

Coordinamento rete sanitaria

Con l'obiettivo esplicito di razionalizzare i servizi e diminuire i costi, il Consiglio di Stato esprime al Gran Consiglio - nel primo **Rapporto sulle linee direttive e sul piano finanziario** del 1996-1999 (ottobre 1995) - l'intenzione di coordinare i servizi socio-sanitari stazionari, semistazionari, ambulatoriali e a domicilio. Il tema è ripreso nel secondo aggiornamento delle Linee direttive (novembre 1997), sotto la pressione dei costi della salute, in particolare dell'aumento dei premi di cassa malati.

Coerentemente con questi intendimenti, il Consiglio di Stato richiede di valutare la possibilità di meglio coordinare l'utilizzo delle strutture e dei servizi sanitari. Lo fa nell'ambito del progetto "Amministrazione 2000". L'analisi svolta dal consulente esterno Arthur Andersen scaturisce in un rapporto (il numero 5) denominato "Coordinamento rete sanitaria", che propone una riflessione generale sui sistemi sanitari e sugli strumenti necessari per coordinare le azioni dei prestatori d'opera, degli assicuratori e dei cittadini, in ambito stazionario, semistazionario, ambulatoriale e a domicilio.

Sulla scorta di questo rapporto il Consiglio di Stato chiede al Gran Consiglio, nel febbraio del 1999, un primo credito di 1,25 Mio di franchi per creare le premesse per un miglior coordinamento della rete sanitaria. Il coordinamento degli interventi sanitari rappresenta già da oltre 10 anni un obiettivo del Legislatore. Infatti la Legge sanitaria del 1989, all'articolo 4, sancisce che lo Stato debba assicurare il coordinamento degli strumenti e delle risorse disponibili. Il Parlamento conferma quest'intenzione e vota il credito richiesto nel mese di marzo.

Coordinare la rete sanitaria è certamente un obiettivo ambizioso, considerato come il Sistema sanitario cantonale sia da sempre stato gestito soprattutto da privati e da enti locali (ciò che rende arduo e delicato l'intervento dello Stato) e considerato come per coordinare qualcosa, è necessario dapprima conoscere questa cosa. Uno dei pilastri centrali del progetto è infatti quello di creare un "Sistema d'Informazione Sanitaria" (SIS) che ci permetta di eseguire una radiografia - mi si conceda il termine - del paziente. E non si tratta di un paziente malato - il Sistema sanitario ticinese offre ottime cure a tutti - ma di un paziente il cui costo - assunto dai cittadini - sta assumendo proporzioni inquietanti ... e dunque lo Stato si attiva e cerca di calmare quest'evoluzione.

Nella prima metà degli anni '80, quando il sistema ospedaliero dava segni di malessere, il Legislatore istituisce un ente di diritto pubblico, l'Ente ospedaliero cantonale, al quale affida la missione di garantire ai cittadini cure somatiche acute di qualità, nel rispetto dei

costi. Sempre in questi anni il Legislatore riorganizza il modello di risposta alla sofferenza psicologica e sociale, risalente alla prima metà del secolo. La legge sugli ospedali pubblici del 1982 e la legge sull'assistenza sociopsichiatrica del 1983 possono dunque essere considerate come il primo tentativo dello Stato di coordinare gli interventi e di utilizzare con parsimonia le risorse (umane e finanziarie) limitate.

L'obiettivo generale del coordinamento della rete sanitaria è tuttavia espresso esplicitamente solo nel 1989 con la Legge sanitaria. Ma l'urgenza d'agire di quegli anni non è ancora alle stelle: non è comunque comparabile con quella odierna. Nel corso degli anni '90 il Sistema sanitario infatti cresce e si adatta agli sviluppi scientifici (evidence based medicine), tecnologici (risonanza magnetica, chirurgia endoscopica), demografici (case per anziani, spitex), sociali (crisi del benessere economico e sociale) e culturali (medicine alternative) - solo per citare alcuni esempi.

