

Una sanità a misura del cittadino ma anche di chi ci lavora

17.11.2021

a cura di
Franco Vimercati e Federico Guella

Come ormai noto, nell'estate del 2021 l'esecutivo ha approvato il **PNRR** (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), un pacchetto di riforme ed investimenti pensato per rilanciare l'economia del paese all'indomani dell'emergenza sanitaria da COVID-19. Tra i punti cardine del PNRR troviamo una radicale **riforma del sistema sanitario regionale e nazionale**, sulle cui modalità di attuazione bisogna interrogarsi.

Prima di tutto, la riforma di un qualsiasi sistema, non solo quello sanitario, richiede una conoscenza profonda dell'ambito che sarà oggetto di questa trasformazione, nonché una visione chiara degli obiettivi da raggiungere.

Per questo motivo dovremmo chiederci: esiste una **mappatura** precisa di tutte le **risorse disponibili** - tecnologiche, umane, organizzative - nel mondo sanitario, possibilmente a livello regionale? La risposta, purtroppo, è negativa, e non si intravedono all'orizzonte sufficienti sforzi al riguardo.

Per meglio chiarire quanto la conoscenza preliminare del settore sia indispensabile si può prendere ad esempio il rinnovo del parco delle apparecchiature sanitarie, un obiettivo del PNRR per il quale verranno stanziati circa **4 miliardi di euro**.

Un investimento del genere non può prescindere da una mappatura capillare delle macchine attualmente distribuite sul

Una sanità a misura del cittadino ma anche di chi ci lavora

territorio e del relativo grado di usura; tuttavia, andando ad indagare in tal senso, ci si è resi conto che le informazioni necessarie sono incomplete. È possibile avere un'idea del numero di macchinari installati rivolgendosi alle industrie fornitrici, ma qualsiasi altro dettaglio - anno di installazione, collocazione precisa, stato - non è disponibile.

Un problema strettamente connesso alla **dispersione territoriale** di cui sopra è il mancato allineamento tra le reali esigenze dell'utenza e le logiche che guidano l'acquisto e l'installazione di tali macchinari, azioni che dovrebbero rispondere a criteri precisi, quali ad esempio la densità abitativa dell'area, l'età media dell'utenza e quant'altro. Più spesso, invece, in queste scelte intervengono meccanismi legati ai "centri di potere" politici. I limiti di un'organizzazione delle risorse sanitarie così dispersiva sono emersi con forza proprio durante la **pandemia**. Un esempio lo troviamo nelle **prestazioni in telemedicina**, diventate una necessità negli ultimi anni: pur essendo state già istituite dal 2015, di fatto non erano mai state utilizzate perché non adeguatamente tariffate.

Anche quando la situazione è stata in parte risolta ci si è trovati di fronte a delle incongruenze: spesso le **tariffe** delle prestazioni eseguite in telemedicina sono equiparate a quelle in presenza, o sono regolate da una contrattualistica che un giorno potrebbe dover essere modificata.

Le informazioni lacunose non sono l'unico ostacolo da risolvere per scongiurare lo spreco di risorse stanziato dal PNRR.

Una sanità a misura del cittadino ma anche di chi ci lavora

Un ruolo importantissimo sarà giocato dalla **formazione**, che richiederà una modifica nei comportamenti – sia per i medici che per i cittadini – e quindi la necessità di adeguarsi a procedure e aspettative diverse.

Per fare un esempio, il piano contempla una voce di bilancio che prevede lo stanziamento di **280 milioni di euro** per apparecchiature da destinare specificamente alla medicina territoriale, tra cui gli studi dei medici di medicina generale.

È certamente vero che dotare i **medici di base** di apparecchiature prima non disponibili se non nel contesto ospedaliero (macchinari per ecografie, spirometrie etc) potrebbe ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle cure da parte del paziente e anche **decongestionare i pronto soccorso**, ma una simile scelta implica anche la formazione del medico di medicina generale, che dovrà imparare non solo ad utilizzare il macchinario, ma anche a distinguere i casi effettivamente critici, da indirizzare all'ospedale più vicino, da quelli nella norma.

