

Sanità regionale in controluce

Gianluca Bruttomesso

Puglia, Toscana, Veneto e Marche sono le Regioni campione prese in esame da una recente indagine del Censis atta a evidenziare e valutare le diversità e peculiarità dei modelli sanitari adottati

Con il decentramento della responsabilità primaria sulla sanità dallo Stato centrale alle Regioni, queste hanno assunto un ruolo di governo sulla programmazione sanitaria, dall'allocazione delle risorse all'assegnazione degli incentivi fino alla fissazione degli obiettivi. Tali funzioni a loro volta hanno condotto allo sviluppo di contesti decisionali e gerarchici molto differenziati, sui quali il Censis ha effettuato l'indagine "Il Sistema sanitario in controluce", prendendo in esame le caratteristiche dei sistemi sanitari di quattro Regioni campione: Puglia, Toscana, Veneto e Marche.

"In tutte le realtà che abbiamo analizzato - ha osservato **Carla Collicelli**, vicedirettore del Censis, nel corso della presentazione del rapporto - salta agli occhi che la domanda di servizi, la soddisfazione o il gradimento da parte dei cittadini o delle loro rappresentanze si depositano sul fondo della gerarchia degli elementi decisionali. Al vertice dell'attenzione sono le esigenze dell'assessorato, gli obblighi verso il ministero dell'Economia; cosa desidera la gente, quanto è davvero utile, le verifiche di impatto, la valutazione vengono relegati a un ruolo molto marginale".

L'attuale morfologia dei poteri all'interno della realtà sanitaria sembra caratterizzata da una progressiva dinamica di verticalizzazione che passando per gli organi regionali e risalendo poi la scala gerarchica, giunge ad attori centrali come il ministero dell'Economia e la Conferenza Stato-Regioni.

Secondo **Elio Borgonovi**, presidente del Cergas (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) dell'Università Bocconi di

Milano, dall'analisi dei dati dell'indagine del Censis emerge che il modello generale attuale, basato al 50% sulla spesa ospedaliera, è difficilmente sostenibile in futuro, anche utilizzando strumenti di finanziamento finalizzati a migliorare l'efficienza, tipo i DRG o altri sistemi di pagamento. Di conseguenza, risulta indirettamente che per mantenere gli stessi livelli essenziali di assistenza bisogna potenziare i servizi extra-ospedalieri e in particolare recuperare un forte ruolo delle cure primarie e del medico di medicina generale. Quanto allo stile decisionale, la ricerca comunque evidenzia - pur nella

permanenza di un ruolo determinante delle strutture che si trovano al vertice della gerarchia - una diffusa tendenza a una modalità concertativa, con il coinvolgimento in genere di tutti gli attori interessati alle scelte, anche se non sempre in presenza di un'adeguata chiarezza dei ruoli. Chiarezza che è essenziale per fronteggiare il rischio che venga a crearsi quella che stata definita una "Babele di comportamenti", dovuta a una moltiplicazione confusa delle sedi e degli attori delle decisioni. Esempio palese di ciò è quanto avvenuto nella Regione Lazio, dove la difficoltà di individuare le responsabilità ha fini-

Modelli a confronto

Veneto: holding imperfetta

Si evidenzia un ruolo "forte" della Regione e della Segreteria regionale sanità e sociale rispetto all'autonomia decisionale dei direttori generali. I punti di forza sono rappresentati dalla rapidità dei processi decisionali e dall'abilità nel promuovere innovazioni, che vengono però pagate da una scarsa attitudine al coinvolgimento dei soggetti. Si evidenzia inoltre la necessità di una maggiore autonomia delle Asl/Ao.

Toscana: poliarchia compatta

È presente una pluralità di soggetti in un meccanismo decisionale integrato con una forte azione regolatoria della Regione. Caratterizzato da un'elevata propensione al coinvolgimento dei diversi soggetti e dall'abilità nel promuovere innovazioni, mostra invece una ridotta rapidità e tempestività decisionale, che deve essere migliorata.

Puglia: aziendalizzazione dall'alto

Si è riscontrato un attivo ruolo guida della Regione verso le Asl/Ao per l'acquisizione di maggiori capacità aziendali, e una buona tendenza a coinvolgere i soggetti, a cui fa peraltro riscontro una limitata capacità di comunicare i contenuti delle decisioni e una scarsa chiarezza sul ruolo dei diversi attori.

