

Il Centro Studi si propone di avviare collaborazioni con istituzioni, associazioni e professionisti impegnati nel campo della salute per creare e promuovere spazi di confronto e di ricerca per la riorganizzazione e il rilancio del SSN attraverso la costituzione di Gruppi di Lavoro dedicati. In particolare, fornire un supporto metodologico per l'organizzazione e la realizzazione di interventi e progetti mirati a:

- migliorare gli interventi di prevenzione e accesso alle cure;*
- indirizzare le scelte politiche per la salute sulla base di interventi di documentata efficacia;*
- promuovere l'appropriatezza e la riduzione degli sprechi;*
- promuovere la salute delle persone con attenzione all'ambiente;*
- coinvolgere i cittadini e le comunità nelle scelte per la salute;*
- tutelare i fondamenti di universalità, uguaglianza ed equità del SSN pubblico;*
- evitare la deriva del SSN verso una sanità e un sistema sanitario privati.*

SOMMARIO 2023

Cliccando sul titolo è possibile arrivare all'articolo d'interesse.

- **PER UN MODELLO EUROPEO DI SISTEMA SANITARIO · n. 1 ·**
LINEE GUIDA PER L'ASSETTO ISTITUZIONALE
Livio Garattini, Bruno Finazzi, Alessandro Nobili, Giuseppe Remuzzi
- **MEDICINA GENERALE: PROPOSTE NATE DA UN CONFRONTO NELLA UNIONE EUROPEA**
Livio Garattini, Pier Mannuccio Mannucci, Giorgio Barbieri, Marco Badinella Martini, Alessandro Nobili
- **PER UN MODELLO EUROPEO DI SISTEMA SANITARIO · n. 2 ·**
POCHE E CHIARE REGOLE DEL GIOCO
Livio Garattini, Bruno Finazzi, Alessandro Nobili, Giuseppe Remuzzi
- **PER UNA VERA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE**
Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili
- **UN MODELLO EUROPEO DI SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE: · n. 3 ·**
UNA RETE RAZIONALE DI STRUTTURE SANITARIE
Livio Garattini, Marco Badinella Martini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili
- **NHS E SSN: SEMPRE SERVIZI NAZIONALI E PUBBLICI?**
Livio Garattini, Alessandro Nobili
- **PER UN MODELLO EUROPEO DI SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE: · n. 4 ·**
UNA FILOSOFIA RAZIONALE DA DIFFONDERE NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE
Livio Garattini, Marco Badinella Martini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili
- **UN MODELLO EUROPEO DI SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE: · n. 5 ·**
LA S DI SOCIALE
Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

PER UN MODELLO EUROPEO DI SISTEMA SANITARIO

LINEE GUIDA PER L'ASSETTO ISTITUZIONALE

Livio Garattini, Bruno Finazzi, Alessandro Nobili, Giuseppe Remuzzi

PREMESSA

Recentemente balzata agli onori della cronaca in tutto il mondo a causa della pandemia, l'assistenza sanitaria è un elemento cardine in tutte le nazioni sviluppate. Indissolubilmente legata in qualsiasi realtà territoriale alle figure sanitarie che vi operano, a partire da medici e infermieri, la gestione di un sistema sanitario è comunque anche materia di economia e politica sanitaria, come ovvia conseguenza dei costi indotti dai beni e servizi erogati. Per tale motivo il tema sanità è da sempre oggetto di dibattito politico, a prescindere dalle contingenze temporali, con influenze ideologiche spesso demagogiche e fuorvianti. In questa sede proviamo a mettere ordine all'argomento sanità partendo da alcuni elementi base di economia e politica sanitaria, cercando nei limiti del possibile di non essere condizionati da opinioni personali, con **l'obiettivo finale di sviluppare una proposta di modello di sistema sanitario europeo basato su pochi e condivisibili concetti teorici.**

INFLUENZA POLITICA

Domanda, Offerta e Prezzi L'economia politica ci insegna che fare riferimento agli effetti benefici indotti dalla concorrenza nei liberi mercati è del tutto immotivato in sanità sotto il profilo teorico.¹ Infatti, la sanità costituisce un classico esempio di fallimento del mercato dal punto di vista sia della domanda sia dell'offerta, i due concetti cardine dell'economia.

-
- a.** Dal lato della domanda, il paziente non può essere equiparato al classico consumatore informato della teoria economica, che acquista il prodotto migliore al minor costo.² Proprio perché non sufficientemente informato e competente in materia di salute, il paziente si rivolge a un medico per decidere quali beni e/o servizi utilizzare. Oltre che non informato, il paziente non può nemmeno essere considerato un consumatore razionale all'atto dell'acquisto di beni e servizi. Infatti la sua percezione della malattia, reale o percepita che sia, lo rende un soggetto potenzialmente debole e vulnerabile, facilmente vittima di ricatti finanziari, della serie “vale di più e quindi costa di più”.
- b.** Dal lato dell'offerta, la teoria della concorrenza richiede necessariamente la presenza di un numero sufficiente di concorrenti che offrano gli stessi prodotti/servizi e operino in condizioni di mercato analoghe.³ Al di là del fatto che queste condizioni necessarie (ma non sufficienti) per una concorrenza leale siano diventate oramai sempre più spesso assenti in tanti altri settori merceologici, motivo per cui sono sorte in tutti i paesi sviluppati le agenzie antitrust a tutela del libero commercio, la presenza di tali condizioni in sanità rischia addirittura di essere il risultato di situazioni assai (per non dire del tutto) irrazionali dal punto di vista territoriale; si pensi, ad esempio, alla presenza di più ospedali con caratteristiche del tutto simili ubicati in una stessa area geografica a bassa densità di popolazione.

Alla luce di questi ostacoli oggettivi e insormontabili, ne consegue che **in sanità non è possibile che si generino prezzi spontaneamente competitivi indotti dal naturale incrocio fra domanda e offerta**. Anche nel caso si tratti di prezzi fissati a priori (cioè di tariffe), come spesso accade in sanità (vedi le tariffe ospedaliere DRG mutate dal sistema americano), la “fissazione artificiale” di prezzi rimane sempre e comunque un esercizio arbitrario,⁴ a lungo andare inevitabilmente fonte di distorsioni finanziarie fra i vari attori del sistema.

Come non bastasse, l'adozione di tariffari in sanità genera costi amministrativi aggiuntivi assai ingenti, dovuti alla necessità di: i) effettuare controlli continui e

sistematici sul loro utilizzo da parte dei fornitori; ii) condurre periodicamente analisi multicentriche dei costi per aggiornare i valori monetari in essi inclusi.

FINANZIAMENTO E SPESA

Una volta escluso il ricorso ai concetti di domanda e offerta (e quindi anche di prezzo) correlati alla concorrenza in sanità, quelli più appropriati a cui ispirarsi per gestire un sistema sanitario a livello macroeconomico sono finanziamento (entrate) e spesa (uscite). Mentre la soluzione razionale relativamente alla prima variabile è abbastanza semplice in sanità, quella più indicata per la seconda richiede un ragionamento più approfondito.

- a. Il criterio più logico da applicare per finanziare un sistema sanitario è quello della **fiscalità generale con copertura universale**. Infatti, in linea di principio, non esiste miglior “assicuratore” di uno Stato per coprire il “rischio malattia” a cui sono potenzialmente soggetti i propri abitanti, potendo distribuire finanziariamente tale rischio su tutta la popolazione a prescindere dalle caratteristiche specifiche del sistema fiscale adottato.
- b. Il concetto di spesa sottintende quello di pagamento dei servizi erogati, con “fornitori” che possono essere pubblici o privati in tutti i sistemi sanitari europei occidentali. Sotto questo aspetto, la disciplina di riferimento è quella dell’economia aziendale, in particolare in materia di pianificazione dei servizi, organizzazione del lavoro e controllo di gestione. Solitamente associato al settore privato, il termine azienda è in realtà applicabile a qualsiasi datore di lavoro, quand’anche appartenente alla pubblica amministrazione. Quindi, l’economia aziendale non è necessariamente correlata a soggetti che operano in un mercato privato, ma può essere utilizzata in qualsiasi tipo di ente per perseguire obiettivi di efficienza.

Mentre sul versante del finanziamento la logica fa decisamente propendere a favore dell’adozione di un sistema sanitario pubblico a copertura universale, **la scelta fra pubblico e privato in termini di erogazione dei servizi sanitari è meno immediata**. In

linea di principio, un'azienda privata deve perseguire la logica del profitto (soprattutto se a fini di lucro), o alla peggio della copertura dei costi. Non ci si deve quindi minimamente stupire se, come spesso evidenziato in letteratura,⁵ gli ospedali privati si concentrano solitamente sui trattamenti più redditizi e/o su quelli meno costosi e più diffusi. D'altro canto, è comunque innegabile che le aziende pubbliche sono assai spesso condizionate da forti pressioni politiche nelle loro decisioni e rallentate nei processi dalla burocrazia amministrativa che tradizionalmente le pervade.⁶

ASSISTENZA INTEGRATA E DOPPIA ATTIVITÀ

La preferenza per i soggetti pubblici anche in materia di erogazione dei servizi viene supportata dall'**approccio di assistenza integrata (AI)**,⁷ un concetto di buon senso emerso in letteratura all'inizio del nuovo millennio su cui è davvero difficile non concordare, ispirandosi alla **collaborazione sistemica fra tutti gli operatori del settore sociosanitario a vantaggio dei pazienti**. Il rischio principale da evitare è quello dei conflitti di interesse sollevati dai professionisti sanitari che svolgono doppia attività (DA) pubblica e privata.⁸

- a.** La necessità di AI viene incrementata dal bisogno sempre crescente di soddisfare la richiesta di servizi sanitari per malattie croniche e spesso multiple nelle società contemporanee, ai quali si aggiunge quello 3 dei servizi sociali correlati al progressivo invecchiamento della popolazione e alla conseguente perdita di autosufficienza dei soggetti anziani, oramai difficilmente gestibili a livello esclusivamente familiare nelle società moderne. La AI è sicuramente favorita dalla presenza di un unico "datore di lavoro" (logicamente pubblico), in quanto la frammentazione fra più servizi (pubblici e privati) risulta per definizione antitetica al concetto di AI.⁹ È infatti del tutto naturale che la presenza di molteplici erogatori di servizi indebolisca la AI, in quanto i singoli interessi finanziari degli attori in gioco sono alla lunga destinati a prevalere, per ovvii motivi di sopravvivenza, e quindi a scontrarsi con una filosofia di integrazione sistemica dei servizi. Seguendo questa logica, anche i servizi sociali dovrebbero essere sommati a quelli sanitari, al

fine di incentivare la AI sia a livello orizzontale che verticale,¹⁰ così superando ogni confine organizzativo a tutto vantaggio della continuità delle cure.

b. *La conditio sine qua non* per poter erogare in modo efficace ed efficiente i servizi pubblici è quella di sottoporre a un **contratto di lavoro esclusivo** tutti i propri dipendenti, **vietando per legge la possibilità di DA**. Infatti, la storia ci insegna come, non soltanto in campo medico, la combinazione di attività pubblica e privata sollevi inevitabilmente conflitti di interesse finanziari da parte dei soggetti che la praticano,¹¹ incrinando alla lunga il rapporto fiduciario dei pazienti nei loro confronti.¹² Una forma quasi paradossale di DA è quella incoraggiata dalle strutture sanitarie pubbliche (c.d. *intra moenia*). Trattasi di una situazione talmente estrema sotto il profilo deontologico da essere stata definita in letteratura una forma di “*corruzione istituzionale*”,¹³ essendo addirittura i datori di lavoro a incentivare i propri dipendenti a confliggere con le attività istituzionali delle proprie strutture di appartenenza. La messa al bando di qualsiasi forma di DA viene pienamente supportata dalla teoria dell’organizzazione del lavoro in campo aziendale.¹⁴ Infatti la possibilità per un lavoratore dipendente di operare contemporaneamente per un’azienda concorrente viene sanzionata contrattualmente in qualsiasi settore merceologico, ma ancora più paradossale sarebbe concedere a un dipendente il permesso di incontrare gli stessi clienti del proprio datore di lavoro fuori orario per ottenere da loro compensi a titolo personale, come concettualmente accade nella libera professione in campo medico. D’altro canto, è doveroso rimarcare che, quand’anche la medicina possa essere considerata una missione al servizio dei pazienti, ciò non significa nemmeno pretendere sacrifici illimitati da parte dei professionisti sanitari in regime di dipendenza, senza riconoscere loro uno stipendio adeguato alle condizioni economiche della società civile a cui appartengono.

