

Osservatorio sui sistemi sanitari

Intervento*

Federico Spandonaro**

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

Il potenziamento della Sanità territoriale è al centro del dibattito di politica sanitaria da lungo tempo e più volte è stato dichiarato obiettivo primario del legislatore: in particolare, va ricordata la L. n. 189/2012 (cd. “Legge Balduzzi”) che, perseguendo «lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute», ritenne di dedicare l’articolo 1 proprio al “riordino della assistenza territoriale”.

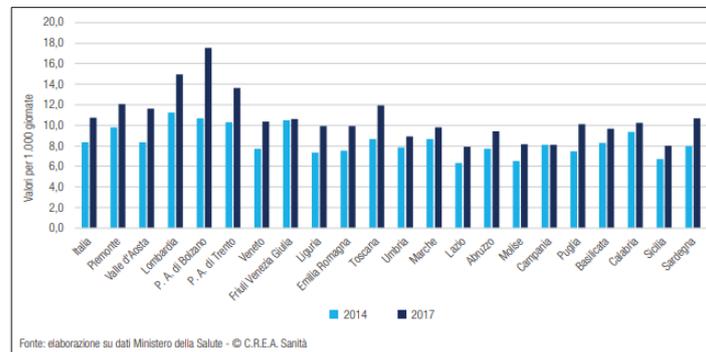
Non di meno, a distanza di oltre 10 anni da tale prescrizione, il “potenziamento” dell’assistenza territoriale, che forse più correttamente andrebbe denominata “assistenza primaria”, rimane “sulla carta”. Anzi, considerando che le risorse umane sono certamente l’*asset* fondamentale del comparto, le statistiche disponibili ci informano che, probabilmente, non solo non si è realizzato un adeguato investimento, ma addirittura si è registrato un arretramento.

Infatti, a fronte di una drastica riduzione del tasso di ospedalizzazione che, nell’ultimo decennio, in acuzie ha superato il 30%, posizionando l’Italia come il Paese europeo con il minor ricorso al ricovero, gli organici ospedalieri (fig. 1) risultano nel periodo cresciuti rispetto all’attività assistenziale erogata (fatto salvo il parallelo incremento dell’attività ambulatoriale specialistica, su cui torneremo).

* Lo scritto costituisce una rielaborazione dell’intervento svolto dall’Autore nella Giornata di studio “La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?” (Milano, 26 aprile 2023), promossa dall’Università Cattolica del Sacro Cuore a conclusione della seconda edizione del Corso di perfezionamento in “Organizzazione e gestione delle Case della Comunità” e nell’ambito del PRIN 2020 “Il diritto costituzionale della salute e dell’organizzazione sanitaria dopo l’emergenza della pandemia”.

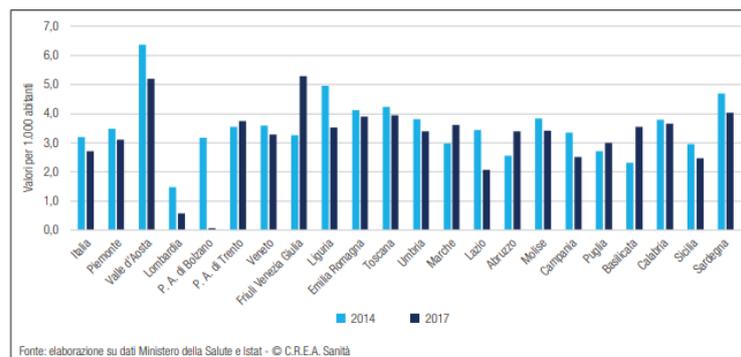
** Professore straordinario presso l’Università Telematica San Raffaele di Roma, Presidente del Comitato scientifico di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità).

Fig. 1. Personale delle strutture di ricovero per 1000 giornate di degenza.



Di contro, nelle altre strutture assistenziali del SSN (non di ricovero) si è osservato un depauperamento delle risorse di personale (fig. 2) rispetto alla popolazione servita: dato tanto più preoccupante quanto si volesse considerare anche il parallelo invecchiamento demografico.