Fatte queste doverose premesse, quali sono gli obiettivi della riforma sanitaria? Aumentare il **numero di prestazioni** eseguite, elevarne la **qualità** e **ottimizzarne la spesa**, prima di tutto. Questi obiettivi andranno armonizzati con un altro punto del PNRR che riguarda la quantità e gli scopi delle strutture sanitarie presenti sul territorio, ora divise in **ATS** (Aziende per la Tutela della Salute) e **ASST** (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali) ma presumibilmente da integrare con numerose altre **sotto-strutture** – ad esempio le case della **comunità** o le **organizzazioni dei pazienti** – i cui compiti non sono stati definiti.

Una sanità a misura del cittadino ma anche di chi ci lavora

Resta quindi difficile capire come verranno distribuite le responsabilità in un contesto di “**moltiplicazione**” delle strutture e come tutte le parti coinvolte potranno interagire.

Una modifica del genere richiederà prima di tutto un'**infrastruttura informatica solida e condivisa**, possibilmente a livello nazionale; infrastruttura che oggi è relegata all'ambito regionale e spesso risulta non aggiornata. Questo scenario è diventato particolarmente critico in Lombardia, dove risiedono molte persone straniere o provenienti da altre regioni i cui database informatici non sono condivisi.

In concreto, quali sono le opportunità e i rischi derivanti dalla prossima riforma? Dal punto di vista delle opportunità è lecito attendersi un miglioramento delle prestazioni erogate a livello territoriale che impatti positivamente anche sugli ospedali, riducendo gli accessi impropri, e il diffondersi di nuove figure sanitarie in grado di fare da raccordo tra quelle già esistenti e i cittadini.

Dal punto di vista dei rischi, invece, si teme che in assenza di analisi preliminari dettagliate i fondi del PNRR vadano sprecati o che addirittura finiscano per incrementare la burocrazia anziché snellirla, contribuendo a rafforzare i centri di potere già citati.

Per scongiurare questo pericolo è necessario guardare al problema anche dal **punto di vista del cittadino**, oltre che del sanitario. Per il paziente sarebbe auspicabile una **rivoluzione** del sistema sanitario che porti a strutture **facili da raggiungere** – non solo in auto! – e nelle quali risulti semplice orientarsi anche quando si è offuscati dalla preoccupazione.

Una sanità a misura del cittadino ma anche di chi ci lavora

Le liste d'attesa dovrebbero essere ridotte al minimo e l'intera esperienza andrebbe modulata sulle esigenze del paziente e sul suo bisogno di interazione col medico. Pensiamo ad esempio a quanto potrebbe cambiare la percezione dell'utente se il medico lo guardasse direttamente durante l'anamnesi, anziché scrivere al computer. Basterebbe utilizzare i sistemi di registrazione, anziché spingere i medici ad annotare tutto, per produrre un effetto diverso sull'interazione medico/paziente e migliorare la comunicazione.

Infine, sarebbe indispensabile pensare ad un servizio che travalichi i confini ospedalieri e segua il paziente **nell'ambito domestico**, dove dovrebbe avere la possibilità di seguire le cure senza trovarsi "abbandonato a sé stesso", se necessario integrando l'accesso all'assistenza infermieristica.

Anche il dover eseguire una semplice iniezione, infatti, può diventare un problema per il paziente e costringerlo a rivolgersi ad un servizio privato a pagamento. Al costo di 25 euro a iniezione, un trattamento di 10 iniezioni comporta una spesa di 250 euro, che non è sostenibile per tutti.

Per concludere, quali sono le aspettative dei professionisti sulla riforma?

La speranza è che, a prescindere da tutte le criticità elencate, il piano possa portare ad una migliore gestione dei turni di lavoro, alla prevenzione dei rischi professionali ma soprattutto ad avere operatori sanitari che siano costantemente valorizzati e motivati a costruire un rapporto saldo con la propria struttura di riferimento e con il proprio team.