

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".