

Risposte mirate ai nuovi bisogni: quale ruolo per gli infermieri nelle riforme del SSN?

Federico Spandonaro
CEIS - Sanità Facoltà di Economia
Università di Roma - Tor Vergata

Premessa

Il sistema sanitario italiano si è profondamente modificato negli ultimi 15 anni: le riforme degli anni '90, l'avvento del federalismo fiscale e istituzionale, l'introduzione dei LEA hanno cambiato il SSN, incidendo profondamente sulla "cultura" del servizio sanitario.

Alcune delle aspirazioni che il legislatore nutrivà ad inizio anni '90 sono andate deluse e in particolare le aspettative di razionalizzazione sono ancora incompiute, ma è difficile negare che il comportamento e il sentire degli operatori del SSN non si sia rinnovato: oggi, a differenza di venti anni fa, temi come quelli della efficienza, della appropriatezza, della managerialità, sono patrimonio anche delle professioni sanitarie.

L'energia rinnovatrice che ha attraversato la Sanità (il Servizio Sanitario Pubblico in primis) è testimoniata dal ruolo di incubazione che il settore ha assunto in questi ultimi anni, sperimentando al suo interno nuovi approcci che sono poi stati estesi ad altri settori del vivere sociale: in primo luogo il federalismo.

Non si può però tacere che la macchina ha dimostrato di avere una fortissima inerzia, resa immane dalla stratificazione di abitudini, privilegi e poteri, che rendono complesso il sistema e difficile il cambiamento: la profusione di un enorme sforzo (non ancora terminato) si è quindi resa necessaria per mettere in discussione lo status quo.

In questa congerie di interventi, alcuni capisaldi del vecchio SSN resistono strenuamen-

te: certamente perché derivano da poteri acquisiti, ma anche perché favoriti dalla cronica incapacità del settore pubblico italiano di programmare a medio-lungo termine.

Tra gli aspetti meno affrontati della riforma degli anni '90 c'è quello della programmazione del rapporto fra modifica dei bisogni sanitari, offerta assistenziale e dotazione di personale.

Nel seguito si argomenterà che nel medio-lungo periodo, senza una adeguata ridefinizione dei processi formativi e di incentivazione, alcuni dei risultati ottenuti in oltre un decennio di sforzi di razionalizzazione risulteranno effimeri.

Gli obiettivi e l'evoluzione delle riforme del SSN

Volendo individuare le principali linee di riforma del SSN dal D. Lgs. n. 502 del 1992 ad oggi, è facile sostenere che un ruolo predominante lo hanno sicuramente i tentativi di perseguire una razionalizzazione del sistema, mediante l'introduzione di logiche manageriali nella gestione delle aziende sanitarie pubbliche e la creazione di meccanismi di competizione fra erogatori di assistenza sanitaria. Nelle norme non mancano spazi per altri obiettivi: a titolo di esempio citiamo come la qualità dei servizi sia al centro di numerose previsioni normative, quali quelle sugli indicatori per il monitoraggio, sull'accreditamento, sulla Educazione Continua in Medicina. Ben presto si è però reso evidente come la ra-

zionalizzazione del sistema evolvesse molto più lentamente del previsto, creando problemi finanziari alle Regioni, che nel frattempo sono state progressivamente responsabilizzate su questo versante.

Che gli altri obiettivi siano caduti in secondo piano è evidente: sul versante della qualità, ad esempio, gran parte delle norme attuative non sono mai state emanate a livello nazionale, e solo alcune Regioni hanno colmato il vuoto legiferando autonomamente; in altri casi le norme sono state svuotate di significato, come nel caso dei sistemi di monitoraggio attraverso indicatori, che è reso inefficace dalle carenze del sistema informativo sanitario.

A fine decennio, il D. Lgs. n. 229 del 1999 ha "preso atto della finanziarizzazione" del problema, sostituendo ai meccanismi puramente competitivi strumenti di mero controllo finanziario, sintetizzati dall'istituto degli accordi contrattuali.

Ricordiamo che tali accordi si concretizzano per lo più in tetti ai volumi di prestazioni rese, quand'anche in tetti (a priori o anche a posteriori mediante regressione finanziaria) al finanziamento percepibile.

Tale approccio si è reso necessario in carenza di uno sviluppo economico che sostenesse la crescita tendenziale della spesa sanitaria, ma anche del definitivo passaggio in capo alle Regioni della responsabilità sul controllo della spesa, avvenuto a cavallo degli anni 2000 (federalismo fiscale) e 2001 (federalismo istituzionale).

La preoccupazione delle Regioni relativamente al controllo della spesa è altresì evidente nell'uso che spesso viene fatto dei LEA, quale fattore discriminante per valutare la congruità dell'assegnazione finanziaria centrale per la Sanità. Infine, anche il tema dell'appropriatezza sembra poter essere ricondotto ad una matrice comune di preoccupazione per l'apparente inarrestabilità della spesa sanitaria.

L'importanza della modificazione dell'offerta

La finanziaria di quest'anno sembra segnare un punto di svolta nel processo sopra brevemente descritto.

Il notevole incremento delle risorse centrali per la Sanità per il 2005, sebbene considerato insufficiente dalle Regioni, sembra dare ragione a coloro che considerano i disavanzi sanitari un effetto della sottostima dei finanziamenti.

Senza poter approfondire il tema in questa sede, osserviamo che la "finanziarizzazione" deriva certamente, come anticipato, da un insieme di fattori: la scarsa crescita economica in primo luogo, ma anche il fallimento del modello di "mercato" delineato ad inizio anni '90. Dobbiamo però osservare che le ragioni di cui sopra sono incapaci di spiegare come mai il disavanzo (e quindi la pressione finanziaria) si concentri in alcune Regioni, mentre altre sono ormai in una situazione di sostanziale equilibrio.