Alla luce della disamina teorica dei principi che dovrebbero ispirare un modello di sistema sanitario europeo, pensiamo di poter concludere la nostra **analisi a favore di un Servizio Socio-Sanitario Nazionale (SSSN) pubblico, sia in materia di finanziamento che di erogazione dei servizi sanitari e sociali.**¹⁵ Quanto ai **fornitori privati di servizi**

sociosanitari, che di fatto esistono in tutte le nazioni, lungi da noi pensare di eliminarli: esistono da tempi immemorabili anche in altri settori nevralgici della società civile (come la scuola), tendendo (logicamente) a privilegiare le classi sociali più abbienti nei criteri di scelta della propria clientela. Tuttavia, **la loro coesistenza dev'essere esclusivamente parallela**, con confini invalicabili nel ricorso agli operatori sociosanitari del settore pubblico. L'eventuale coinvolgimento delle strutture sanitarie private nel SSSN può essere giustificato in modo complementare esclusivamente a livello locale, qualora i bisogni sociosanitari essenziali di specifici bacini di utenza non possano essere integralmente soddisfatti dalle strutture pubbliche con tempistiche accettabili. In una logica aziendale di razionale amministrazione di un SSSN, tale insufficienza andrebbe preventivamente stimata in sede di pianificazione dei servizi, finanziando successivamente i fornitori privati solo con budget ad hoc (e non a prestazione), evitando al contempo di indebolire il coordinamento e le sinergie tra i fornitori pubblici all'interno del SSSN.

Concludendo, la vera grande sfida per i possibili SSSN del futuro consiste nel limitare le cattive influenze della politica partitica e della burocrazia amministrativa. Una volta fissate poche (ma chiare) regole del gioco a livello macro, la filosofia più indicata per gestire i servizi sociosanitari a livello micro dovrebbe essere quella di una cultura organizzativa ispirata alla collaborazione di gruppo, e non alla concorrenza individuale, minimizzando nei limiti del possibile le cattive influenze di marketing e affari in sanità. Pienamente consci della criticità di queste minacce nell'ambito di un servizio pubblico, il Centro Studi è al lavoro su proposte concrete mirate a salvaguardare il buon funzionamento di un potenziale SSSN.

BIBLIOGRAFIA

1. Garattini L, Padula A. Competition in health markets: is something rotten? J R Soc Med. 2019;112(1):6-10.
2. Garattini L, Padula A. Patient empowerment in Europe: is no further research needed? Eur J Health Econ. 2018;19:637–40.
3. Barros PP, Brouwer WB, Thomson S, Varkevisser M. Competition among health care providers: helpful or harmful? Eur J Health Econ. 2016;17:229–33.
4. Siciliani L, Chalkley M, Gravelle H. Policies towards hospital and GP competition in five European countries. Health Policy. 2017;121:103–10.
5. Tynkkynen LK, Vrangbæk K. Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe. BMC Health Serv Res. 2018;18:141.
6. Saltman RB. The impact of slow economic growth on health sector reform: a cross-national perspective. Health Econ Policy Law. 2018;13: 382–405.
7. Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A. Integrated care: la strada giusta per il futuro? Recenti Prog Med. 2021;112(10):615-8.
8. Garattini L, Padula A. Dual practice of hospital staff doctors: hippocratic or hypocritic? J R Soc Med. 2018;111(8):265-9.
9. Milstein R, Blankart CR. The Health Care Strengthening Act: the next level of integrated care in Germany. Health Policy. 2016;120(5):445–51.
10. Goddard M, Mason AR. Integrated care: a pill for all ills? Int J Health Policy Manag. 2017;6(1):1–3.
11. Garattini L, Padula A, Mannucci PM. Conflicts of interest in medicine: a never-ending story. Intern Emerg Med. 2020;15(3):357-9.
12. McCartney M. Direct patient care should be rewarded and cherished. BMJ. 2018;360:k948.
13. Sommersguter-Reichmann M, Stepan A. Hospital physician payment mechanisms in Austria: do they provide gateways to institutional corruption? Health Econ Rev. 2017;7:11.
14. Holmstrom B. The firm as a subeconomy. J Law Econ Organ. 1999;15:74–102.
15. Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Wistow G. Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. Health Policy. 2003;65(3):227–41.



"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".

MEDICINA GENERALE: PROPOSTE NATE DA UN CONFRONTO NELLA UNIONE EUROPEA

**Livio Garattini, Pier Mannuccio Mannucci, Giorgio Barbieri, Marco Badinella Martini,
Alessandro Nobili**

INTRODUZIONE

La Medicina Generale (MG) è riconosciuta come una specialità medica con competenze e compiti specifici, storicamente radicata nel ruolo centrale giocato dai Medici di Medicina Generale (MMG) nelle cure primarie.¹ Peraltro, in epoca recente l'assistenza primaria in Europa ha subito continui cambiamenti in risposta alla crescente complessità e fragilità di una popolazione sempre più anziana, mentre i vincoli finanziari si sono rafforzati a causa della crisi economica tuttora in corso, con scelte di politica sanitaria caratterizzate in tempi recenti da tagli indiscriminati della spesa pubblica. Queste tendenze hanno significativamente influenzato il ruolo dei MMG, che richiede oramai cambiamenti radicali per restare al passo coi tempi.²

In questa sede viene proposto un confronto delle caratteristiche principali della MG nei sistemi sanitari delle quattro nazioni principali dell'Unione Europea (UE), di cui due caratterizzate da sistemi mutualistici (c.d. Bismarckiani, Francia e Germania) e le altre due da servizi sanitari pubblici (c.d. Beveridgiani, Italia e Spagna).

FRANCIA

In Francia ogni cittadino che esercita una professione deve obbligatoriamente contribuire al sistema mutualistico, la cui componente principale è la *sécurité sociale* statale, attraverso trattenute fiscali sui salari per i lavoratori dipendenti e altre tasse per i lavoratori autonomi. Ai primi la *Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés* (CNAMTS) rimborsa direttamente una quota rilevante degli esborsi effettuati

per prestazioni sanitarie, solitamente il 70% del totale, che può arrivare al 100% per determinate patologie (ad esempio, neoplasie e diabete). Molti cittadini sottoscrivono anche un'assicurazione supplementare, attraverso la quale recuperano per l'appunto la quota parte non rimborsata.^{3,4}

I MMG francesi giocano un ruolo centrale nelle cure primarie e sono formalmente liberi professionisti soggetti a un contratto nazionale con la *CNAMTS*. La loro remunerazione è determinata da un tariffario nazionale dei servizi erogati, a cui si può aggiungere una sorta di quota capitaria limitatamente ai pazienti affetti da malattie croniche.³ I MMG francesi hanno anche acquisito nel tempo una funzione di filtro alle cure specialistiche (c.d. *gate-keeping*). Infatti, qualora i pazienti accedano a cure specialistiche non urgenti senza una loro indicazione prescrittiva, tali pazienti vengono penalizzati dalle mutue attraverso un rimborso inferiore e/o dei costi aggiuntivi.⁵ Più della metà dei MMG francesi sono attualmente organizzati in medicine di gruppo, anche se in pratica condividono soltanto le strutture, ma non i pazienti. Sebbene non esista una normativa che ne regola gli orari di lavoro, l'orario medio di apertura al pubblico è stimato in circa 48 ore settimanali.³

GERMANIA

In Germania ogni cittadino deve obbligatoriamente stipulare una polizza con una mutua pubblica o un'assicurazione privata.⁶ Lo Stato centrale gioca un ruolo secondario nel finanziamento della sanità, avendo devoluto tale funzione in gran parte ai 16 *Länder* (le regioni tedesche).

Storicamente l'assistenza primaria è erogata principalmente da due ruoli medici in Germania: i MMG e gli specialisti ambulatoriali in medicina interna. In assenza di qualsiasi barriera organizzativa fra cure primarie e secondarie, i pazienti possono liberamente scegliere la struttura e il professionista a cui rivolgersi. Siccome il sistema tedesco non affida ai MMG alcuna funzione di *gate-keeping*, i pazienti non devono obbligatoriamente registrarsi con uno di loro.⁷ Peraltro, sono stati fatti vari tentativi per modificare il sistema a partire dal 2004, attraverso riforme mirate a rafforzare l'assistenza territoriale e a limitare la pressione sui servizi ospedalieri. In particolare, vale

la pena citare una riforma volta a incoraggiare i pazienti ad arruolarsi con gli MMG attraverso la riduzione dei ticket a loro carico e delle liste d'attesa; quindi, quanto meno un tentativo di *gate-keeping*. Si è cercato anche di superare l'organizzazione atomistica centrata sui singoli medici, incentivando dei centri medici interdisciplinari per alcune patologie croniche attraverso un fondo nazionale mirato a integrare le reti ospedaliere e territoriali. Tuttavia, la stragrande maggioranza dei MMG tedeschi è tuttora costituita da professionisti sanitari che operano singolarmente nei propri ambulatori, remunerati in base alle visite effettuate e a premi aggiuntivi per specifici servizi erogati,⁸ con un orario medio di apertura al pubblico pari a circa 50 ore settimanali.

SPAGNA

Tutti i cittadini spagnoli hanno libero accesso ai servizi sanitari pubblici e ai pazienti viene richiesto solo in alcuni casi il pagamento di ticket su specifici beni (tipicamente farmaci) o servizi.⁹

I *Centres d'Atenció Primària (CAP)* sono il pilastro dell'assistenza primaria, giocando un ruolo primario nell'erogazione dei servizi e nella funzione di *gate-keeping*. Questi centri sono strutture multifunzionali, in cui operano gruppi di lavoro multi-professionali che includono MMG, pediatri, infermieri, altri professionisti sanitari (ad esempio, ostetrici e fisioterapisti), operatori sociali e personale amministrativo. I MMG spagnoli sono dipendenti pubblici che percepiscono uno stipendio fisso, a cui può aggiungersi una quota capitaria (pari a circa il 10-15% del loro reddito) che varia da una *Comunidad Autónoma* all'altra (le 17 regioni spagnole).¹⁰ Essendo operativi 24 ore al giorno e dotati di un servizio ambulatoriale di urgenza, i *CAP* garantiscono un accesso elevato ai cittadini appartenenti ai propri bacini di utenza, le cui aree territoriali vengono pianificate dalle autorità sanitarie. Come per tutti i dipendenti pubblici, l'orario di lavoro settimanale dei MMG spagnoli è pari a 38 ore, alle quali possono a loro discrezione aggiungerne alcune in base a contratti regionali.⁷

ITALIA

Il SSN italiano è un servizio pubblico fortemente decentralizzato e principalmente finanziato dalla tassazione generale, che in teoria deve offrire una copertura universale e accesso gratuito a tutti i servizi erogati. Le 20 regioni italiane, governate da politici localmente eletti, gestiscono e controllano autonomamente i servizi forniti sul proprio territorio.¹¹ Sebbene gratuiti in linea di principio, un numero sempre crescente di farmaci e servizi è oramai soggetto al pagamento di ticket, eccezion fatta per alcune categorie di pazienti esenti (ad esempio, pazienti anziani con bassi redditi o pazienti che soffrono di specifiche patologie croniche).

