

PER UN MODELLO EUROPEO DI SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE: UNA FILOSOFIA RAZIONALE DA DIFFONDERE NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

Livio Garattini, Marco Badinella Martini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

Dopo avere descritto una rete razionale di servizi sanitari appositamente disegnata per promuovere l'integrazione e la continuità di cura per i pazienti nel nostro modello europeo di Servizio Socio Sanitario Nazionale (SSSN),¹ in questo articolo proviamo a ipotizzare l'approccio filosofico razionale a cui dovrebbero ispirarsi le organizzazioni sanitarie per affrontare le principali sfide della medicina moderna. In particolare, verranno considerate tre problematiche assai dibattute in letteratura: i) la percezione della medicina come disciplina a cavallo fra arte e scienza; ii) il coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni riguardanti la loro salute; iii) le caratteristiche peculiari dell'organizzazione del lavoro nelle strutture sanitarie.

In generale, il dibattito sulle organizzazioni in sanità è influenzato dal più ampio dibattito sulla percezione generale della medicina, che varia dal limite estremo di arte probabilistica tuttora imperfetta a quello opposto di scienza perfetta supportata da certezze basate sull'evidenza scientifica.² Il primo approccio sostiene che solo l'incertezza è certa in medicina e la certezza è un'illusione già a partire dalla diagnosi;³ quindi, ogni malattia può manifestarsi in modo assai diverso in relazione al singolo individuo, al contesto in cui vive, alle sue relazioni e alle sue condizioni socio-economiche. Di conseguenza, poiché la relazione personale medico-paziente rimane cruciale, i medici dovrebbero sempre valutare i singoli pazienti caso per caso.

L'approccio opposto di scienza perfetta è ben descritto dalla metafora del 'corpo come macchina',⁴ in cui la macchina è per l'appunto il corpo del paziente e il medico il suo meccanico di fiducia da consultare in caso di guasto tecnico. Grazie al progresso scientifico, i medici possono sempre fare la giusta diagnosi e dispensare la giusta terapia qualora disponibile; quindi, quasi ogni malattia risulta potenzialmente curabile, a tal punto che qualsiasi complicazione fa sorgere il sospetto di un errore clinico. Sovrastimando i benefici potenziali per i pazienti, questo approccio giustificherebbe in qualche modo anche la 'medicina difensiva' come logica reazione dei medici per limitare le loro responsabilità legali.

Un altro argomento relativamente recente e molto dibattuto in letteratura che indirettamente influenza i modelli organizzativi in sanità riguarda il mutato atteggiamento dei pazienti nei confronti dei medici:⁵ il cosiddetto *patient empowerment*. Secondo questo approccio, i pazienti dovrebbero cercare di ottenere più potere decisionale e sfidare il tradizionale atteggiamento paternalistico dei medici, che li rende completamente assoggettati e ignora del tutto le preferenze personali, spostandosi nella direzione di un'assistenza realmente centrata sul paziente. Questa rivoluzione culturale dovrebbe comportare una redistribuzione del potere dai medici verso i pazienti, con il diretto coinvolgimento e condivisione di questi ultimi nelle decisioni da prendere sulla propria salute. La conseguente sfida per i medici sarebbe quella di valutare correttamente i desideri dei loro pazienti per comprendere quale ruolo vogliono giocare nella gestione della propria salute; tenendo ben presente che il potere può soltanto essere volutamente utilizzato dal paziente, ma non automaticamente devoluto dal medico.⁶ Peraltro, il concetto di *patient empowerment* solleva implicitamente un dilemma etico fra i diritti dei pazienti all'autodeterminazione e le responsabilità della classe medica. Infatti, sebbene sia richiesto ai medici di agire nel migliore dei modi per tutelare gli interessi dei propri pazienti, potrebbe accadere che i pazienti mettano a repentaglio la propria salute rigettando le loro raccomandazioni. Questo pericoloso comportamento è stato di recente messo in evidenza dalla moderna tecnologia di Internet, che ha già spostato in modo sostanziale il potere decisionale nella

nostra società,⁷ ivi inclusa la sanità come emerso chiaramente durante la recente pandemia Covid-19.