Fig. 2. Personale sanitario delle strutture non di ricovero per abitante.



Rapporto Sanità, C.R.E.A. Sanità, 2019

Una analisi compiuta delle ragioni che hanno determinato la mancanza di seguito alle norme di “potenziamento” dell’assistenza territoriale non è probabilmente ancora stata sviluppata.

Senza pretesa di esaustività, le ragioni che si possono addurre sono numerose; fra le più rilevanti, a nostro parere, possiamo ricordare la carenza di risorse destinate al processo di riforma, la mancanza di standard organizzativi, l’assenza di altri incentivi, la scarsa visione sul modello assistenziale da implementare.

In relazione al primo punto, osserviamo che la previsione di poter realizzare una “riforma” degli assetti assistenziali senza oneri aggiuntivi, sembrerebbe poter essere giustificata dalla possibilità di una compensazione fra risparmi sul versante dell’assistenza ospedaliera e i maggiori oneri attesi per quella “territoriale”; ipotesi giustificabile secondo l’assunto per

cui l'assistenza primaria deve fungere da "filtro" per quella ospedaliera, anche se bisogna fare i conti con l'evidenza di un ricorso al ricovero che è già ai "minimi termini". In tale contesto, l'assistenza primaria potrebbe, al più, filtrare maggiormente gli accessi (inappropriati) al pronto soccorso: ma che questo, pur migliorando l'appropriatezza della assistenza, esiti in un risparmio, è quanto meno di difficile dimostrazione.

Passando al secondo punto, la mancanza di standard organizzativi è stata certamente un elemento critico per lo sviluppo del comparto; la recente approvazione del Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022, ad oggetto i modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e che segue di sette anni il Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015 che stabilì gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, sembra indicare come questo fattore sia stato ritenuto dal programmatore quello dirimente.

Il Decreto n. 77/2022 colma, quindi, una carenza importante, ma il riferimento della politica sanitaria rimane quello della programmazione dell'offerta, limitandosi alla definizione di standard essenzialmente strutturali; in assenza di un collegamento con una analisi dei bisogni, e anche degli incentivi atti a sostenere i processi riformatori, la norma rischia di configurarsi come necessaria, ma non ancora sufficiente.

A proposito di incentivi, appare evidente come, ancor più che nel caso dell'assistenza ospedaliera, quella territoriale richieda un modello organizzativo a "rete". L'esperienza della promozione dei modelli di rete *hub & spoke* a livello ospedaliero ha, peraltro, dimostrato le complessità e difficoltà di implementazione delle reti in assenza di incentivi capaci di motivare i diversi attori verso una reale ed efficace collaborazione. La realizzazione di reti "impositive" si scontra, infatti, con la difficoltà di coagulare l'interesse dei diversi attori verso uno sforzo collaborativo in assenza di una chiara consapevolezza dei vantaggi che i singoli "nodi" possono trarre dalla loro partecipazione alla rete. A maggior ragione, quindi, nel caso del territorio tali "vantaggi" devono essere resi tangibili (e "appropriabili"), utilizzando le leve disponibili: monitoraggi, politiche tariffarie, etc.

Per esemplificare il ragionamento, consideriamo il caso paradigmatico della necessità di collaborazione fra professionisti sanitari ospedalieri e del territorio. L'ospedale rimane, infatti, il luogo/struttura che concentra le competenze specialistiche: affinché il "territorio" possa davvero rappresentare un efficace "filtro", ovvero possa riuscire a mantenere a proprio carico i pazienti che non necessitano una assistenza ospedaliera di "secondo livello", è necessario che sia strutturata e resa sistematica la collaborazione fra specialisti ospedalieri e medici di medicina generale/pediatri di libera scelta.

Oggi questa prospettiva è facilitata dalle tecnologie dell'ICT e dagli investimenti in digitalizzazione resi possibili dai fondi di *Next Generation EU* (e non solo). Ma, di fatto, gli incentivi per supportare queste collaborazioni risultano, ad oggi, risibili, se non del tutto assenti: la partecipazione, ad esempio, ad un teleconsulto, in carenza di tariffe che valorizzino questa attività, rischia di essere percepita come un mero aggravio di lavoro per i professionisti, e questo a sua volta rischia di minare nelle fondamenta il processo di potenziamento del territorio.