Sebbene siano numerose le strutture territoriali del SSN che erogano specifici servizi sanitari (ad esempio, vaccinazioni infantili e screening di massa) sul territorio,¹² i MMG sono tuttora considerati gli attori principali nell'assistenza primaria. Diversamente da tutto il resto d'Europa, in Italia esistono due tipi di MMG, uno per gli adulti e uno per i bambini (i c.d. pediatri di libera scelta). I MMG sono formalmente liberi professionisti remunerati a quota capitaria in base a contratti nazionali, a cui si possono aggiungere ulteriori incentivi finanziari e tariffe per prestazione concordati a livello regionale. Ogni MMG ha la propria lista di pazienti (max 1.500, salvo eccezioni locali) e deve garantire un orario minimo di apertura al pubblico (ad esempio, almeno 15 ore settimanali per 1.500 pazienti in base all'ultimo contratto nazionale); peraltro, l'orario minimo di 15 ore di apertura al pubblico è assai spesso diventato quello medio nella pratica.¹² Di conseguenza, poiché molti MMG italiani lavorano tuttora singolarmente nei propri ambulatori, l'accesso settimanale offerto ai pazienti è assai limitato, a tutto scapito della loro funzione reale di *gate-keeping*.¹³

ANALISI COMPARATIVA

Analogamente a quanto riscontrato per la formazione in MG,¹⁴ le quattro nazioni analizzate mostrano una fotografia assai variegata anche per quanto riguarda organizzazione e funzioni dei MMG nella UE. Sebbene le caratteristiche generali dei due tipi di sistemi (Bismarckiani e Beveridgiani) si siano nel tempo un po' confuse e

sovrapposte,¹⁵ in generale non è ancora emerso un modello sanitario europeo di riferimento, nemmeno per l'assistenza primaria.

Il ruolo dei MMG è tuttora considerato centrale nell'erogazione dei servizi territoriali, mentre la funzione di *gate-keeping* è assai eterogenea dal punto di vista formale. Meno rilevante per tradizione nei sistemi Bismarckiani come Francia e Germania, laddove i MMG sono tuttora liberi professionisti che operano nei propri ambulatori aperti al pubblico per 48-50 ore alla settimana e vengono remunerati principalmente in base alle prestazioni effettuate, il ruolo di *gate-keeping* è diventato quasi antitetico nei due SSN Beveridgiani. Infatti in Spagna si è spostato nel tempo dai singoli MMG ai CAP, strutture pianificate per garantire un elevato accesso ai propri bacini di utenza. Coerentemente, i MMG sono diventati lavoratori dipendenti del SSN spagnolo, operano a tempo pieno nei CAP e fanno parte di gruppi di lavoro multidisciplinari orientati a limitare le prestazioni superflue erogabili nell'ambito dell'assistenza specialistica. All'opposto, in Italia i MMG sono ancora in maggioranza singoli professionisti isolati (tutt'al più aggregati solamente in modo virtuale), lavorano nei propri ambulatori e offrono un orario di accesso assai ridotto ai propri pazienti, giocando di conseguenza un ruolo trascurabile di *gate-keeping* per il SSN, come evidenziato anche durante il periodo pandemico recente.¹⁶

Va infine evidenziato che in Germania gli specialisti ambulatoriali in medicina interna svolgono un ruolo assai simile ai MMG nell'erogazione delle cure primarie, sottolineando come ambedue le specialità possono essere considerate "generaliste" a livello di assistenza territoriale.

LEZIONI DAL CONFRONTO

E' opinione assai diffusa e condivisa che sia oramai giunta l'ora di cambiare radicalmente l'organizzazione dell'assistenza primaria nei sistemi sanitari europei, a partire dallo status anacronistico dei MMG, tuttora formalmente liberi professionisti in quasi tutte le nazioni. Siamo convinti che la vera priorità per modernizzare l'assistenza primaria sia quella di affidarla a strutture di una certa dimensione accessibili all'utenza durante tutto il giorno, dove operano in modo interattivo e collaborativo teams di professionisti multifunzionali (amministrativi e sociali inclusi).¹⁷

Volendo trarre delle lezioni positive dall'esercizio di comparazione svolto in questa logica, l'organizzazione spagnola appare di gran lunga la più avanzata in termini di erogazione di assistenza integrata locale orientata a soddisfare le esigenze socio-sanitarie di una popolazione sempre più anziana. Le dimensioni e le organizzazioni di queste strutture vanno razionalmente pianificate in funzione dei bacini di utenza, con un ovvio distinguo fra aree metropolitane, rurali e montane. Questa modificazione radicale dovrebbe contribuire a far recuperare a tutti i medici che operano sul territorio il tempo da dedicare ai pazienti, cioè la loro attività principale per definizione. Passando alle tipologie di medici che possono giocare un ruolo importante nelle cure primarie, il ruolo di generalisti potrebbe essere allargato al di là dei MMG, come l'esperienza tedesca ci dimostra. Infatti appare legittimo chiedersi perché gli internisti non possano essere considerati generalisti e il parallelismo si potrebbe tranquillamente estendere a pediatri e geriatri per le rispettive classi di età di riferimento (cioè bambini e anziani). Non essendo specializzati in sistemi e/o organi specifici del corpo umano, tutti questi medici sono potenzialmente generalisti in grado di fornire un'assistenza olistica ai propri pazienti. La vera innovazione sarebbe quella organizzativa di farli operare a tempo pieno anche nelle strutture territoriali, e non solamente in quelle ospedaliere; dopodiché, nulla vieta che possano alternarsi nel corso della propria carriera nelle due tipologie di strutture anche in base alle proprie scelte personali, così contribuendo a favorire in modo sistemico una reale integrazione fra assistenza primaria e secondaria.

Concludendo, questi cambiamenti organizzativi radicali dovrebbero contribuire a rendere assai meno problematiche anche le carenze attuali di MMG, una categoria non a caso in crisi in tutti i sistemi sanitari europei e forse anche destinata a estinguersi nel lungo periodo.

BIBLIOGRAFIA

1. Heyrman J. EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.
2. Samuelson M, Aarendonk D. Primary care at times of the economic crisis. *Eur J Gen Pract.* 2012;18(3):195-6.
3. Cartier T, Bourgueil Y. France. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al. (editors). *Building primary care in a changing Europe: Case studies* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory Studies Series, No. 40.) 9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459003/>
4. Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami SB, Hernández-Quevedo C, Mladovsky P. France: Health system review. *Health Syst Transit.* 2010;12(6):1-xxii.
5. Dourgnon P, Naiditch M. The preferred doctor scheme: a political reading of a French experiment of gate-keeping. *Health Policy.* 2010;94(2):129-34.
6. Busse R, Blümel M, Knieps F, Bärnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet.* 2017;390(10097):882-97.
7. Mohammadibakhsh R, Aryankhesal A, Jafari M, Damari B. Family physician model in the health system of selected countries: A comparative study summary. *J Educ Health Promot.* 2020;9:160.
8. Simic D, Wilm S, Redaelli M. Germany. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al., editors. *Building primary care in a changing Europe: Case studies* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory Studies Series, No. 40.) 10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459004/>.
9. Bernal-Delgado E, Garcia-Armesto S, Oliva J, et al. Spain: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2018;20(2):1-179.
10. Dedeu T, Bolibar B, Gené J, et al. Spain. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al. (editors). *Building primary care in a changing Europe: Case studies* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory Studies Series, No. 40.) 27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459029/>
11. Garattini L, Badinella Martini M, Zanetti M. The Italian NHS at regional level: same in theory, different in practice. *Eur J Health Econ.* 2022;23(1):1-5.
12. Garattini L, Curto A, Freemantle N. Access to primary care in Italy: time for a shake-up? *Eur J Health Econ.* 2016;17(2):113–6.
13. Göktaş O. Family Medicine Practice in Italy. *SM J Fam Med.* 2017;1(2):1013.
14. Badinella Martini M, Nobili A, Garattini L. Il mosaico europeo dei programmi di formazione specialistica in medicina generale. *Recenti Prog Med.* 2022;113(10):583-6.

-
15. Garattini L, Padula A. Competition in health markets: is something rotten? J R Soc Med. 2019;112(1):6-10.
 16. Garattini L, Zanetti M, Freemantle N. The Italian NHS: What Lessons to Draw from COVID-19? Appl Health Econ Health Policy. 2020;18(4):463-6.
 17. Garattini L, Badinella Martini M, Freemantle N, Nobili A. Integrated care in a National Health Service: better horizontal than vertical for general practice? Fam Pract. 2022;39(6):1194-5.



"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".

PER UN MODELLO EUROPEO DI SANITÀ: POCHE E CHIARE REGOLE DEL GIOCO

Livio Garattini, Bruno Finazzi, Alessandro Nobili, Giuseppe Remuzzi

PREMESSA

Dopo esserci sforzati di elaborare un modello concettuale di sistema sanitario europeo, valutando i principali pro e contro sotto il profilo teorico, siamo arrivati alla conclusione che un Servizio Socio-Sanitario Nazionale (SSSN) pubblico andrebbe raccomandato come sistema ideale per qualsiasi nazione.¹ Tuttavia, è inutile nascondersi che, come l'esperienza dei vari SSN esistenti in Europa ci ha insegnato, l'influenza politica e la burocrazia amministrativa sono le due grandi problematiche (correlate fra loro) da affrontare per garantire il buon funzionamento di un sistema sanitario pubblico.

In questo secondo contributo proviamo a ipotizzare i possibili rimedi per minimizzare queste due grandi minacce al nostro modello di SSSN, citando gli esempi negativi in cui sono incorsi nel tempo il SSN italiano e il NHS britannico (storicamente il primo riferimento in Europa) per puntualizzare più concretamente le problematiche da affrontare.