Infine, spostandoci verso problematiche più concrete, vale la pena notare che una vasta letteratura multidisciplinare supporta l'ipotesi che l'organizzazione della forza lavoro risulti assai peculiare in sanità. La ragione principale è la maggiore influenza sul processo decisionale quotidiano che tutti gli operatori sanitari (apicali o meno che siano) esercitano sulle procedure di erogazione delle cure.⁸ Sebbene diffusa in tutti i settori e frequentemente riscontrabile nelle indagini di carattere organizzativo, tale influenza appare particolarmente rilevante nelle organizzazioni sanitarie, a causa della maggiore discrezionalità professionale nella pratica lavorativa. Di conseguenza, è più probabile che i cambiamenti organizzativi nella pratica clinica abbiano successo quando ai professionisti sanitari viene data la possibilità di valutarli e condividerli tramite strategie incrementalmente *bottom-up*, piuttosto che imporli loro attraverso direttive gerarchiche *top-down*.⁹ Una conseguenza indiretta dell'influenza della forza lavoro in sanità è che le variabili di efficacia e i risultati empirici degli studi sperimentali disegnati per valutare gli interventi organizzativi innovativi rispetto a quelli in uso sono tutti deboli e discutibili,¹⁰ così come tutte le stime economiche di costi aggiuntivi e risparmi potenziali indotti dagli stessi.

Alla luce dello scenario incerto che circonda i modelli organizzativi sanitari nella società moderna, di seguito vengono avanzate alcune proposte di carattere generale per rafforzare l'approccio olistico che dovrebbe caratterizzare il nostro modello di SSSN.

Innanzitutto, il SSSN (come datore di lavoro) dovrebbe proteggere sotto il profilo legale i propri professionisti sanitari (tutti lavoratori dipendenti) in caso di cause intentate per negligenza medica. Parallelamente, il SSSN dovrebbe costituire un osservatorio permanente per confrontare i consumi di risorse sanitarie e gli indicatori di salute dei medici e delle loro famiglie con quelli della popolazione generale.¹¹ Assumendo che i medici siano i pazienti più informati nella sfortunata ipotesi in cui capiti a loro (o ai loro familiari più stretti) di ammalarsi e provino le stesse emozioni di qualsiasi altro paziente in tali circostanze,¹² la diffusione periodica di questa informazione dovrebbe contribuire

a scoraggiare il dibattito infinito fra esperti sul dilemma se la medicina sia un'arte o una scienza, contribuendo a lungo andare a rendere più realistiche le aspettative generali della gente comune nei confronti dei servizi sanitari. Inoltre, ciò dovrebbe anche scoraggiare il fenomeno della medicina difensiva, sempre più costoso per i sistemi sanitari e talvolta pure rischioso per i pazienti.

In secondo luogo, un'organizzazione della forza lavoro basata sulla collaborazione collettiva e la piena integrazione dovrebbe contribuire a ridurre la richiesta di *patient empowerment*, probabilmente indotta più da motivazioni ideologiche che da questioni reali. Piuttosto, ci sarebbe spazio per modificare alcune consuetudini tuttora diffuse nell'ambito delle organizzazioni sanitarie al fine di rafforzare realmente la centralità dei pazienti. Ad esempio, un cambiamento apparentemente banale (ma in realtà epocale in molti paesi europei, Italia inclusa) sarebbe quello di adattare gli orari dei pasti in ospedale ai comuni stili di vita delle persone, piuttosto che stabilirli in base alle mere convenienze del personale sanitario. Di converso, i medici di reparto non dovrebbero necessariamente effettuare periodicamente dei turni notturni, ma piuttosto restare a casa ed essere chiamati dai colleghi infermieri solamente in caso di vere e proprie urgenze (come già accade nel NHS inglese).