Marche: modello "bipolare"

Vi è un sostanziale equilibrio tra Regione e Azienda Sanitaria Unica Regionale (Asur) rispetto alle scelte da adottare sul territorio, con una tendenziale attitudine al coinvolgimento dei soggetti e una bassa capacità di modificare le decisioni prese. Andrebbe fatta maggiore chiarezza sul ruolo degli attori e migliorata la rapidità decisionale.

to per mettere in crisi l'efficienza e la tenuta economico-finanziaria del sistema, portando un pesante intervento da parte dei ministeri della Salute e dell'Economia nella definizione di strategie, obiettivi, tempi e modi di erogazione delle risorse, oltre che di un Piano di rientro.

■ Sottovalutazione dei Mmg

In questo quadro, il ruolo dei Mmg appare ancora sottovalutato e i rapporti con i manager della sanità, ai vari livelli, se pur meno conflittuali di un tempo, ancora oggi spesso continuano a non essere semplici. Tuttavia, sottolinea Borgonovi, "il rapporto fra manager e Mmg è cambiato negli ultimi cinque/sei anni. I Mmg sono convenzionati e non dipendenti, storicamente sia loro sia i dirigenti delle Asl in passato tendevano sostanzialmente a considerarsi e a essere considerati un poco 'a parte' quando si parlava di riorganizzazione delle Asl. Negli ultimi tempi le cose stanno cambiando, dapprima attraverso il controllo delle prescrizioni farmaceutiche o di esami diagnostici; adesso vi sono anche alcuni esempi in cui Mmg e dirigenti delle Asl iniziano a fare sperimentazione e programmi". Da formale e amministrativo il rapporto, per Borgonovi, sta diventando più funzionale: si fanno incontri per organizzare meglio i servizi, vedere che ruolo possono avere i Mmg, come organizzarli in concorso con le Asl in studi associati in cui avere gruppi di medici di medicina generale con supporto e collegamento col computer, ecc. "Sono esempi ancora minoritari - precisa il presidente del Cergas - ma sono indizio di un cambiamento".

■ La motivazione fa la differenza

Secondo Carla Collicelli la differenza tra i modelli di sistema sanitario scelto non sono un fattore determinante per la qualità e l'efficienza: "l'efficienza e la qualità dei servizi non dipendono in maniera diretta dai modelli, perché ogni paradigma può essere gestito bene o male. Piuttosto i fattori determinanti sono altri:

la responsabilità personale, la verifica dei risultati, la considerazione del contesto, la fluidità delle relazioni gerarchiche sono fattori di carattere trasversale che possono rendere positivo o negativo il risultato ottenuto e che non dipendono dal livello gerarchico. In altre parole, chi è stato abituato tutta la vita a obbedire e non riesce a fare altro non cambierà. Ci sono invece individui che pur sottoposti a regole formali le interpretano aggiungendo una motivazione, una spinta in più che spesso è quella che riesce a far funzionare le cose". Un esempio di questo cambiamento di prospettiva di interesse per il Mmg sarebbe rappresentato dall'assistenza domiciliare sul territorio. "In Inghilterra - esemplifica Borgonovi - inviano le donne a casa il giorno stesso o quello successivo al parto; per un certo periodo sono assistite dalla *nurse*, che comunque basta per dare consigli alla madre e verificare che tutto vada bene; da noi, per

questo, le donne rimangono in ospedale per due o tre giorni. Ma si potrebbe fare anche l'esempio degli anziani o di alcune situazioni di lungodegenza non grave, che devono essere presidiate da qualcuno che abbia competenza medica, come il Mmg, che potrebbe diventare centrale in queste forme organizzative." Perché ciò possa realizzarsi, tuttavia, è necessario, da parte delle gerarchie "alte" del sistema sanitario smettere di considerare il Mmg come un filtro, a volte anche di tipo amministrativo, per l'entrata nel sistema. In tale ottica secondo gli esperti è importante che il Mmg rinunci a "un'ottica individualistica di rapporto medico paziente *tout court*, per porsi in un'ottica organizzativa, di collegamento con i colleghi di ospedale, di studi associati, di uso di alcuni strumenti informatici per fare le prenotazioni di visite specialistiche direttamente dal proprio studio o da centri a cui fare riferimento".