INFLUENZA POLITICA

La democrazia implica necessariamente un possibile impatto sulla sanità da parte della classe politica, così come per qualsiasi altro settore, attraverso provvedimenti legislativi ovviamente influenzati dalle promesse elettorali dei partiti che si succedono al potere. Di conseguenza, i governi di diverso colore che si alternano possono portare a modifiche contrastanti fra loro, che possono essere il più delle volte solo di facciata,

ma a volte anche sostanziali, alterando l'equilibrio del sistema sanitario in questione. Un classico esempio di riforma epocale che ha indotto cambiamenti radicali è stata l'introduzione del cosiddetto "mercato interno" per incentivare in modo artificiale la concorrenza fra fornitori di servizi sanitari nel NHS alla fine dell'ultimo millennio, all'epoca dei governi Thatcher.²

Inoltre, quando i governi locali godono di autonomia istituzionale, l'influenza politica può anche compromettere l'omogeneità organizzativa di un sistema sanitario a livello territoriale. E' esattamente ciò che è accaduto in qualche misura nel NHS britannico con le cosiddette nazioni (Galles, Inghilterra, Irlanda del Nord e Scozia), ma in modo assai più rilevante nel nostro SSN con le venti regioni.³ L'autonomia finanziaria ha permesso ai governi politici locali di sviluppare strategie assai diverse nella nostra sanità, senza necessariamente avere ricevuto un avallo a livello nazionale. Quando il capitolo della sanità rappresenta una quota decisamente preponderante del bilancio locale, come nel caso delle nostre regioni, l'assistenza sanitaria diventa giocoforza un argomento politico rilevante in campagna elettorale. L'autonomia locale favorisce anche la nomina discrezionale di dirigenti graditi ai governi in carica del momento, coerentemente con l'atteggiamento oramai prevalente fra i politici attuali di voler dimostrare di raggiungere in tempi stretti risultati eclatanti agli occhi dell'elettorato.⁴ E, ovviamente, questi dirigenti locali non appartengono necessariamente alla stessa classe politica di quelli nominati a livello centrale, aggiungendo ulteriore confusione al sistema. In ultima analisi, l'autonomia politica a livello locale può trasformare nel tempo un sistema sanitario nazionale in una sommatoria di sistemi sanitari locali del tutto eterogenei fra di loro, minando anche il loro controllo e la programmazione a livello centrale.

BUROCRAZIA AMMINISTRATIVA

Il termine burocrazia persegue un fine lodevole nella sua definizione originaria, mirando a delimitare in modo oggettivo le responsabilità amministrative e le varie funzioni di un'organizzazione.⁵ In linea di principio, minimizzando qualsiasi influenza indotta dalle relazioni personali attraverso la standardizzazione delle regole di

comportamento, la burocrazia rappresenta teoricamente il sistema più razionale per gestire in modo efficiente tutte le organizzazioni di una certa dimensione.⁶ Tuttavia, col passare del tempo il termine burocrazia ha assunto connotati sempre più negativi (per non dire opposti a quello originale),⁷ soprattutto nel settore della pubblica amministrazione.

In pratica, il termine burocrazia viene sempre più spesso associato a attività amministrative considerate inutili perdite di tempo, soprattutto se le richieste si riversano sugli operatori sanitari.⁸ La burocrazia amministrativa sviluppa nel tempo una naturale propensione alla produzione infinita di statistiche aventi l'obiettivo di standardizzare i comportamenti professionali, rese disponibili grazie alla compilazione di moduli di indagine mirati a predisporre regole routinarie di controllo gestionale.^{5,6} Essendo disegnata in modo del tutto impersonale e premiando il rigido rispetto delle regole, la burocrazia finisce per penalizzare gli operatori sanitari che si dedicano maggiormente ai propri pazienti e non riescono a trovare il tempo per soddisfarle.^{6,7} Allontanando i sistemi sanitari dalla loro missione primaria e focalizzandoli su procedure di dubbia utilità, le burocrazie si espandono continuamente, richiedendo sempre più personale amministrativo, col paradosso finale di deresponsabilizzare i dipendenti.^{5,9,10} Il peggior effetto collaterale per gli operatori sanitari è un crescente trasferimento del loro tempo lavorativo dall'attività clinica dedicata ai pazienti alla compilazione di moduli e questionari.^{11,12}

Paradossalmente, la burocrazia presta il fianco anche al diffondersi di conflitti di interesse finanziari, onnipresenti in medicina, soprattutto per gli operatori che hanno spesso a che fare con le aziende private fornitrici di prodotti e servizi sanitari.¹³ La burocrazia si affida infatti alla compilazione di una modulistica sempre più articolata di mere dichiarazioni formali di conflitti di interesse come unica barriera per ostacolarli. Un esempio assai noto e dibattuto in letteratura è quello della sponsorizzazione dei congressi che ottengono l'accreditamento all'educazione continua in medicina.¹⁴ Tanto per dare un'idea delle dimensioni del fenomeno nel nostro paese, il SSN ha formalmente censito di recente 411 società e associazioni scientifiche di operatori sanitari. Ovviamente, siccome l'obiettivo primario degli sponsors (tutte società private) è quello di promuovere i propri prodotti e/o servizi, risulta assai difficile ipotizzare che

investano i loro budget promozionali per finanziare iniziative dai contenuti contrastanti con le finalità delle proprie aziende. Per non sollevare (per non dire aggirare) in modo diretto conflitti di interesse con i professionisti sanitari che collaborano agli eventi da loro finanziati, gli sponsors si affidano sempre più diffusamente all'intermediazione di società di consulenza, generando un giro d'affari complessivo assai rilevante. In ultima analisi, la moltiplicazione delle società e associazioni scientifiche contribuisce anche a disincentivare nel tempo il dibattito concreto e la collaborazione fra le varie figure professionali che operano nei sistemi sanitari.

POSSIBILI RIMEDI

Alla luce delle principali debolezze fin qui analizzate, proviamo adesso a stilare un breve elenco di possibili "regole del gioco" mirate a limitare i danni potenzialmente indotti dall'influenza politica e dalla burocrazia amministrativa sul nostro modello ideale di SSSN.

- ✓ Ai governi politici in carica non dovrebbe essere concesso di modificare troppo agevolmente le fondamenta dell'assetto istituzionale del SSSN, sia per il finanziamento che per la fornitura dei servizi socio-sanitari. Essendo solo le innovazioni di carattere scientifico e tecnologico quelle veramente benvenute in campo socio-sanitario, i provvedimenti normativi in materia di politica ed economia sanitaria dovrebbero essere disincentivati attraverso una sorta di "clausola di salvaguardia", ad esempio quella di essere sottoposti ad approvazione con larghe maggioranze di almeno due terzi dei voti in parlamento. Inoltre, i cittadini che decidessero di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria complementare (mutualistica o privata che sia) non dovrebbero beneficiare di alcun vantaggio fiscale, al fine di evitare qualsiasi sovrapposizione finanziaria lesiva delle prerogative del SSSN. Contestualmente, qualsiasi compartecipazione di spesa richiesta ai pazienti all'atto dell'erogazione dei servizi dovrebbe essere abolita.
- ✓ Il fondo nazionale del SSSN dovrebbe essere allocato a livello locale attraverso formule relativamente semplici e di facile comprensione, basate sulla popolazione residente pesata per fasce d'età come criterio principale. La

pianificazione e il controllo del fondo nazionale dovrebbero essere gestiti esclusivamente a livello centrale, senza alcuna interferenza da parte della politica locale sui bilanci in sanità nei propri territori di riferimento. Coerentemente, i confini locali del SSSN dovrebbero essere progettati in modo razionale dal punto di vista geografico, senza dover necessariamente coincidere con quelli delle giurisdizioni politiche locali. Infine, i livelli di assistenza socio-sanitaria garantiti dal SSSN dovrebbero essere chiaramente esplicitati a livello centrale, per poi assicurarne la disponibilità in tutte le aree geografiche della nazione. Un'erogazione uniforme dei servizi essenziali su tutto il territorio del SSSN dovrebbe contribuire a scoraggiare anche i flussi migratori interni dei pazienti da una regione all'altra.

- ✓ Un percorso di formazione post-laurea dovrebbe essere reso obbligatorio per tutti i dirigenti apicali nominati nel SSSN, al fine di rafforzarne le competenze specifiche in ambito sanitario. Un siffatto piano di formazione, erogato da una singola scuola nazionale, dovrebbe rendere tutti i candidati pienamente consapevoli del fatto che i pazienti devono sempre e comunque rappresentare l'interesse primario di tutti gli operatori socio-sanitari, come di frequente sottolineato nella letteratura medica. Di conseguenza, per incentivare un'assistenza socio-sanitaria il più possibile integrata, i dirigenti del SSSN dovrebbero sistematicamente incoraggiare i rapporti collaborativi (e non quelli competitivi) fra colleghi all'interno delle proprie organizzazioni, evitando di ricorrere a incentivi finanziari individuali per aumentare la produttività del proprio personale e semmai ricorrendo a quelli di gruppo per premiare le équipes di lavoro.
- ✓ Il numero delle società scientifiche e delle associazioni di operatori sanitari dovrebbe essere drasticamente ridotto, consentendo ai dipendenti del SSSN di iscriversi esclusivamente all'associazione nazionale della propria professione a cui appartengono. Questa regola ferrea comporterebbe sicuramente una forte limitazione delle richieste di sponsorizzazioni private per supportare qualsiasi tipo di convegno e iniziativa scientifica, necessariamente influenzate da motivazioni di business e marketing in caso di concessione, non penalizzando al

contempo la collaborazione interna al SSSN fra le singole professioni. Contestualmente, per soddisfare le richieste di educazione continua in medicina, andrebbero privilegiate le attività individuali (come la lettura di riviste scientifiche) e gli incontri fra colleghi di lavoro (c.d. club), piuttosto che eventi e progetti organizzati da enti esterni.

- ✓ Le retribuzioni delle categorie principali di operatori sanitari (ad esempio, medici e infermieri) dovrebbero essere sufficientemente elevate rispetto al costo della vita delle società civili in cui operano. Infatti, una volta bandita l'attività privata, gli stipendi sarebbero l'unica fonte di reddito dei dipendenti SSSN a ricompensa dell'assistenza socio-sanitaria erogata. I salari dovrebbero essere quindi ancorati in tutta Europa a un parametro comune nazionale (ad esempio, il reddito medio pro capite per lavoratore dipendente) applicando identiche formule matematiche fisse, al fine di scoraggiare gli spostamenti dei professionisti da una nazione all'altra non per scelte di vita personali, ma per motivazioni meramente economiche. Infine, si potrebbero prevedere forme di pensionamento anticipato per le professioni socio-sanitarie più stressanti (ad alto rischio di burnout) e il SSSN dovrebbe farsi carico delle spese legali in caso di contenziosi per presunti errori medici sollevati nei confronti dei propri dipendenti,¹⁵ salvo poi rivalersi sui singoli in caso di condanne definitive come qualsiasi altro datore di lavoro.
- ✓ Gli acquisti di beni del SSSN dovrebbero essere differenziati fra beni sanitari (ad esempio, farmaci e dispositivi medici) e beni di consumo (ad esempio, alimenti per mense e detersivi per lavanderie). Poiché i primi non possono essere ricondotti per definizione alle regole del libero mercato, le loro strategie di acquisto dovrebbero traslare dalla fissazione di prezzi irrazionali a quella di budget razionali. Una volta decisi quali prodotti sono rimborsabili esclusivamente in base alla loro efficacia e sicurezza diagnostico-terapeutica, quindi giudicati necessari per la salute della popolazione, le autorità nazionali potrebbero rimborsare alle aziende farmaceutiche e di dispositivi medici tutti i volumi prescritti durante l'anno attraverso costi unitari standardizzati per classe terapeutica.¹⁶ Tale strategia dovrebbe consentire di tenere sotto controllo

queste tipologie di spesa, diventate oramai pressoché insostenibili negli ultimi decenni anche nei paesi europei più ricchi a causa dei prezzi in continua ascesa esponenziale, soprattutto nel campo dei farmaci. Diversamente, i normali beni di consumo potrebbero essere acquistati dalle autorità locali del SSSN attraverso le comuni procedure di acquisto e i loro prezzi locali dovrebbero essere sistematicamente e regolarmente controllati a livello centrale attraverso database amministrativi, al fine di monitorare la presenza di eventuali valori anomali.

