

L'assistenza sanitaria tra realtà e prospettive

Il sistema per la valutazione dell'efficienza e appropriatezza dei servizi sanitari del ministero della Salute, elaborato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha reso visibile quello che si fa in ogni Asl e in ogni Regione. Analizzati alla lente del nuovo sistema di verifica, i servizi sul territorio non ne escono con un profilo brillante. E alla

medicina generale non resta che trarne le conclusioni, provando a immaginare quale configurazione potrebbe assumere nel prossimo futuro. A offrire un ulteriore contributo in tal senso è anche il recente libro: "La sanità futura. Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie", edito dall'Università Bocconi di Milano.

Gianluca Bruttomesso e Monica Di Sisto

Che succede se il ministero della Salute mette on line, nero su bianco, anzi con colonnine e grafici piuttosto evidenti e colorati, l'accessibilità dei servizi sul territorio, quello che ancora spetta all'ospedale, quello che ciascuno, dentro e fuori le aziende Asl fa bene e male, il tutto Regione per Regione? Succede che ogni cittadino che voglia armarsi di internet e di paziente lettura, ma anche ogni amministratore, operatore e singolo medico potrà controllare nel dettaglio quale sia la realtà sanitaria del proprio territorio. Il tutto non sulla base di documenti di pubblicità o propaganda, ma misurando 34 indicatori chiari, che entrano così a far parte del sistema ufficiale di valutazione dei servizi sanitari regionali - un sistema allo studio dell'Agens (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) - per il monitoraggio dell'esito delle cure, dell'equità di accesso alle prestazioni e della soddisfazione dei cittadini.

Analizzati alla lente del nuovo sistema i servizi sul territorio non ne escono con un profilo brillante. E alla medicina generale non resta che trarne le conclusioni, provando a immaginare quale configurazione potrebbe assumere nel prossimo futuro.

Nel frattempo a ipotizzare scenari futuri ci hanno pensato i docenti universitari **Francesco Longo**, **Mario del Vecchio** e **Federico Lega** nel volume "La sanità futura. Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie", edito dall'Università Bocconi, in collaborazione con Bayer.

La rivoluzione dell'accesso

Possiamo definirla come una vera "rivoluzione dell'accesso", che prende le mosse dal progetto "indicatori di qualità" lanciato ormai diversi anni fa dal laboratorio Management e Sanità della scuola Superiore Sant'Anna di Pisa rispetto al territorio toscano, ed esteso dal presente dicastero nazionale della salute a tutte le Aziende sanitarie d'Italia. Sul sito internet del ministero della Salute, infatti, sono comparsi qualche settimana orsono dei diagrammi che fotografano la performance di 34 indicatori: 23 di valutazione e 11 di osservazione tra ricoveri, tempi di degenza, risposta ai problemi quotidiani o cronici di salute accessibile attraverso i canali del Servizio sanitario nazionale.

"In questo modo - ha sottolineato il ministro **Ferruccio Fazio** - i dati Asl per Asl saranno disponibili a chiunque". Da questi dati si possono individuare più chiaramente gli sprechi e le aree in cui si possono risparmiare risorse. Saranno infatti anche la base di partenza per definire i costi standard di riferimento per le prestazioni. I risultati permettono di classificare le Regioni in cinque fasce, da quella verde, risultato ottimo, a quella rossa, risultato pessimo, per ciascuno degli indicatori.

Le Regioni del Sud presentano performance insufficienti soprattutto per quanto riguarda le strutture territoriali. "Un caso emblematico - ha ricordato Fazio - sono le patologie croniche, che non devono più essere curate in

ospedale, ma dal medico di medicina generale o dal distretto sanitario". Maglia nera di questo disservizio sono Puglia e Sicilia che, per esempio nel caso di diabete, procedono a ospedalizzazione, rispettivamente, di 107 e di 130 pazienti ogni 100mila (contro una media nazionale del 53 per 100mila). In testa alla classifica Valle d'Aosta, Toscana, Piemonte, Marche, che non superano i 30 pazienti ogni 100mila.

La medicina generale che verrà

A fronte di questa cruda realtà, come ha la possibilità di riconfigurarsi la medicina generale nel prossimo futuro? A questa domanda si può provare a rispondere con le tre possibili combinazioni di sviluppo del Ssn, individuate dagli studiosi della Bocconi: lo sviluppo delle strutture intermedie, di impronta assistenziale e non clinica, quali le strutture protette, i centri diurni, la lungodegenza, gli hospice. All'opposto, un modello che si potrebbe sviluppare prevalentemente attorno alle cure primarie in senso stretto, quindi in un regime ambulatoriale o domiciliare. Oppure il cosiddetto modello *Polipo* (così chiamato dall'assessore alla sanità della Lombardia, **Luciano Bresciani**), ovvero l'ospedale che inizierà a erogare servizi territoriali. A seconda di quale fra i tre modelli o fra il loro mix si imporrà, cambierà il ruolo del Mmg: nel modello *Polipo* potrà assumere, al massimo, il ruolo di *gatekeeper*, perché gli erogatori diventeranno i medici ospedalieri; se invece prevarrà il modello delle strut-

