

Il sistema socio-sanitario nel Salento

Il diritto alla salute tra analisi dei bisogni e rete di assistenza

GIANPASQUALE PREITE¹

1. Introduzione

L'attuale discussione sul sistema socio-sanitario locale coinvolge numerosi paradigmi teorici e orientamenti metodologici che si inquadrano, a livello nazionale, nell'ambito di una complessiva riforma delle istituzioni sanitarie, finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi socio-sanitari, all'ottimizzazione degli interventi e delle prestazioni mediche sul territorio, al "recupero" del rapporto fiduciario medico-paziente, alla trasparenza delle informazioni e dei dati, alla gestione del rischio clinico-sanitario e alla razionalizzazione delle decisioni di spesa.

Tuttavia, pur in presenza di tale pluralità, la questione centrale si focalizza su tre problemi altamente interconnessi: accesso di massa, qualità della medicina e contenimento della spesa, ed è rispetto a quest'articolazione che l'intervento pubblico nella sanità resta una ineludibile necessità (Freddi 2009). In tale contesto, il diritto alla salute si configura come una fattispecie eterogenea nella quale s'iscrivono istanze di natura medica, sociale, ambientale, giuridica, politica e finanziaria.

L'eguaglianza e l'imparzialità di trattamento socio-sanitario sancite dalla Costituzione si collocano, tuttavia, nell'area del bilanciamento tra bisogni sanitari e allocazione di risorse scarse, da cui consegue la necessità di selezionare le priorità di un

¹ Professore aggregato e direttore del Laboratorio di ricerca LEG - Politica, Diritto e Tecnologie per il governo delle organizzazioni complesse del DSSSU.

sistema, a partire dalle Istituzioni sanitarie del territorio: le AA.SS.LL.

Gli elementi di valorizzazione risiedono nell'obiettivo generale di vagliare fino a che punto e con quali criticità l'elaborazione di dispositivi governamentali, possano agire sulla qualità e sulla razionalizzazione dei servizi socio-sanitari.

2. Il diritto alla salute e le sue variabili

In Italia, il diritto dei cittadini alla salute e all'assistenza socio-sanitaria presuppone l'esistenza di un servizio pubblico obbligatorio, anche se il contenuto programmatico dell'art. 32 della Costituzione non può essere inteso come un riconoscimento del diritto alle prestazioni sanitarie in termini assoluti ed illimitati. Ed è per questo che, nella effettiva concretizzazione, il diritto alla salute, pur essendo ritenuto inscindibile dal riconoscimento della qualità di essere umano, risulta ben lontano dall'essere universalmente protetto, poiché nei singoli Stati e nelle singole legislazioni assume delle valenze differenti che, a seconda dei casi, riducono il diritto alla salute a diritto relativo (Corte Cost., Sentenza 23/7/1992, n. 356). Ciò è la conseguenza della necessità di selezionare le priorità a fronte dell'impossibilità economica di rispondere a tutti i bisogni di salute. In altri termini, tale connotazione rende il diritto alla salute economicamente determinato e dipendente dalla necessità di garantire un equilibrio finanziario al sistema.

In sede di ridefinizione del rapporto tra «il diritto alla salute, per definizione incompressibile, e le risorse finanziarie, per definizione comprimibili» (Cavicchi 2005), si resta condizionati alla discrezionalità del legislatore, alla volontà politica² e al riconoscimento, delegato alle singole Regioni, del potere di decidere come e con quali criteri ripartire effettivamente le risorse destinate al sistema socio-sanitario e distribuite in

² Con la legge finanziaria di uno Stato, il Governo decide le risorse da destinare al sistema sanitario nazionale e la definizione degli ambiti concreti di garanzia.

ambito nazionale (Borgonovi 1992), fondamentali per il bilanciamento degli elementi che il diritto alla salute comprende. Si tratta di un diritto “evoluto” che diventa benessere, vitalità, cittadinanza e non più mera assenza di malattia e che, pertanto, richiede come contropartita una quantità di risorse crescenti in risposta allo sviluppo tecnologico, alla scoperta di nuovi farmaci, all’invecchiamento crescente della popolazione e alla domanda stessa di salute come bene superiore, che aumenta più che proporzionalmente rispetto al PIL del Paese (Reviglio 2003, 73-74).