Concludendo, una volta adottate e rispettate queste poche (ma chiare) regole del gioco, confidiamo che possano essere quanto meno ridotti i potenziali effetti negativi indotti dall'influenza politica e della burocrazia amministrativa, le più gravi minacce motivazionali presenti in qualsiasi settore pubblico. Arrivati a questo punto, l'argomento finale da approfondire ai fini del funzionamento del nostro modello di SSSN dovrebbe consistere nella progettazione di una rete razionale di servizi territoriali e ospedalieri, teoricamente in grado di soddisfare in modo efficace ed efficiente i bisogni di salute della popolazione in una prospettiva di assistenza continuativa genuinamente orientata al paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Garattini L, Finazzi B, Nobili A, Remuzzi G. Per un modello europeo di sistema sanitario: linee guida per l'assetto istituzionale. 2022 <https://www.marionegri.it/centro-studi-di-politica-e-programmazione-socio-sanitaria>. Ultimo accesso 16 febbraio 2023.
2. Maynard A, Bloor K. Universal coverage and cost control: the United Kingdom National Health Service. *J Health Hum Serv Adm.* 1998;20:423-41.
3. Badinella Martini M, Zanetti M, Garattini L. Due servizi sanitari regionali a confronto: è sempre lo stesso SSN?. *Recenti Prog Med.* 2021;112(9):582-6.
4. Alderwick H, Dunn P, Gardner T, Mays N, Dixon J. Will a new NHS structure in England help recovery from the pandemic? *BMJ.* 2021;372:n248.
5. Husain M. The three deceits of bureaucracy. *Brain.* 2022;145(6):1869.
6. Gunderman RB, Lynch JW. How Bureaucracy Can Foster Burnout. *J Am Coll Radiol.* 2018;15(12):1803-5.
7. Oliveira HC, Rodrigues LL, Craig R. Bureaucracy and the balanced scorecard in health care settings. *Int J Health Care Qual Assur.* 2020;33(3):247-59.
8. Couturier Y, Wankah P, Guillette M, Belzile L. Does Integrated Care Carry the Gene of Bureaucracy? Lessons from the Case of Québec. *Int J Integr Care.* 2021;21(4):13.
9. Ham C. Integrated care systems must be agile and avoid becoming ensnared in bureaucracy. *BMJ.* 2022;378:o1626.
10. Davies E. Abolishing unnecessary bureaucracy in general practice. *BMJ.* 2016;352:i1330.
11. Tyrer P. Reforming care without bureaucracy. *BJPsych Bull.* 2019;43(3):104-5.
12. Efthymiou CA. Dystopian levels of bureaucracy distract us from treating patients. *BMJ.* 2019;365:l2334.
13. Garattini L, De Compadri P. Dichiarazione dei conflitti di interesse. *Ric&Pra.* 2019;35(4):165-9.
14. Garattini L, Gritti S, De Compadri P, Casadei G. Continuing Medical Education in six European countries: a comparative analysis. *Health Policy.* 2010;94(3):246-54.
15. Garattini L, Padula A. Defensive medicine in Europe: a 'full circle'? *Eur J Health Econ.* 2020;21(2):165-70.
16. Garattini L, Finazzi B, Mannucci PM. Pharmaceutical pricing in Europe: time to take the right direction. *Intern Emerg Med.* 2022;17(4):945-8.



"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".

PER UNA VERA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

INTRODUZIONE

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è un servizio pubblico impostato su tre livelli territoriali, (centrale-regionale-locale), il secondo dei quali gode anch'esso di autonomia istituzionale.¹ La sanità territoriale è erogata a livello locale e i Medici di Famiglia (MF) dovrebbero costituirne il perno fondamentale.² Un problema assai rilevante è che la gran maggioranza dei MF italiani, tuttora inquadrati come liberi professionisti sotto il profilo lavorativo, da sempre operano singolarmente.

Come le inchieste in corso ci hanno ricordato, l'Italia è stata la prima nazione europea drammaticamente colpita dalla pandemia Covid-19 a partire dalla Lombardia. Questo evento catastrofico ha messo sotto pressione la sanità territoriale in tutto il SSN, evidenziandone inevitabilmente le debolezze storiche, in particolare quella della medicina generale come servizio di prima linea. Il recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) finanziato dall'Unione Europea dovrebbe contribuire a risanare il SSN, soprattutto a livello di assistenza territoriale.³

SITUAZIONE ATTUALE

La prima caratteristica che contraddistingue il nostro paese è che, diversamente dalle altre nazioni dell'Europa Occidentale, esistono due tipologie di MF in Italia: i Medici di Medicina Generale per gli adulti e i Pediatri di Libera Scelta per i bambini. Sotto il profilo della specializzazione, un'altra particolarità è che i MF italiani devono intraprendere corsi triennali post-laurea organizzati autonomamente dalle singole autorità regionali. Questi corsi non sono legalmente equivalenti a quelli (nazionali)

delle altre specialità mediche e la paga dei tirocinanti è molto più bassa,⁴ rendendo i MF una sorta di medici di seconda classe rispetto ai loro colleghi.

Come già sottolineato, i MF italiani sono tuttora inquadrati come medici liberi professionisti principalmente remunerati a quota capitaria per assistito, sebbene delle tariffe aggiuntive per servizi prestati possano essere concordate a livello regionale e/o locale. Diversamente dalla quasi totalità dei loro colleghi inglesi, i MF italiani hanno sempre lavorato da soli e i cittadini italiani sono tuttora registrati con un singolo MF. Nonostante gli sforzi recenti di convertirli al lavoro di gruppo, tale forma di registrazione rappresenta un ostacolo pressoché insormontabile a un reale lavoro di gruppo, essendo ogni MF logicamente preoccupato di non perdere i proprio assistiti. In base all'attuale contratto nazionale, i MF sono formalmente obbligati ad aprire i propri ambulatori ai pazienti almeno 15h. alla settimana, un minimo che troppo spesso diventa il massimo nella pratica reale.⁵

Come conseguenza indiretta, un'altra peculiarità del nostro SSN è che molte altre strutture territoriali forniscono servizi sanitari extra-ospedalieri a livello locale.² Vaccinazioni, screening di massa, visite specialistiche, consulti familiari, assistenza domiciliare e servizi per la riabilitazione sono erogati in strutture diverse, che forniscono servizi sanitari e amministrativi fruibili in modo assai difforme dall'utenza durante i giorni della settimana. In generale, la frammentazione dei servizi sanitari territoriali aumenta la difficoltà della loro gestione nell'ambito del SSN ed è tuttora fonte di notevole confusione per i pazienti e i loro familiari. Inoltre, il rapido accesso ai servizi territoriali (MF inclusi) è diventato oramai un problema di fondamentale importanza in questa fase storica caratterizzata da un progressivo invecchiamento della popolazione.

PROPOSTA

Alla luce della situazione attuale del tutto insoddisfacente e cercando di trarre vantaggio dalle opportunità offerte dal PNRR, la nostra proposta concreta consiste nel fondere in prospettiva tutti i siti locali esistenti che forniscono servizi diversi in singoli centri sul territorio aperti almeno 12h. durante i giorni feriali, geograficamente allocati

in modo razionale tenendo conto della diversità dei bacini di utenza urbani e rurali. Queste strutture dovrebbero includere tutti i professionisti sanitari e amministrativi che lavorano nella sanità territoriale del SSN, MF inclusi, che nel lungo periodo dovrebbero diventare lavoratori dipendenti a tempo pieno analogamente ai loro colleghi medici ospedalieri. Molto più semplici da pianificare e supervisionare, queste organizzazioni estenderebbero notevolmente l'accesso quotidiano ai servizi territoriali per le popolazioni di riferimento, permettendo anche di filtrare in modo più razionale i disturbi minori al di fuori dei servizi di Pronto Soccorso ospedalieri nelle ore diurne.⁶

La co-abitazione di un vasto gruppo di professionisti sanitari e amministrativi in organizzazioni di una certa dimensione dovrebbe logicamente contribuire a ridurre gli esuberanti e le duplicazioni amministrative, migliorare la gestione dei servizi fuori orario e aumentare l'erogazione di assistenza domiciliare per i pazienti non in grado di muoversi autonomamente; soprattutto quelli deboli più anziani e privi di parenti, essendo tuttora i parenti i principali badanti informali delle persone anziane in paesi come il nostro caratterizzati da una radicata cultura familiare.

Inoltre, la co-abitazione dovrebbe incoraggiare la comunicazione e il lavoro di squadra, permettendo di sfruttare al meglio in prospettiva anche i moderni strumenti tecnologici per l'informazione e la comunicazione come la telemedicina.⁷ Lo sviluppo di competenze hi-tech all'interno di queste organizzazioni dovrebbe permettere ai clinici di recuperare il loro tempo da dedicare ai pazienti, sempre e comunque la loro attività fondamentale, riducendo anche il rischio di burnout dovuto all'insoddisfazione professionale. Infine, dal punto di vista della domanda, queste strutture aiuterebbero sicuramente la popolazione a comprendere meglio i servizi sanitari territoriali disponibili e incrementerebbero le possibilità di accesso per i cittadini lavoratori, una priorità pressante nelle società moderne. Infatti, al di là di essere essi stessi pazienti potenziali, i lavoratori sono spesso caregiver dei loro figli e dei parenti anziani. Quindi, allo stato attuale, i lavoratori sono anche la categoria sociale più penalizzata dall'erogazione parcellizzata dei servizi territoriali sanitari e sociali del SSN. Oltretutto, metaforicamente, il successo dei centri commerciali negli ultimi decenni rispetto ai singoli negozi sta a dimostrare come la distanza tra i siti su vaste aree non sia un

ostacolo poi così rilevante nemmeno nelle aree rurali per le popolazioni locali, diversamente da quanto sostenuto dai teorici della capillarità.

Concludendo, il nucleo della nostra proposta a favore di centri integrati sul territorio è sostanzialmente in linea con quella delle Case di Comunità previste nel PNRR per bacini di utenza di circa 30-50.000 abitanti. Tuttavia, le prime indicazioni relative a questi nuovi siti sono abbastanza scoraggianti. Mancano infatti chiare direttive sulla loro organizzazione di lavoro, al di là della prevista opposizione da parte delle principali associazioni di MF, con la prima proposta di frequentare questi siti solamente 2h. alla settimana come esempio assai sconcertante.

Il periodo post-pandemico rappresenta un'opportunità imprevista da non perdere per potenziare i servizi sanitari territoriali del SSN. Sforzandosi di combinare le parti per formare un insieme,⁸ il nodo cruciale è quello di passare dalla 'voce del verbo fare' al singolare (tipica italiana) a quella al plurale per erogare cure primarie nel SSN.

Una volta definitivamente abbandonato il mito di promuovere la concorrenza di mercato in sanità,⁹ un sistema sanitario pubblico resta sempre il più indicato per favorire un'assistenza integrata.^{6.6} La vera sfida del futuro SSN è quella di rendere i servizi sanitari territoriali realmente orientati al paziente, aggiungendo possibilmente la seconda "s" di sociale al fine di accorpate e razionalizzare tutti i tipi di servizi pubblici erogati.