Mantenere su due livelli separati il piano ospedaliero e quello territoriale appare miope: le strutture ospedaliere sono, nei fatti, parte integrante del sistema di erogazione dell'assistenza primaria, erogando una parte rilevante delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di secondo ma anche di primo livello. Estrapolare, quindi, questa attività "territoriale" dai presidi ospedalieri finirebbe per far perdere, agli occhi dei pazienti, di "credibilità" sulla presa in carico dell'assistenza territoriale.

In definitiva, si dimostra l'esigenza di evitare di tenere i contributi dei diversi erogatori (ambulatoriali territoriali e ospedalieri) su piani in qualche modo alternativi se non contrapposti, perseguendo invece la realizzazione di un continuum di tutela.

La proposta di una *vision* di integrazione e superamento dei livelli di assistenza porta il ragionamento sul tema della insufficiente visione sul nuovo modello assistenziale che si vorrebbe implementare.

Nella evoluzione recente della programmazione sanitaria si registrano varie incongruenze. Fra le più evidenti citiamo, in via esemplificativa, il combinato disposto del citato Decreto n. 77/2022 e del recente aggiornamento dei LEA.

Quest'ultimo ha portato alla definizione di nuovi nomenclatori e ha, altresì, proposto un aggiornamento delle tariffe. Da una seppure parziale analisi dei nuovi tariffari, emerge come questi sembra siano stati fortemente condizionati dalla aprioristica definizione dell'onere massimo consentito per l'aggiornamento: a titolo di esempio, considerando le prestazioni più comuni, osserviamo come una visita di controllo è valorizzata € 16,20, un ECG € 11,60 e una ecografia fra i € 21,15 e gli € 44,95 (considerando il caso della mammella e dell'addome). Tariffe che secondo la vigente normativa dovrebbero essere "massime", ovvero rappresentare il livello oltre il quale l'onere non può essere messo a carico del SSN (pur con eccezioni legate alla dimostrazione dell'equilibrio finanziario regionale), ma che sembrano difficilmente comparabili con i prezzi di mercato; a riprova di ciò, nelle note tecniche di accompagnamento della norma, peraltro, si evince come nelle Regioni utilizzate come *benchmark* per l'aggiornamento tariffario, le visite superavano gli € 40.

In altri termini, appare lecito "sospettare" che le tariffe siano state condizionate dal budget previsto, discostandone la determinazione da una oggettiva rilevazione dei costi (efficienti, ma di determinata qualità) di erogazione; sebbene i problemi di sostenibilità del sistema abbiano una loro indubitabile rilevanza, sia economica che giuridica, livelli tariffari non coerenti con i costi reali di erogazione sono per definizione distorsivi: in primis rischiano di generare comportamenti opportunistici, ovvero di incentivare le strutture a limitare l'offerta delle prestazioni ritenute meno (o affatto) remunerative. Evidentemente, un siffatto meccanismo genererebbe un aumento delle liste di attesa, con il rischio di affossare in partenza la credibilità del potenziamento dell'assistenza territoriale.

Va anche notato che la volontà, sancita dal Decreto n. 77/2022, di realizzare circa 1.300 Case di Comunità, dovendo queste, in buona misura, erogare prestazioni ambulatoriali specialistiche, richiederebbe che ne sia garantito il finanziamento con i nuovi tariffari: ma per coprire i costi di uno specialista del territorio (ivi compresi i costi indiretti e generali di struttura, pur considerati in modo prudenziale), si può stimare che, con i nuovi tariffari, ogni professionista dovrebbe erogare almeno 30 visite al giorno, ovvero 40 ECG o 15 eco-

grafie ginecologiche. Ovviamente si tratta di ritmi difficilmente sostenibili, specialmente volendo garantire una adeguata qualità dell'assistenza. Ma, anche qualora fosse possibile, e prescindendo dai rischi di incentivare una logica di "prestazionificio", appare legittimo chiedersi quale domanda si ipotizza dovrebbe alimentare tale attività.