ture intermedie, a direzione infermieristica, il Mmg potrà operarvi all'interno come consulente; se dovesse predominare un territorio centrato sull'assistenza di primo livello, ci potrebbe essere uno spazio maggiore per i medici di medicina generale, sia come erogatori sia come *case manager*. Gli autori hanno delineato varie possibilità a partire da un dato: la presenza della mobilità sanitaria. Ovvero: una sorta di sanità "liquida", come la definirebbe il sociologo Zygmunt Bauman, dove cioè la logica manageriale punta alla flessibilità e alla mutabilità. **Mario Del Vecchio**, professore associato presso l'Università di Firenze e direttore del Master in Management sanitario dell'Università Bocconi, ha spiegato di aver sviluppato l'idea a partire "dall'insufficienza dei piani sanitari strategici attuali" e "dall'esigenza di guardare al futuro attraverso gli elementi di discontinuità". La crescita delle risorse destinate alla sanità porterà necessariamente a un incremento degli investimenti pubblici oppure privati. "Ma lo scenario che trovo maggiormente interessante - ha commentato - è la crescita della spesa sanitaria in parte finanziata dal privato e in parte integrata dal pubblico". Un'idea ottimista, ma possibile, sostiene Del Vecchio. Anche secondo **Francesco Longo**, professore associato di Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche e direttore del Cergas (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) dell'Università Bocconi, le trasformazioni in quanto tali non determinano un esito a priori: "Abbiamo ampi spazi di libertà - ha spiegato - dobbiamo decidere come occuparli". Prendendo come esempio il tema dell'ospedale, si potrà verificare perciò la diffusione di piccoli nosocomi oppure una concentrazione di grandi strutture. Tre sono i settori scelti per individuare gli scenari del futuro della sanità italiana: gli assetti istituzionali e finanziari, gli ambiti di cura, di organizzazione e mobilità dei pazienti, quello delle infrastrutture e della tecnologia, correlati alle diverse tipologie di pazienti: utenti fragili, tradizionali, competenti, o evoluti. Proprio perché la

spesa sanitaria è in crescita, secondo Longo, c'è innanzitutto da chiedersi: quale sarà il mix delle fonti di copertura finanziaria? Oggi infatti il Ssn è finanziato al 76% con tassazione, al 3% da assicurazioni, casse e mutue, al 21% da spesa *out of pocket* delle famiglie.

I Ambiti di cura e strategie

Il libro delinea alcune "posture strategiche" per le aziende sanitarie pubbliche e private: la prima è l'azienda di nicchia, che sceglie di focalizzarsi su un numero ristretto di mercati, utenti e missioni. Come può avvenire ad esempio per un'agenzia pubblica che si occupi solo dell'area *wellness*. Altra ipotesi è quella dell'azienda differenziata, che può scegliere di occupare solo alcuni dei mercati disponibili. Per esempio, un'organizzazione pubblica o privata di medie dimensioni ben integrata con erogatori locali quali Mmg, diagnostica, riabilitazione, strutture protette. Infine l'azienda universale, rilevante a livello istituzionale, che cerca di far rientrare nel proprio perimetro organizzativo molti dei servizi sanitari, con l'obiettivo di intercettare tutte le tipologie di utenti. Per quanto riguarda gli ambiti di cura, attualmente sono sempre più differenziati tra rete ospedaliera specialistica, nosocomi generalisti di prossimità, strutture intermedie, cure primarie. Un forte sviluppo di queste ultime, per esempio, può comportare la presenza di un maggior numero di piccoli ospedali di prossimità, che invece risulterebbero ridondanti se fossero più sviluppate le strutture intermedie. Si sta modificando anche il ruolo di *case manager*, una volta svolto solo dai Mmg: ad esso oggi si affiancano l'infermiere laureato, i *caregiver* personali (le badanti, per esempio) o l'individuo stesso. Inoltre, secondo gli autori: "l'interazione del paziente *glocal*, cioè che ha un consumo naturalmente mobile, o *local*, che è mobile solo in casi eccezionali, può determinare lo sviluppo o meno di determinati ambiti di cura, ovvero: prestazioni ambulatoriali o *day service* se si intende circoscrivere le cure nel tempo, oppure strutture intermedie con alti livelli di comfort in presenza di territori sottodotati.

I possibili modelli di sviluppo

In prospettiva si potranno sviluppare tre tipi di aziende sanitarie. 1) L'azienda di prossimità, che si rivolge ai pazienti locali, ai quali offre una presa in carico complessiva. In questo caso le cure primarie rivestono un ruolo centrale, sia nello sviluppo ambulatoriale decentrato, sia nelle forme di associazionismo dei Mmg, sia nella crescita di cure domiciliari. 2) L'azienda *glocal*, che ha una doppia natura di erogatore locale e di *competitor* sui mercati sia nazionali sia internazionali. 3) L'azienda globale, orientata per definizione alla mobilità sanitaria, in grado di sviluppare strutture specialistiche che costituiscono la sua identità e il suo vantaggio competitivo.

A seconda di quale diventerà il modello di sanità di riferimento, si delineerà anche il percorso dell'evoluzione tecnologica: se si privilegia l'approccio individuale, crescerà la distribuzione di *device* a domicilio; se prevarrà la logica della diagnosi precoce per specialità, le singole unità organizzative determineranno lo sviluppo tecnologico.

Nella medicina di iniziativa la selezione e l'utilizzo delle tecnologie saranno invece correlate alla programmazione aziendale e dettate dalle priorità epidemiologiche. In base allo sviluppo tecnico e logistico in atto, "La sanità futura" individua quattro possibili modelli:

1. l'ospedale hub, che concentra le tecnologie e i servizi in un unico polo, con una struttura logistica statica, che coniuga alcuni elementi della medicina *on demand* con quelli della diagnosi precoce;
2. l'azienda virtuale distribuita, che si basa su una infrastruttura tecnologica coordinata da molteplici presidi sanitari ripartiti su un territorio di riferimento;
3. l'azienda di diagnosi precoce, che favorisce l'*empowerment* dei pazienti diffondendo piccole tecnologie personali a domicilio e programmi di screening di massa;
4. l'azienda epidemiologica, che determina il proprio sviluppo tecnologico in base all'analisi dei rischi emergenti. E il legame con il territorio non potrà essere più un *optional*.