Infine, appare evidente che un approccio gerarchico di 'stile militare' non si addice ai servizi sanitari (ospedali inclusi) che, al contrario, necessitano di collaborazione e integrazione fra i vari professionisti sanitari,¹³ a partire dai medici. Oltre a supportare i colleghi più giovani nella loro crescita professionale, i medici più esperti dovrebbero essere tutti posti sullo stesso piano a livello apicale (eliminando i primariati) nel solco della tradizione del NHS inglese e suddividendosi fra loro i pazienti nelle strutture sanitarie in cui operano. A loro volta, gli infermieri dovrebbero gestire tutte le cure sanitarie di cui i pazienti necessitano, ricorrendo quando necessario all'aiuto delle altre professioni sanitarie (ad es. dietologi, fisioterapisti, psicologi). Grazie al loro ruolo clinico intermedio, gli infermieri dovrebbero essere i soggetti più indicati per incentivare il lavoro di squadra nel contesto di gruppi multiprofessionali. In generale, condividere le conoscenze a livello interprofessionale e costruire team multiprofessionali dovrebbero essere le principali strategie organizzative da adottare per migliorare la qualità dei

servizi sanitari erogati nelle strutture del SSSN. Inoltre, tutte le professioni dovrebbero essere pienamente coinvolte in questo approccio moderno di assistenza integrata e continuativa; coerentemente, la rotazione dei professionisti sanitari fra servizi territoriali e ospedalieri locali dovrebbe essere il più possibile sfruttata al fine di favorirne l'integrazione orizzontale (servizi di emergenza inclusi). Questo approccio organizzativo dovrebbe contribuire a limitare anche i fenomeni negativi di *burnout* professionale,⁴ che si stanno ormai sempre più diffondendo in tutta Europa (soprattutto fra i clinici ospedalieri). Salvaguardare la salute mentale dei professionisti sanitari dovrebbe essere un dovere per un servizio sanitario veramente al passo coi tempi; pertanto, ai propri dipendenti il SSSN dovrebbe offrire assistenza su richiesta e corsi mirati a sviluppare le capacità necessarie per convivere con i propri disagi professionali.

Concludendo la filosofia ideale che dovrebbe permeare il nuovo modello di SSSN dovrebbe basarsi su una piena collaborazione fra tutti i professionisti sanitari; un approccio positivo che dovrebbe divenire in modo permanente un punto di forza del SSSN. Una volta riconosciuto che la medicina è innanzitutto una missione al servizio della salute dei pazienti, lavorare insieme in posti di lavoro integrati non eccessivamente influenzati dal comportamento dei singoli individui dovrebbe essere una strategia molto più produttiva e soddisfacente per i professionisti sanitari rispetto a quella di lavorare singolarmente in silos isolati.

BIBLIOGRAFIA

1. Garattini L, Badinella Martini M, De Compadri P, Nobili A. Un modello europeo di Servizio Socio-Sanitario Nazionale: una rete razionale di strutture sanitarie. 07/2023
<https://www.marionegri.it/centro-studi-di-politica-e-programmazione-socio-sanitaria>. Ultimo accesso 25 settembre 2023.
2. Garattini L, Padula A. Defensive medicine in Europe: a 'full circle'? Eur J Health Econ. 2020;21(2):165-70.
3. Vento S, Cainelli F, Vallone A. Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. World J Clin Cases. 2018;6(11):406-9.
4. Cunningham W, Wilson H. Complaints, shame and defensive medicine. BMJ Qual Saf. 2011;20(5):449-52.
5. Garattini L, Padula A. Patient empowerment in Europe: is no further research needed? Eur J Health Econ. 2018;19(5):637-40.
6. Toofany S. Patient empowerment: myth or reality? Nurs Manag (Harrow). 2006;13(6):18-22.
7. Ferguson T. From patients to end-users. BMJ. 2003;324(7337):555-6.
8. Nilsen P, Seing I, Ericsson C, Birken SA, Schildmeijer K. Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):147.
9. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. Int J Integr Care. 2002;2:e12.
10. Garattini L, Padula A, Freemantle N. Do European pharmacists really have to trespass on medicine? Eur J Health Econ. 2021;22(1):1-4.
11. Domenighetti G, Casabianca A, Gutzwiller F, Martinoli S. Revisiting the most informed consumer of surgical services. The physician-patient. Int J Technol Assess Health Care. 1993;9(4):505-13.
12. Rule ARL. I Am That Parent. JAMA. 2018;319(5):445.
13. Karlsson M, Nordström B. Use and exchange of knowledge in the introduction of hospital-based home rehabilitation after a stroke: barriers and facilitators in change management. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):216.



"Per approfondire o commentare questo articolo scrivete a cs@marionegri.it invieremo le vostre considerazioni agli autori per una eventuale risposta e pubblicheremo sul sito gli interventi più interessanti".