3. Il Sistema socio-sanitario tra salute e invecchiamento

L’invecchiamento della popolazione rappresenta uno dei principali nodi nevralgici dei sistemi socio-sanitari perché comporta una costante crescita della domanda di prestazioni legate alla cronicità e alla non autosufficienza dei pazienti. Dai dati OCSE (2014) emerge che l’allungamento della vita media ha modificato la natura epidemiologica della popolazione (oltre 50% > 65 anni affetto da una malattia cronica, e > 75 anni affetto da tre o più malattie croniche). La popolazione salentina presenta un quadro complessivo che rispecchia pienamente questa tendenza.

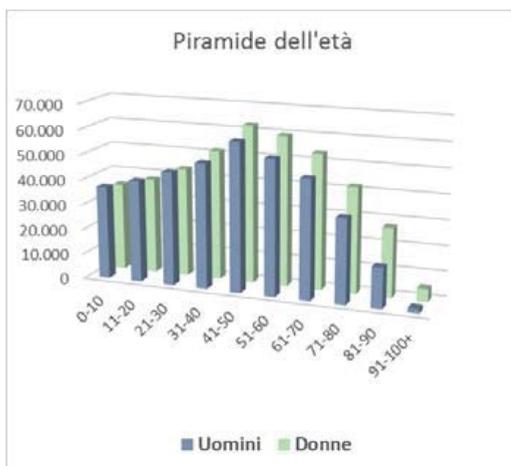


Figura 1. Andamento demografico popolazione salentina

FONTE: elaborazione propria su dati ASL Lecce 2017.

Il Rapporto dell'ARESS Puglia del 2015 mette in evidenza, infatti, come a fronte del 40% di incidenza della popolazione cronica corrisponda l'80% del consumo di risorse sanitarie.

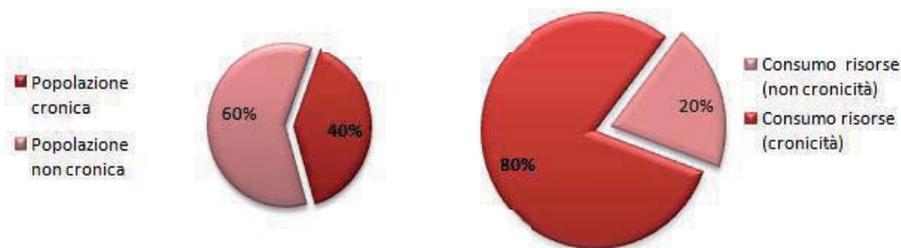


Figura 2. Popolazione cronica e consumo risorse sanitarie

FONTE: ARESS Puglia 2015.

Tuttavia, anche se sono state avviate diverse iniziative a livello regionale e locale per affrontare il problema, dal *trend* degli investimenti a livello nazionale regionale e locale risultano impegnate ancora ingenti risorse per lo sviluppo di strutture ed attrezzature dedicate alla cura di pazienti colpiti da patologie acute, piuttosto che concentrarle “nella” e “per la” gestione dei pazienti affetti da malattie croniche. Una prospettiva che richiede necessariamente il superamento di una visione

orientata (esclusivamente) alla struttura ospedaliera a favore di una strategia integrata di investimento (di risorse umane, strumentali, tecnologiche e finanziarie) orientata alla medicina territoriale e domiciliare (*Ageing Debate the Issues*, OECD 2015).

Sulla base di queste considerazioni, il processo di programmazione posto in essere dalla Regione Puglia (Programma operativo 2016-2019) prosegue lungo il percorso già avviato con il *Piano di Rientro e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria* orientato alla prevenzione e presa in carico precoce dei casi di cronicità e alla conseguente deospedalizzazione dell'assistenza socio-sanitaria.

Con riferimento alla ASL di Lecce il progressivo spostamento dell'assistenza sanitaria verso la cronicità e la non autosufficienza si rileva dai dati di bilancio, in precedenza riportati, che evidenziano come nell'ultimo quinquennio le risorse assegnate all'assistenza territoriale sono incrementate del 6,24% (passando dal 48,49% del 2012 al 54,73% del 2016) a fronte di una riduzione dei costi per assistenza ospedaliera del 6,71% (passando dal 47,96% del 2012 al 41,25 del 2016).

