessante espansione del settore convenzionato e di quello privato nella grande maggioranza delle regioni. Stiamo assistendo a una dilagante espansione della privatizzazione della sanità che, non governata dallo Stato, per altro voluta da alcune Regioni, di fatto, è governata da potenti gruppi assicurativi e imprenditoriali alleati in un'azione lobby con le proprietà laiche e ecclesiastiche di istituti di ricovero e di strutture sanitarie di ogni tipo. La sanità convenzionata, concepita come integrativa di quella pubblica, per precise scelte politiche, in molte regioni, s'è trasformata in fattore strutturale. Tra le Regioni ci sono marcate differenze di tariffazione tra le prestazioni pubbliche e quelle in convenzione. In questa giungla, se è evidente che il settore convenzionato genera i suoi utili grazie alla differenza tra costi e tariffe, è altrettanto evidente che si sono adottate scelte politiche sfavorevoli per la sanità pubblica e per i cittadini. La Regione Lombardia ha teorizzato e applicato la così detta e liberalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ben sapendo che le strutture sanitarie pubbliche e private sottostanno a regole diversissime e sfavorevoli per il settore pubblico. Il settore privato, infatti, è fortemente avvantaggiato rispetto a quello pubblico che è appesantito da norme, vincoli contrattuali e burocratici. È come se ciascuno dei due si trovasse di fronte a una scacchiera, ma mentre il settore pubblico si trova a giocare una complicata partita a scacchi, quello privato gioca a dama. Questo insieme di processi ha trasformato il settore pubblico da committente a passivo agente pagatore.

La nona domanda è: Siamo di fronte a una pericolosa deriva di privatizzazione pseudo liberista del SSN che ne annuncia il disfacimento?

PIANO NAZIONALE DI RESISTENZA E RESILIENZA

Un hardware privo software di funzionamento

Senza un riequilibrio del rapporto Stato e Regioni il PNRR rischia di non incidere su fattori e logiche che rischiano di compromettere il futuro del SSN. Senza un modello sistemico della sanità che sia almeno di riferimento per le Regioni il PNRR può risolversi in un intervento di investimenti in tecnologie (informatizzazione, telemedicina, tecnologia, ecc.) e in edilizia (case della comunità, ospedali di comunità, costruzione di nuovi ospedali e ammodernamento di ospedali datati).

È inutile avere un computer di ultima generazione privo di programmi. In altre parole, per come è concepito, il PNRR rischia di rinnovare e espandere l'hardware del SSN senza intervenire sul suo software sistemico di funzionamento. Stanti le profonde diversità tra sviluppo e organizzazione della sanità nelle diverse regioni, non è sorprendente se a livello regionale ci siano già interpretazioni assai diverse circa il ruolo delle case della comunità, degli ospedali di comunità e circa le attività che dovrebbero svolgere. Si registra comunque una diffusa tendenza di più Regioni a ritenere che le case della comunità siano una riedizione delle case della salute; un presidio essenzialmente sanitario e non anche, se non soprattutto, una struttura polivalente con una funzione di aggregazione dell'utenza e dei cittadini intorno ai problemi che riguardino non solo la cura ma anche, la salute, il benessere e la prevenzione. Ciò contrasterebbe con l'indicazione del legislatore di realizzare una casa della comunità ogni quarantacinquemila abitanti. Tale indicazione, infatti, mostrerebbe di rifarsi alla legge 833 di riforma della sanità del 1978 secondo cui il

ruolo dei distretti doveva essere quello di rivitalizzare capillarmente il capitale e il tessuto sociale delle comunità locali dando valore al coinvolgimento e alla partecipazione dei cittadini.

La decima domanda è: Le case della comunità potrebbero giocare un ruolo di “rammendo” del tessuto sociale?

Aprile, 2022