BIBLIOGRAFIA

1. Garattini L, Zanetti M, Freemantle N, The Italian NHS: Lessons to draw from Covid 19? Appl Health Econ Health Policy 2020; 18:463-6.
2. Garattini L, Curto A, Freemantle N, Access to primary care in Italy: time for a shake up? Eur J Health Econ 2016;; 17: 113-6.
3. Governement of Italy . Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>; 2021 (ultimo accesso 13 Marzo 2023).
4. Badinella Martini M, D'Ascenzo F, Zaninelli A, Garattini L, Mannucci PM, The dark age of Italian of Italian general practice research –an Italian matter. Eur J Intern Med 2020;73:98-9.
5. Garattini L, Badinella Martini M, Zanetti M, The Italian NHS at regional level: same in theory, different in practice. Eur J Health Econ 2022; 23(1):1-5.
6. Garattini L, Badinella Martini M, Mannucci PM, Integrated care: easy in theory, harder in practice? Intern Emerg Med 2022;17(1):3-6.
7. Garattini L, Badinella Martini L, Mannucci PM, Improving primary care in Europe beyond COVID19: from telemedicine to organizational reforms. Intern Emerg Med 2021; 16(2):255-8.
8. Ghorob A, Bodenheimer T, Sharing the care to improve access to primary care. N Engl J M 2021;366:1955-7.
9. Garattini L, Padula A, Competition in health markets: is something rotten? J R Soc Med 2019;112:6-10.



"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".

UN MODELLO EUROPEO DI SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE: UNA RETE RAZIONALE DI STRUTTURE SANITARIE

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

Dopo avere disegnato un modello concettuale di Servizio Socio-Sanitario Nazionale (SSSN) pubblico per le nazioni europee¹ e formulato alcune regole del gioco necessarie per limitare le influenze negative sia della politica che della burocrazia,² in questo commento avanziamo una proposta per una rete ideale di strutture sanitarie su tutti i diversi livelli di assistenza, intenzionalmente progettata per migliorare sia l'accesso alla sanità della popolazione che l'attività degli operatori.

I servizi sanitari sono generalmente classificati in quattro livelli essenziali,³ in funzione di quando e per cosa i pazienti ne hanno necessità. L'assistenza primaria include i servizi di primo contatto in comunità, che dovrebbero garantire fin dall'inizio cure coordinate e complete per i pazienti bisognosi di servizi. In pratica, l'assistenza primaria dovrebbe includere una vasta gamma di servizi territoriali, quali la medicina generale, l'assistenza domiciliare e la chirurgia elementare. L'assistenza secondaria e terziaria includono i servizi specialistici per malattie più o meno diffuse, in pratica tutti i servizi forniti dagli ospedali in generale. Infine, l'assistenza di emergenza-urgenza include i servizi per bisogni imprevisti, che vanno dai servizi ospedalieri di pronto soccorso (PS) agli elicotteri e alle ambulanze per il trasporto di persone con gravi traumi.

Incominciando l'analisi dall'assistenza primaria, condividiamo pienamente l'opinione oramai diffusa che le strutture su ampia scala (ad esempio le Case di Comunità nel nostro SSN) siano la priorità più pressante al giorno d'oggi per fornire servizi adeguati sul territorio.⁴ Storicamente, i servizi territoriali sono stati penalizzati in tutti i paesi dell'Europa occidentale dal loro scarso impatto sulle economie locali rispetto ai presidi ospedalieri. Partendo dal principio che tutti i professionisti sanitari, medici di famiglia inclusi, debbano diventare dipendenti a tempo pieno del SSSN,¹ la collocazione nella stessa sede di un'ampia gamma di servizi sanitari e amministrativi nell'ambito dell'assistenza primaria dovrebbe offrire svariati vantaggi in questa epoca caratterizzata da una popolazione sempre più anziana e affetta da multi-morbilità, con crescente prevalenza di condizioni croniche che richiedono un approccio multidisciplinare.

Dal lato dell'offerta, un ampio staff di professionisti socio-sanitari (ad esempio medici, infermieri e psicologi) dovrebbe contribuire a estendere l'orario di accesso quotidiano ai servizi, rafforzare la gestione dei servizi fuori orario, favorire l'erogazione di assistenza domiciliare alle persone non in grado di muoversi autonomamente e, in ultima analisi, filtrare le patologie minori a tutto vantaggio dei servizi ospedalieri di PS. Uno staff amministrativo adeguato dovrebbe contribuire a migliorare la pianificazione e la supervisione di queste strutture, minimizzando la frammentazione e la sovrapposizione dei servizi sanitari e amministrativi erogati sul territorio e sfruttando maggiormente in prospettiva i continui progressi nella tecnologia avanzata dell'informazione. Potenzialmente, permettendo di sfruttare le sinergie fra diversi professionisti, l'ubicazione nella stessa sede dovrebbe facilitare la comunicazione fra i componenti dello staff, incentivare il lavoro di gruppo e possibilmente sviluppare le competenze tecnologiche più avanzate. Sforzandosi di combinare le parti per formare un unico insieme, il vantaggio complessivo dovrebbe essere costituito da uno spostamento da un approccio orientato all'io singolare al Noi plurale per migliorare il benessere dei professionisti e fornire un'assistenza primaria concretamente orientata al paziente.⁵

Dal lato della domanda, queste strutture di grandi dimensioni dovrebbero aiutare le persone a comprendere più facilmente la gamma dei servizi di comunità disponibili e

quindi a facilitarne l'accesso; un vantaggio soprattutto per i cittadini che lavorano. In effetti, l'accesso ai servizi territoriali è tuttora considerato troppo limitato in molti paesi dell'Europa occidentale, soprattutto in quelli meridionali dove i lavoratori sono spesso anche i principali badanti dei loro parenti anziani.⁶ Analogamente a quanto è accaduto per i centri commerciali negli ultimi decenni, oggi giorno la maggior parte delle persone è disponibile a spostarsi anche in aree scarsamente popolate pur di trovare una vasta gamma di negozi aperti nello stesso posto durante tutta la giornata, e non vi è ragione di pensare che la sanità di comunità debba essere un'eccezione una volta ben organizzata. Inoltre, arrecando benefici ai cittadini che lavorano, queste strutture territoriali dovrebbero essere altamente costo-efficaci sia dal punto di vista del SSSN che della società.

In pratica, queste organizzazioni dovrebbero programmare e erogare prestazioni ai pazienti ambulatoriali durante i giorni feriali per le specialità chirurgiche e mediche di base, così come l'assistenza domiciliare per i soggetti impossibilitati a muoversi (servizi sociali inclusi), ricorrendo anche alla telemedicina per i controlli ordinari. Inoltre, queste strutture dovrebbero erogare cure giornaliere urgenti per i casi di minore complessità (oltre a eventualmente stabilizzare i pazienti più gravi), soprattutto nelle aree rurali, così contribuendo a ridurre l'accesso inappropriato ai servizi ospedalieri di PS. Questa funzione dovrebbe contribuire a distribuire i servizi di urgenza fra i diversi livelli di assistenza, con il vantaggio di integrare cure primarie e secondarie come sta già accadendo nell'ambito del SSN spagnolo,⁴ diminuendo specularmente il bisogno di ricorrere a complessi sistemi *hub&spoke* fra piccoli e grandi ospedali come succede invece nel SSN italiano.

I livelli di assistenza secondaria e terziaria sono fondamentalmente erogati dagli ospedali in tutti i sistemi sanitari. Storicamente, gli ospedali sono le strutture sanitarie più facilmente riconoscibili da parte della popolazione.⁷ Questa caratteristica ha tradizionalmente generato a livello locale un'ampia resistenza politica contro la chiusura dei piccoli ospedali in molti paesi Europei, a dispetto della loro gamma limitata di competenze cliniche e apparecchiature tecnologiche, avendo spesso come migliori alleati in queste dispute i titolari di esercizi commerciali cresciuti attorno ai piccoli ospedali, grazie all'impatto rilevante di pazienti e visitatori sul loro volume

d'affari. Inoltre, una percezione diffusa e comprensibile nelle persone residenti in aree scarsamente popolate è che una maggiore distanza dai servizi per acuti erogati negli ospedali possa compromettere la tempestività del loro accesso alla sanità, soprattutto per quanto riguarda i servizi di PS. Essendo considerati i pilastri delle cure di urgenza da parte della gente, i servizi ospedalieri di PS generano quasi sempre un elevato livello di fiducia; al punto tale che il loro sovraffollamento, indotto dall'eccessivo impatto sull'attività dei PS dagli eventi di minore gravità che potrebbero essere alternativamente trattati nell'assistenza primaria, è diventato un problema oramai diffuso in molte nazioni dell'Europa occidentale.

Volendo progettare una rete ideale di ospedali che erogano servizi per acuti, dobbiamo innanzitutto stabilire ciò che per definizione deve fare parte di un presidio ospedaliero. Proprio partendo dall'assunto che tutti gli ospedali debbano trattare pazienti acuti, inclusi i casi urgenti, siamo dell'opinione che debbano essere imprescindibilmente dotati di un servizio di PS per erogare assistenza di emergenza-urgenza unitamente al primo livello di cure nelle strutture territoriali prima descritto. A grandi linee, gli ospedali potrebbero essere classificati in due categorie in base ai tipi di servizi e dipartimenti progettati attorno al PS. Gli ospedali locali dovrebbero includere solo servizi di base (PS, laboratorio di analisi, radiologia, sala operatoria) e un numero molto limitato di dipartimenti clinici (medicina interna, chirurgia generale, pediatria) orientati a fornire un'assistenza secondaria di base, impiegando solo medici e infermieri di specialità essenziali. Ad esempio, il dipartimento di medicina potrebbe includere almeno un cardiologo, un neurologo e un nefrologo al fine di completare le competenze cliniche necessarie per trattare pazienti affetti da multi-morbilità, senza doverli necessariamente ricoverare in ulteriori e costosi reparti specialistici. Una combinazione analoga di specialità essenziali potrebbe essere ipotizzata per il dipartimento di chirurgia, includendo in questo caso un ginecologo, un oftalmologo, un ortopedico e un otorinolaringoiatra. Questi specialisti chirurgici potrebbero effettuare le operazioni più semplici e meno costose (ad esempio cataratta, ernia inguinale, artroscopia al ginocchio, tonsillectomia) in day-hospital o anche in strutture territoriali, così permettendo ai pazienti di trascorrere il periodo post-operatorio a domicilio. Tutti i medici ospedalieri potrebbero settimanalmente ruotare nelle strutture di comunità in

modo tale da favorire un approccio sistemico e integrato. Sempre coerentemente con l'obiettivo organizzativo sopra indicato per l'assistenza territoriale, i servizi ambulatoriali non dovrebbero essere presenti negli ospedali locali, ma ubicati esclusivamente nelle strutture territoriali al fine di migliorare l'integrazione fra i vari livelli di assistenza. Inoltre, tutti i medici dei reparti potrebbero effettuare turni di lavoro anche nei servizi di PS, per definizione molto costosi dal momento che devono essere sempre e comunque presenti professionisti sanitari a prescindere dal fabbisogno giornaliero del bacino di utenza.