Nasce anche il termine di "*mercato sanitario*", evocativo del cambiamento culturale in corso. I medici, sempre più numerosi, diventano "*fornitori di prestazioni*", i pazienti, sempre più esigenti, diventano "*clienti*" e le casse malati, sempre più influenti, diventano "*assicuratori malattia*". La relazione medico-paziente esce gradualmente dal confessionale per diventare un "*ménage a trois*": l'assicuratore, rappresentante dell'assicurato-contribuente, reclama il suo diritto di avere garanzie circa l'efficacia e l'efficienza degli atti sanitari consumati. Un'evoluzione sostenuta dal popolo svizzero con votazione popolare del 4 dicembre 1994, quando la nuova Legge sull'assicurazione malattia (LAMal) è stata accettata. La LAMal è una legge che non si accontenta di regolare i flussi finanziari dell'assicuratore, ma che presuppone implicitamente un cambiamento strutturale del sistema sanitario.

L'evoluzione avvenuta nel Sistema sanitario non può che riflettere l'evoluzione generale di questo decennio, caratterizzata dalla fine della guerra fredda, dalla globalizzazione dei mercati e dall'informatizzazione. Vero è che quest'evoluzione verso "maggior mercato" solleva molti punti interrogativi anche per i sistemi sanitari: a forza di concentrarsi sul finanziamento della malattia e dei suoi complessi flussi, si rischia di dimenticare l'obiettivo l'obiettivo ultimo dell'esercizio: la cura del malato. Non solo, ma si rischia di dimenticare che il finanziamento delle cure per malattia è solo un aspetto - e non certamente il centrale - di una politica sanitaria globale.

D'altro canto i costi della salute - che in realtà sono i costi della malattia - sono costantemente cresciuti negli ultimi anni e hanno raggiunto tali dimensioni da costringere lo Stato a intervenire. In Ticino nel 1997 i costi assunti dagli assicuratori malattia, nel solo ambito dell'assicurazione obbligatoria secondo LAMal, hanno superato i 2'200.- franchi per abitante. Quest'importo cresce a 3'500.- se si aggiunge l'importo che il cittadino paga sia direttamente (franchigia, partecipazione individuale), sia tramite le imposte (finanziamento ospedali pubblici, case per anziani, sussidi di cassa malati a oltre 85'000 ticinesi). Se poi si considerano le assicurazioni complementari e le spese individuali "per

la salute”, la spesa sanitaria complessiva ammonta a 6'100 franchi per abitante, cioè a 1'833 mio. Per l'anno 1996.

Poiché il finanziamento del sistema sanitario è da decenni essenzialmente di competenza federale (LAMal, LAInf, LAM, LAI, ecc.), la libertà di manovra del singolo Cantone è sempre più limitata da disposizioni federali alle quali compete una buona fetta dell'intervento di contenimento dei costi. Al Cantone rimane tuttavia un certo spazio di manovra per offrire i suoi interventi. Questo spazio si estende dalla domanda di prestazioni (da parte del cittadino) all'offerta di prestazioni (da parte degli operatori sanitari) fino alla copertura dei costi (assicuratore, Stato, cittadino).

Vi è dunque la possibilità di stimolare i cittadini a realizzare pienamente il loro potenziale di salute e a "consumare prestazioni" con maggior consapevolezza, gli assicuratori a testare sistemi incentivanti l'oculatazza, e gli attori sanitari a interagire tra di loro in modo più razionale, evitando inutili sprechi. Attività in parte già presenti, ma che vanno rafforzate e sostenute da una visione quantitativa più dettagliata della realtà quotidiana ("S.I.S"). Anche l'obiettivo 19 della nuova strategia *“La salute per tutti nel XXI secolo”* dell'Organizzazione mondiale della sanità – Regione Europa – sottolinea quanto sia importante disporre di S.I.S efficienti per monitorare e “pilotare” le politiche sanitarie.

Il coordinamento della rete sanitaria deve essere promosso dunque come “intervento a più livelli”, che consideri la molteplicità di attori e che si basi proprio sulle loro conoscenze, esperienze e visioni. Si tratta di trasformare tutti questi attori in partner del progetto, affinché s'istauri una dinamica dal basso (bottom-up) quale premessa per gestire il cambiamento. Nel miglior modo possibile, e senza perdere di vista l'attore centrale di tutto lo sforzo: il paziente (mi si conceda il termine).

Dott. I. Cassis
Medico cantonale