Se si trattasse di prestazioni oggi non adeguatamente coperte, quali quelle che generano le liste di attesa, ci si dovrebbe di conseguenza attendere un incremento dei volumi e quindi della spesa, che non trova riscontro nelle stime degli oneri dei nuovi LEA e neppure, a livello macro, negli incrementi di finanziamento previsti dai documenti di economia e finanza pubblica. Se l'ipotesi fosse, invece, quella di spostare l'attività dall'ospedale al territorio, non appare chiaro come questo possa avvenire mantenendo l'equilibrio finanziario delle strutture ospedaliere, a meno di non avere gli strumenti (e la volontà politica) per spostare una parte del personale ospedaliero nelle strutture territoriali: operazione resa molto difficile anche dalle crescenti difficoltà del sistema di mantenere al suo interno i professionisti sanitari. Se, infine, l'ipotesi fosse quella di dirottare parte dell'attività oggi erogata dalle strutture private accreditate alle Case di Comunità, appare evidente che si tratterebbe solo di un effetto di "spiazzamento", i cui esiti in termini di efficienza e gradimento dei cittadini risultano difficilmente prevedibili a priori, oltre ad essere ad impatto decisamente variabile, essendo i SSR molto sperequati in termini di contributo erogato dalle strutture private accreditate.

Se aggiungiamo che il bisogno della popolazione, per effetto dell'invecchiamento e della cronicizzazione delle patologie, si sposta sempre più in una area di sostanziale indistinguibilità fra bisogni sanitari e sociali, mentre sul tema della riunificazione della *governance* dei due settori non è stato fatto praticamente nulla, rileva una generale mancanza di unitarietà degli interventi, che rischia di rendere nuovamente inefficace la programmazione, specialmente in tema potenziamento del territorio.

In definitiva, il potenziamento del territorio richiede, in primo luogo, la maturazione di una visione complessiva (*vision*) sulle modalità di realizzazione della tutela negli anni a venire, capace di coniugare le modificazioni demografiche con lo sfruttamento delle opportunità organizzative offerte dalle innovazioni tecnologiche. Si tratta di un cambiamento epocale che richiede informazione e formazione, tanto dei professionisti sanitari che dei pazienti/cittadini.

Non è quindi sufficiente continuare a interpretare le politiche sanitarie pubbliche come un mero esercizio di programmazione dell'offerta. Le politiche sanitarie devono, piuttosto, confrontarsi con una domanda frammentata, abbandonando una visione monolitica dell'offerta: basti pensare al diverso approccio che avranno con le tecnologie digitali gli anziani attuali e quelli delle generazioni "native digitali".

In secondo luogo, sarà necessario confrontarsi con la necessità di supportare il cambiamento individuando adeguati ed efficaci incentivi, tesi a modificare gli attuali assetti professionali: la carenza di infermieri e, sebbene meno studiata, probabilmente ancor di più di Operatori Socio-Sanitari deputati a far fronte ai bisogni di non auto-sufficienza, richiede interventi mirati e urgenti. Anche la carenza di medici per le aree dell'emergenza-urgenza e del territorio mette in discussione uno *skill mix* consolidatosi ai tempi della cosiddetta

“plethora medica”. Ma tutto questo appare molto difficile in un contesto che rende sempre meno appetibile la professione sanitaria, mentre è crescente la competizione internazionale e quindi i fenomeni di mobilità dei professionisti. Un sistema che oltre a non riuscire a formare un numero sufficiente, rispetto ai propri bisogni, di professionisti e, in più, non risulta attrattivo per quelli formati fuori dei confini, rischia evidentemente di implodere. In chiusura, un cambiamento dei paradigmi dell’assistenza è prima di tutto una necessità ed è oggi del tutto imprescindibile e improcrastinabile: sarà, però, una realtà o una illusione nella misura in cui la programmazione sarà capace di interpretare le modifiche e le sfide che, con sempre maggiore velocità, si determinano sia sul lato della domanda che su quello delle modalità di offerta delle tutele.