Tale andamento sarà ancora più incisivo nel prossimo triennio a seguito delle misure previste per il riordino della rete ospedaliera ed il potenziamento dell'assistenza territoriale con la messa a regime dei Presidi Territoriali di Assistenza e dei percorsi assistenziali finalizzati alla presa in carico della cronicità e della non autosufficienza sia nell'area sanitaria che nell'area socio-sanitaria in integrazione con gli Ambiti di Zona.

La programmazione regionale ha evidenziato come la riorganizzazione della rete ospedaliera può risultare insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale.

L'integrazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Relativamente ai primi, è evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza.

4. L'e-Health e il ruolo delle ICT per il territorio

Un ulteriore aspetto da non sottovalutare risiede nell'utilizzo delle ICT (Information Communication Technology) per l'implementazione e l'impiego (interoperabile e integrato) sul territorio del patrimonio informativo e dei dati rinvenuti dal sistema documentale informatico delle AA.SS.LL. (De Benedetto, Preite 2017). In particolare, la questione relativa ai processi di raccolta, conservazione, standardizzazione, digitalizzazione, uso e condivisione dei dati biologici, biometrici, demografici, clinici e amministrativi è oggi una priorità indefettibile in un quadro epidemiologico in cui la gestione delle patologie croniche giocherà un ruolo centrale.

L'innovazione tecnologica in ambito clinico-sanitario si traduce nelle politiche di e-Health (Weerasinghe 2008) e può contribuire al necessario ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza sanitaria, sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio favorendo la continuità assistenziale delle cure e l'integrazione socio-sanitaria, attraverso modelli assistenziali innovativi effettivamente incentrati sul cittadino e sul suo diritto-bisogno di salute, allo scopo di migliorarne la qualità di vita, facilitando l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie sul territorio nazionale (Ugenti 2010). L'obiettivo è rendere l'e-health una prassi degli operatori sanitari, dei pazienti e dei cittadini, realizzabile,

tuttavia, solo attraverso contestualizzazioni che sappiano integrare le azioni locali con le politiche regionali e nazionali del SSN (Preite 2010).

La disponibilità di dati certi, in grado di rappresentare i diversi aspetti e componenti del sistema, è essenziale altresì per comprendere quale sia la reale situazione, in particolare relativamente ai risultati prodotti, sia sotto il profilo strettamente sanitario (miglioramento della salute, aumento della sopravvivenza, riduzione della sofferenza, etc.) sia relativamente alla coerenza con il mandato generale (accessibilità, equità) e la sostenibilità (costi, miglioramento dell'efficienza). Da qui, la crescente attenzione circa gli aspetti inerenti la qualità dei servizi che ha comportato una crescita della domanda di informazioni sia in senso quantitativo sia in senso qualitativo, con richiesta di indicatori precisi, affidabili, specifici, aventi valore legale e in grado di rappresentare in modo esauriente i fenomeni oggetto di interesse, permettendo ai responsabili (clinici, gestionali, politici) di prendere le decisioni più appropriate (Liva 2007, 113).

Le funzioni di un sistema e-health, che sfrutta le ICTs per migliorare le prestazioni e abbassare i costi dei servizi sanitari riguardano: a) l'analisi dei parametri vitali di pazienti, ove possibile, mediante micro apparecchiature gestite con la cooperazione del paziente stesso anche allo scopo eventuale di monitoraggio continuativo; b) la trasmissione dei dati a una stazione di comunicazione locale (in abitazione o ambulatorio) e da questa a database centrali e al personale medico; c) il *feedback* da parte del personale medico, consistente in pareri, consulti e decisioni su esami, interventi e cure; d) raccolta e trattamento digitale di dati ausiliari alla preparazione di cartelle cliniche e anamnesi; e) coinvolgimento dei pazienti nell'opera di controllo e somministrazione di cure (Vacca 2007).