In aggiunta ai servizi e ai dipartimenti di base degli ospedali locali, gli ospedali più grandi dovrebbero includere un insieme di servizi e dipartimenti specialistici adatti a ricoverare pazienti bisognosi di assistenza secondaria e terziaria. L'insieme delle specialità mediche e chirurgiche presenti dovrebbe essere coerente con le tipologie di casi trattati e variare da un ospedale all'altro nelle aree limitrofe, al fine di fornire tutti i possibili servizi elettivi necessari in ampi bacini di utenza, con il duplice obiettivo di massimizzarne la qualità e minimizzare le sovrapposizioni. Dal momento che la gestione di un insieme di procedure/malattie di una certa complessità richiede sempre e comunque un livello elevato di specializzazione, i dipartimenti di ospedali limitrofi dovrebbero essere predisposti in modo tale da concentrarsi su specialità diverse e complementari (ad esempio chirurgia bariatrica o pancreatica per la chirurgia addominale, aritmologia o imaging cardiaco per la cardiologia, malattia polmonare complessa o pneumologia interventistica complessa per la pneumologia). Inoltre, sarebbe opportuno non pianificare ospedali specializzati in una sola disciplina (ad esempio cardiologia, oncologia), in quanto questo tipo di presidi difficilmente riesce a integrarsi in una catena ospedaliera per pazienti acuti, correndo il rischio a lungo andare di rimanere isolato.

Concludendo con l'obiettivo di completare il circolo virtuoso di servizi erogati dal nostro SSSN ideale, alle strutture fin qui ipotizzate ne andrebbero aggiunte altre due prevalentemente composte da infermieri. Le prime strutture dovrebbero essere dedicate ai pazienti dimessi dagli ospedali per acuti che necessitano di riabilitazione, le seconde alle cure palliative necessarie per i pazienti a fine vita (i c.d. hospices). Mentre le prime tipologie di strutture dovrebbero essere coordinate dagli ospedali locali per favorire la continuità assistenziale dei pazienti, le seconde dovrebbero essere controllate dalle strutture territoriali progettate per l'assistenza primaria, al fine di incentivarne l'integrazione con i servizi sociali e erogare assistenza domiciliare fino a quando possibile prima del periodo di fine vita.

BIBLIOGRAFIA

1. Garattini L, Finazzi B, Nobili A, Remuzzi G. Per un modello europeo di sistema sanitario: linee guida per l'assetto istituzionale. 2022 <https://www.marionegri.it/centro-studi-di-politica-e-programmazione-socio-sanitaria>. Ultimo accesso 16 febbraio 2023.
2. Garattini L, Finazzi B, Nobili A, Remuzzi G. Per un modello europeo di sanità: poche e chiare regole del gioco. 2023 <https://www.marionegri.it/centro-studi-di-politica-e-programmazione-socio-sanitaria>. Ultimo accesso 20 luglio 2023.
3. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen.Pract.* 2013;63(616):e742–50.
4. Smits M, Rutten M, Keizer E, Wensing M, Westert G, Giesen P. The Development and Performance of After-Hours Primary Care in the Netherlands: A Narrative Review. *Ann Intern Med.* 2017;166(10):737–42.
5. Ghorob A, Bodenheimer T. Sharing the care to improve access to primary care. *N Engl J Med.* 2012;366(21):1955–7.
6. Garattini L, Nobili A, Badinella Martini M, Mannucci PM. The role of general practitioners in the EU: time to draw lessons from a too wide range? *Intern Emerg Med.* 2023;18(2):343–6.
7. Garattini L, Curto A, Freemantle N. Access to primary care in Italy: time for a shake-up? *Eur J Health Econ.* 2016;17(2):113–6.



"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".

NHS E SSN: SEMPRE SERVIZI NAZIONALI E PUBBLICI?

Livio Garattini, Alessandro Nobili

In questi giorni si celebra il settantacinquesimo anniversario del NHS inglese (istituito il 3 luglio 1948) e anche sulle riviste scientifiche mondiali più accreditate (come BMJ¹ e Lancet^{2,3}) dai titoli dei commenti si possono cogliere molte similarità con quelli che quotidianamente leggiamo sulla nostra stampa locale riferiti al SSN. Il problema comune è che i servizi sanitari pubblici sono in estrema difficoltà, sia da noi che oltremarica, per cause relativamente simili a detta degli esperti, che vanno dal sottofinanziamento alla carenza di personale sanitario malpagato che tende a diminuire complessivamente nel tempo e, per finire non certo in ordine di importanza, a una privatizzazione sempre più incalzante che mina le basi stesse (universalità, uguaglianza e equità di accesso) su cui NHS e SSN sono stati costituiti.

Al di là del fatto che per motivazioni storiche il richiamo all'orgoglio nazionale del NHS è ancora più forte che da noi per il SSN nell'opinione pubblica, si possono comunque individuare a grandi linee due criticità in comune fra i due servizi, ancorché con pesi differenti.

Il primo elemento è costituito dalla frammentazione territoriale dei due servizi sanitari, peraltro molto più forte nel SSN con le 21 regioni (province autonome incluse) che nel NHS con le quattro c.d. nazioni (Galles, Inghilterra, Irlanda del Nord e Scozia), al punto tale che da noi fra esperti si parla spesso di 21 SSR(egionali) piuttosto che di un SSN(azionale). Al di là del fatto che in questo caso le motivazioni storiche sono molto più forti oltremarica, essendo legate all'indipendentismo locale (soprattutto in Scozia e Irlanda del Nord), è abbastanza evidente anche a livello aritmetico che da noi il problema è decisamente più grande. Come non bastasse il numero di regioni, doveroso anche

ricordare che da noi i fondi sanitari assegnati dal SSN rappresentano dappertutto più dell'80% del budget totale regionale, motivo per cui è facilmente immaginabile quanto i politici regionali eletti siano fortemente motivati a occuparsi di sanità per questioni elettorali.

Il secondo elemento è costituito dalla continua crescita del settore privato in ambito sanitario, sia per il finanziamento (con welfare aziendale, mutue, fondi assicurativi di vario tipo) che per l'erogazione di servizi (con case di cura e poliambulatori). Al di là dei soggetti privati storicamente esistenti in ambedue le realtà (studi dentistici e farmacie), peraltro in modo molto più marcato nel nostro Paese per motivazioni anche politiche, questa continua erosione dei servizi pubblici non deve comunque stupire, sia in sanità che in altri settori (vedi la scuola). Infatti è innegabile che viviamo oramai da decenni in società sempre più pervase dal mondo degli affari (e talvolta anche di mal affari), motivo per cui anche settori come quello sanitario non possono essere del tutto immuni nell'era moderna del business is business e del non è più possibile dare tutto a tutti.

Concludendo, è giunta l'ora di metter mano a delle riforme serie e sostanziali in ambedue i servizi sanitari pubblici, da noi più ancora necessarie che da loro, soprattutto a partire dal primo punto se si vuole che rimanga un servizio nazionale, per poi affrontare anche il secondo per rimarcare che è e deve rimanere pubblico.

BIBLIOGRAFIA

1. Dixon J, Alderwick H. The NHS at 75. BMJ 2023;381:458. doi: 10.1136/bmj.p1458.
<https://www.bmj.com/content/381/bmj.p1458>
2. The Lancet. The NHS at 75: a partnership in need of restoration. Lancet. 2023 Jul 1;402(10395):1.
doi: 10.1016/S0140-6736(23)01357-0.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01357-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01357-0/fulltext) ;
3. Marsh H. The NHS at 75—unhappy birthday? The Lancet, 2023, ISSN 0140-6736.
DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01382-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01382-X).
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01382-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01382-X/fulltext)



"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".

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".

PER UN MODELLO DI SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE EUROPEO: LA S DI SOCIALE

Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

Dopo avere ipotizzato una filosofia razionale per la gestione di una rete ideale di servizi sanitari nell'ambito di un nuovo modello di Servizio Socio-Sanitario Nazionale (SSSN),¹ l'ultimo passo per completare la nostra breve serie di note metodologiche sulla sua organizzazione è quello di fornire suggerimenti sui servizi sociali che dovrebbero essere disponibili per prendersi cura del numero crescente di anziani affetti da multi morbidità e fragilità. Trattasi al momento attuale della sfida principale per tutti i sistemi sanitari Europei, a prescindere dalle differenze nelle caratteristiche istituzionali dei sistemi sanitari dei singoli paesi. Infatti, una maggiore longevità conduce a una più elevata diffusione delle condizioni correlate all'invecchiamento come malattie croniche, comorbidità e sindromi geriatriche, che costituiscono una sfida assai rilevante per i sistemi sanitari e sociali. Le patologie croniche in Europa sono responsabili dell'86% di tutti i decessi, con un costo annuale pari a circa 700 miliardi di euro.² A causa dell'accresciuta diffusione di condizioni croniche correlate all'età, multimorbidità e politerapie sono diventate condizioni assai diffuse nell'ambito della popolazione anziana e sono oramai responsabili di oltre il 60% del consumo di risorse e prestazioni sanitarie.³ Tutte queste condizioni risultano fattori di rischio per la fragilità, una sindrome caratterizzata da una riduzione delle riserve fisiologiche e dalla perdita di resistenza ai fattori di stress causata dai deficit legati all'invecchiamento. Essendo associata a molti

eventi sanitari negativi quali cadute, ospedalizzazioni, disabilità, difficoltà cognitive, bassa qualità della vita e morte, la fragilità rappresenta un grande problema di salute pubblica a causa delle conseguenze cliniche, sociali, relazionali e della loro natura progressiva, che non colpiscono solamente gli individui, ma anche le loro famiglie e in ultima analisi la società nel suo complesso. Al fine di ridurre il carico sanitario indotto dalle malattie croniche e dalle fragilità, sono necessari modelli di assistenza che integrino in modo concreto anche i servizi sociali. In base alle linee guida dell'OMS, l'assistenza integrata dei servizi sanitari e sociali a livello territoriale per le persone più anziane può prevenire, rallentare, o addirittura invertire il declino della maggior parte della popolazione più vulnerabile, caratterizzata da ridotte capacità fisiche e mentali.⁴ Appare quindi necessario passare dal modello tradizionale di cura della malattia, incentrato sulla singola patologia e caratterizzato da un approccio prevalentemente biomedico ai problemi sanitari, al modello di cura della cronicità, che prevede una presa in carico globale e multidisciplinare del paziente anziano e dei suoi bisogni di cura e assistenza, promuovendo la cooperazione e l'integrazione fra assistenza sociale e sanitaria.