Una prima spiegazione possibile è che i disavanzi, in particolar modo quelli del Meridione, sono l'effetto di una errata "formula" di riparto delle risorse fra le Regioni. Pur non potendosi negare, per mancanza di informazioni attendibili, che questo sia vero, è altresì evidente che le situazioni di equilibrio finanziario si accompagnano generalmente a un processo di razionalizzazione dell'offerta sanitaria.

Il sostanziale abbandono delle logiche di mercato comporta, ai fini di una razionalizzazione del sistema, un ritorno delle responsabilità in capo al processo di programmazione regionale.

In altri termini, se non è il "mercato" lo strumento deputato a far chiudere le strutture inefficienti e a promuovere quelle necessarie, tale meccanismo dovrà essere sostituito dalla determinazione regionale: la differenza sostanziale è che il primo meccanismo agisce in modo tendenzialmente "automatico", mentre il secondo richiede una chiara volontà politica, la cui mancanza contribuisce a spiegare il ritardo di alcune Regioni.

Senza una razionalizzazione dell'offerta è impossibile tradurre in risparmi gli sforzi fatti.

Peraltro la razionalizzazione dell'offerta è oggi ritardata dalla crisi finanziaria che, ormai da alcuni anni, ha prosciugato le risorse per gli investimenti; peraltro, i ritardi nella razionalizzazione dell'offerta alimentano un classico

esempio di spirale perversa: contribuiscono infatti alla mancata traduzione degli sforzi di efficienza in risparmi finanziari, innescando il meccanismo dei tetti regionali al finanziamento, che a loro volta deprimono gli investimenti e quindi la riqualificazione dell'offerta.

In questa ottica il fallimento del meccanismo di pagamento a prestazioni rese degli ospedali (secondo la classificazione DRG) rispetto all'obiettivo del contenimento dei costi trova varie spiegazioni; certamente poggia sulla mancanza di sanzione economica (la fuoriuscita dal mercato) per le strutture meno efficienti, a sua volta derivante dalla commistione istituzionale fra strutture finanziatrici e strutture erogatrici di prestazioni; trova, inoltre, una spiegazione aggiuntiva nella frequente insufficienza di alternative di offerta al ricovero per acuzie.

Se ci rifacciamo alla esperienza USA, l'introduzione dei DRG ha spostato i ricoveri dagli ospedali per acuti verso le nursing facilities: questo processo in Italia trova un limite invalicabile nella carenza di strutture alternative all'ospedale.

Il ruolo del personale

Se quanto precede è accettabile, si deve riflettere sulle ragioni per cui una riqualificazione dell'offerta, seppure condizione necessaria per la razionalizzazione del sistema, risulta in Italia un obiettivo così difficilmente perseguibile.

Certamente contribuisce la, già citata, carenza di fondi per gli investimenti, ma non possono essere trascurati anche i ritardi di programmazione.

Ciò che sinora sembra non sufficientemente emerso nel dibattito è che la riqualificazione dell'offerta è impossibile senza una contemporanea riqualificazione del personale. Osserviamo, per inciso, che nel pur ricco vocabolario delle forme assistenziali adottato in Italia, nessun termine traduce letteralmente nursing facilities. Potremmo interpretare questa anomalia come la prova che nel nostro sistema non è mai stata messa in discussione la visione medico-centrica dell'assistenza; l'alternativa all'ospedale è di fatto la residenza sa-

nitaria, la cui gestione è pur sempre affidata in ultima istanza al medico.

Anzi la riforma ha accentuato la centralità del medico, affidando a questa professione anche la gestione economico-manageriale dell'assistenza.

Potremmo facilmente attribuire ad aspetti di mero mantenimento del potere questa istanza, e possiamo anche trovarne parziale giustificazione nel persistere da una parte di un eccesso di offerta medica e dall'altra di una carenza di quella infermieristica. Con un ragionamento "alto" possiamo, però, osservare che è proprio del nostro sistema culturale in Sanità sovrapporre la continuità assistenziale con quella clinica, identificando entrambe con la figura del medico.

Conclusioni

L'esperienza che deriva dalle riforme del SSN degli anni '90 conferma che le modificazioni culturali sono alla base dei rinnovamenti istituzionali e gestionali.

Questo dovrebbe dimostrare, se mai ce ne fosse bisogno, che al centro dei cambiamenti ci sono le persone che nel sistema operano. Malgrado ciò le riforme hanno invece privilegiato gli aspetti di assetto istituzionale, trascurando le politiche tese a ottenere la condivisione degli operatori sui cambiamenti in atto. L'attenzione posta alle politiche del personale sembra orientata all'acquisizione di "crediti" di breve periodo, e non a caso si concentrano nell'area medica, che è stata messa al centro del sistema di gestione manageriale delle aziende sanitarie; è mancata una visione di medio-lungo periodo e la consapevolezza che solo con dotazioni di personale diverse, non tanto da un punto di vista numerico quanto dal punto di vista delle responsabilità assunte all'interno del SSN, si potranno realizzare le condizioni per razionalizzare il sistema di offerta, primo passo necessario per ottenere anche un risparmio in termini economici.

In questo ambito una maggiore attenzione alla questione infermieristica e agli incentivi per i giovani ad intraprendere questa professione sono fondamentali, e vanno intesi come un investimento necessario per cambiare efficacemente il servizio sanitario. ■