Partendo dal lato della domanda, vale la pena ancora sottolineare che l'invecchiamento delle popolazioni comporta un numero crescente di disturbi cronici e comorbilità che necessitano della collaborazione fra erogatori di servizi sociali e sanitari, con l'obiettivo di prestare cure nel modo più efficace ed efficiente possibile.⁵ Al giorno d'oggi i c.d. "giovani anziani" (65-80 anni) forniscono oramai un'ampia porzione di cure non solo ai loro nipoti, ma anche ai loro genitori ("grandi anziani", età > 80 anni) in molti paesi Europei. In particolare, dovrebbero essere attentamente considerate le disuguaglianze socio-economiche fra i cittadini, dal momento che le persone a basso reddito e con scarso livello d'istruzione, che hanno iniziato a lavorare in giovane età, vanno incontro a un'aspettativa e qualità di vita inferiori rispetto ai soggetti a alto reddito e con livelli superiori di istruzione; inoltre, in ultima analisi, presentano anche uno stato di salute peggiore. Tali differenze fra strati sociali della popolazione portano addirittura a ipotizzare che la differenziazione dell'età di pensionamento fra i diversi gruppi socio-economici possa divenire una scelta quasi obbligata nel lungo periodo.⁵ Inoltre, la

popolazione in crescita di anziani affetti da disturbi mentali cronici quali demenza, ansia e depressione, prevalentemente sofferti in tarda età e associati a minore qualità della vita, richiede più cure e maggiore supervisione rispetto a quella delle persone anziane affette da altre patologie organiche di lungo termine.⁶ Essendo la prima tipologia di persone assai frequentemente restia ad accettare spontaneamente il supporto esterno anche da parte di amici e parenti, ricevere affetto rappresenta un'ulteriore sfida per questi potenziali utenti di servizi socio-sanitari, che necessitano di un volume vieppiù crescente di cure informali.⁷ In pratica, lo sviluppo di un senso di appartenenza a una rete sociale e relazionale dovrebbe incoraggiarli ad assumere comportamenti orientati a cercare aiuto dall'esterno.⁶

Passando al lato dell'offerta, l'assistenza sociale per persone anziane con rilevanti bisogni sanitari è principalmente erogata tramite assistenza domiciliare e servizi diurni di cura (c.d. centri diurni), oppure collocandole in strutture residenziali (c.d. case di riposo). Oggigiorno l'assistenza domiciliare e quella diurna richiedono una vasta gamma di servizi da rendere pienamente disponibili a livello territoriale, con una forte componente socio-assistenziale. In buona sostanza, l'assistenza sociale include la fornitura di servizi pratici alla persona per soddisfare i bisogni primari delle persone anziane (cibo, igiene personale, indumenti, ecc.). In aggiunta, gli adulti più anziani che vivono da soli hanno bisogno di avvertire la sensazione di appartenere a una comunità per ridurre il proprio senso di solitudine, attraverso attività sociali svolte a domicilio o in comunità nei centri diurni. Il coinvolgimento in attività sociali, quali momenti di svago (film, commedie, concerti, ecc.), ma anche di vita quotidiana associata a relazioni interpersonali a sfondo culturale (ad es. conferenze e club), dovrebbe contribuire a non far sentire soli i soggetti più anziani e isolati, migliorandone la qualità della vita e ritardandone il decadimento cognitivo. Dal momento che esistono solide evidenze sulla resistenza alle cure manifestata dai pazienti fragili,⁸ indotta dalla paura di perdere la propria indipendenza, gli operatori sociali devono essere pienamente consapevoli del fatto che accettare le cure sociali rappresenta un evento di grande rilievo nella vita delle persone più anziane e che la presenza di disturbi mentali e cognitivi amplifica ulteriormente ciò che già di per sé per loro costituisce una sfida impegnativa.⁹ Di

conseguenza, i familiari delle persone più anziane devono essere il più possibile coinvolti nel prendere decisioni personalizzate in materia di assistenza sociale per i propri cari e i loro suggerimenti dovrebbero essere sempre attentamente valutati.¹⁰ A livello ideale, un'assistenza sociale centrata sulla persona implica che gli utenti stessi si sentano parte attiva e decisori (piuttosto che meri e passivi esecutori) delle strategie messe in atto per opporsi alla narrativa del decadimento fisico.⁸ Anche le c.d. bugie terapeutiche potrebbero essere positivamente sfruttate da parte degli operatori sociali per limitare il più possibile i mali più facilmente evitabili, specialmente nel caso dei soggetti che soffrono di demenza. In ultima analisi, va sottolineato che dovrebbe essere esclusa a priori nell'ambito dell'assistenza sociale un'unica e esclusiva modalità di approccio valida per qualsiasi soggetto anziano; inoltre, sarebbe quanto mai auspicabile rendere obbligatorio un percorso formativo mirato per tutti gli operatori sociali, che offra loro anche una guida sotto il profilo etico (deliberato utilizzo di falsità a fin di bene incluse).⁸

Sebbene le caratteristiche delle strutture residenziali varino notevolmente fra i paesi Europei, tuttavia esse possono essere a grandi linee classificate in due gruppi: case di riposo con o senza infermieri dipendenti a tempo pieno. Sebbene tutte le case di riposo offrano in qualche misura sia servizi sociali che sanitari (cibo, alloggio e somministrazione di medicine), il loro staff è comunque prevalentemente composto da operatori socio-assistenziali.¹¹ Mentre i residenti delle case di riposo prive di infermieri dipendenti dovrebbero essere malati meno gravemente in linea di massima, d'altro canto ci si aspetta che in quelle dotate di infermieri a tempo pieno siano meglio controllati gli eventuali accessi ai pronto soccorso e le ospedalizzazioni dei residenti.¹² Tradizionalmente le case di riposo rappresentano un'opzione considerata più praticabile nelle nazioni europee nord-occidentali, mentre vengono valutate come un'opzione sostanzialmente residuale nei paesi del Sud-Est Europa, limitata agli adulti più anziani (e sfortunati) privi di familiari disponibili a fornire cure informali ai propri cari.¹³ In generale, le cure palliative e sociali sembrano essere i principali punti di debolezza delle case di riposo in quasi tutte le nazioni europee.¹⁴

Riassumendo, condividiamo pienamente l'opinione che l'assistenza domiciliare e diurna territoriale dovrebbe essere privilegiata rispetto a quella residenziale nelle case di

riposo,⁵ al fine di dare la possibilità alle persone più anziane di rimanere nelle proprie abitazioni e nel proprio contesto sociale il più a lungo possibile, fornendo un supporto anche ai parenti prossimi, ma senza mettere a repentaglio la salute e/o lo status economico di questi ultimi. Sebbene ad oggi assente formalmente in qualsiasi genere di normativa UE, questa è la strategia prevalente adottata nei paesi più avanzati dell'Europa Occidentale, dove ci si aspetta che siano solamente gli adulti più anziani e fragili che vivono da soli a risiedere per il minor tempo possibile in una casa di riposo prima di morire.⁷ Tuttavia, al fine di permettere alle persone più anziane di invecchiare nelle proprie abitazioni evitando loro una diversa collocazione residenziale di lungo termine, è necessario disporre di operatori con competenze multidisciplinari per erogare cure domiciliari e diurne complete e ben organizzate, in modo tale da poter aumentare la possibilità che i soggetti più anziani trascorrono gli anni di vita restanti in buona salute. Indubbiamente, la necessità di cure sociali e sanitarie integrate in comunità è diventata sempre più una priorità per garantire la continuità e la qualità delle cure in questa era caratterizzata da oneri crescenti per le patologie croniche di lungo termine associate a livelli elevati di disabilità (disordini mentali inclusi). Pertanto, con l'obiettivo di superare qualsiasi tipo di barriera strutturale, legale e finanziaria che ostacoli il coordinamento dei servizi per le persone che necessitano di forme molteplici di assistenza, tutti i servizi sanitari e sociali dovrebbero essere ubicati nelle stesse sedi lavorative a livello territoriale, al posto di aumentarne separatamente il numero, col fine ultimo di favorire l'integrazione sociale dei casi più isolati e gravi.¹⁵ Una via potenzialmente efficace da esplorare potrebbe essere anche quella di sfruttare maggiormente le opportunità offerte dalla telemedicina, a patto però di non penalizzare le persone più anziane dotate di scarsa o nulla conoscenza di internet. Inoltre, la rotazione lavorativa degli operatori socio-assistenziali fra servizi territoriali e case di riposo dovrebbe essere il più possibile incoraggiata al fine di favorire ulteriormente l'integrazione e allo stesso tempo limitare gli aspetti negativi della professione quali sconforto e burnout, soprattutto per la forza lavoro che opera esclusivamente nelle case di riposo. Infine, va ricordato che le cure domiciliari e diurne sono logicamente assai meno costose rispetto alle strutture residenziali a lungo termine,⁵ a maggior ragione rispetto a quelle dotate di personale infermieristico dipendente, che sono comunque le

strutture più indicate per ospitare le persone più anziane e dovrebbero essere privilegiate nel nostro modello di SSSN (a prescindere dai loro costi più elevati rispetto all'altra tipologia di case di riposo) come opzione complementare alle cure in comunità. In ultima analisi, investire in assistenza territoriale dovrebbe aumentare l'efficienza complessiva dei sistemi Europei di welfare, oltre a consentire di gestire in modo migliore i bisogni delle popolazioni che invecchiano a prescindere dagli inevitabili incrementi di spesa pubblica indotti dall'invecchiamento stesso.

Concludendo siamo fermamente convinti che un modello di SSSN Europeo debba ispirarsi a una completa integrazione fra servizi sanitari e socio-assistenziali, nei limiti del possibile tutti ubicati nelle stesse strutture a livello territoriale. Piuttosto che costringere i soggetti più anziani e i loro familiari a spostarsi da una struttura all'altra, le cure sanitarie e (psico)sociali dovrebbero essere disegnate attorno agli individui, in una più ampia prospettiva sociale caratterizzata da una maggior attenzione alle fasi finali della vita e supportata al meglio da operatori socio-assistenziali con formazione multidisciplinare. A lungo andare, questo approccio olistico dovrebbe condurre a una competenza collettiva di gran lunga superiore alla semplice somma delle parti dei vari servizi erogati.

BIBLIOGRAFIA

1. Garattini L, Badinella Martini M, De Compadri P, Nobili A. Per un modello europeo di servizio socio-sanitario nazionale: una filosofia razionale da diffondere nelle organizzazioni sanitarie. 9/2023. <https://www.marionegri.it/centro-studi-di-politica-e-programmazione-socio-sanitaria>. Ultimo accesso 15 Dicembre 2023.
2. Eurostat. Ageing Europe—Looking at the Lives of Older People in EU; European Commission: Luxembourg, 2019.
3. AIFA. L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia. Rapporto 2019. <https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-nella-popolazione-anziana-in-italia-2019>. Ultimo accesso 18 Dicembre 2023.
4. WHO, Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Ultimo accesso 15 Dicembre 2023.
5. Rechel B, Grundy E, Robine JM, et al. Ageing in the European Union. *Lancet*. 2013;381(9874):1312-22.
6. Bretherton SJ. The Influence of Social Support, Help-Seeking Attitudes and Help-Seeking Intentions on Older Australians' use of Mental Health Services for Depression and Anxiety Symptoms. *Int J Aging Hum Dev*. 2022;95(3):308-25.
7. Sørbye LW, Sverdrup S, Pay BB. Should frail older adults be in long-term care facilities? *J Multidiscip Healthc*. 2018;11:99-107.
8. Wilberforce M, Newbould L, Tucker S, Mitchell W, Niman D. Maximising the engagement of older people with mental health needs and dementia with social care. *Health Soc Care Community*. 2022;30(6):e6467-e6474.
9. Newbould L, Tucker S, Wilberforce M. Enabling older people with mental health needs to engage with community social care: A scoping review to inform a theory of change. *Health Soc Care Community*. 2022;30(4):1286-306.
10. Craig TJ. Social care: an essential aspect of mental health rehabilitation services. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28(1):4-8.
11. Penneau A. Do mobile hospital teams in residential aged care facilities increase health care efficiency: an evaluation of French residential care policy. *Eur J Health Econ*. 2023;24(6):923-37.
12. Lloyd T, Conti S, Santos F, Steventon A. Effect on secondary care of providing enhanced support to residential and nursing home residents: a subgroup analysis of a retrospective matched cohort study. *BMJ Qual Saf*. 2019;28(7):534-6.
13. Stolz E, Mayerl H, Rásky É, Freidl W. Individual and country-level determinants of nursing home admission in the last year of life in Europe. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213787.
14. Honinx E, Van den Block L, Piers R, et al.; PACE. Large differences in the organization of palliative care in nursing homes in six European countries: findings from the PACE cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):131.
15. Grard A, Nicaise P, Smith P, Lorant V. Use of generic social services and social integration of patients with a severe mental illness in Belgium: Individual and services network determinants. *Int J Soc Psychiatry*. 2022;68(5):1090-9.



"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".