L'innovazione tecnologia e l'impiego delle ICT assumono, inoltre, una cruciale importanza in termini di generatore di sviluppo per due principali ordini di motivi:

1. da un lato, vengono considerati generatori di efficienza per il sistema sanitario e di miglioramento dell'offerta

complessiva di prestazioni per il paziente, sia attraverso specifiche decisioni di politica sanitaria (es. la promozione al ricorso delle cure domiciliari attraverso modelli alternativi di organizzazione del servizio con dispositivi innovativi di tele-assistenza), sia attraverso nuove procedure assistenziali che si servono di tecnologia innovativa per lo sviluppo di percorsi diagnostici e terapeutici, di particolare efficacia in termini di *outcome*;

2. dall'altro, vengono considerati fattori di successo per lo sviluppo economico del Paese in quanto generatori di nuovi impulsi, sia per l'ulteriore sviluppo nel campo della ricerca applicata e della conoscenza, sia per il trasferimento dell'innovazione stessa sul mercato (Preite 2010).

5. La funzione dei Distretti sanitari nel Salento: 2016-2017

L'ASL Lecce persegue la finalità di garantire, promuovere e tutelare la salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi ed attività compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In risposta ai "bisogni" di salute della popolazione salentina, l'ASL Lecce è organizzata in 10 Distretti sanitari cui è assegnata la responsabilità di assicurare, secondo criteri di equità, accessibilità ed appropriatezza, la disponibilità di servizi sanitari e socio-sanitari. I distretti svolgono, dunque, una funzione strategica nella governance dell'offerta di servizi, nell'analisi della domanda di salute, nell'integrazione delle istanze socio-sanitarie dei cittadini (portatori d'interesse), nelle attività di promozione e prevenzione, nell'integrazione tra attività territoriali ed ospedaliere e tra servizi sociali e socio-sanitari.

L'ASL Lecce concorre al miglioramento complessivo della qualità della vita, secondo un approccio integrato con il sistema delle autonomie locali e con le altre agenzie impegnate nella tutela ambientale, nell'urbanistica, nei trasporti, nell'agricoltura e nello sport, per l'impatto che hanno sullo stato di salute.

La complessità dei bisogni necessita di flessibilità, variabilità ed integrazione dei percorsi assistenziali. Da ciò la necessità di sviluppare una rete di cooperazione sinergica con gli *stakeholder* che svolgono un ruolo fondamentale nel sistema di produzione dei servizi (privato accreditato, organismi e istituzioni del Terzo Settore, associazionismo strutturato e gruppi di auto-mutuo aiuto) e con le comunità locali, cui spetta una funzione di garanzia dei bisogni. In altri termini, il contesto in cui opera l'ASL Lecce è estremamente complesso sia per la vastità del territorio sul quale deve garantire tutti i servizi previsti dai LEA, sia per la eterogeneità degli attori con cui si deve confrontare, nonché per l'articolazione organizzativa dei servizi a gestione diretta in fase di revisione della rete ospedaliera.

In particolare, l'ASL opera su un territorio costituito da popolazione complessiva 802.960 abitanti, distribuiti su 97 comuni e suddivisi nei 10 Distretti socio-sanitari.

Tabella 1. Distribuzione della popolazione per distretto

Distretto	Comuni	Popolaz.	> 64 anni	< 15 anni
Lecce	10	179.037	39.637	23.798
Campi Sal.	8	87.420	21.324	10.814
Nardò	6	93.653	20.851	12.697
Martano	10	48.409	11.951	5.627
Galatina	6	60.397	14.742	7.383
Maglie	12	55.132	13.320	6.456
Poggiardo	15	44.744	11.698	5.026
Gallipoli	8	74.445	17.254	9.635
Casarano	7	72.885	16.200	9.957
Gagliano	15	85.960	20.279	10.646
totale	97	802.960	187.256	102.039

FONTE: elaborazione propria su dati Istat - ASL Lecce 2017.

Dalla distribuzione demografica della popolazione emerge una significativa dispersione nei Distretti che comprendono centri di piccole dimensioni (basti pensare che il 12% della popolazione risiede nella città capoluogo). Una fotografia che condiziona la programmazione degli interventi di cura, la logistica, l'organizzazione delle strutture e lo sviluppo dei servizi socio-sanitari della “rete”

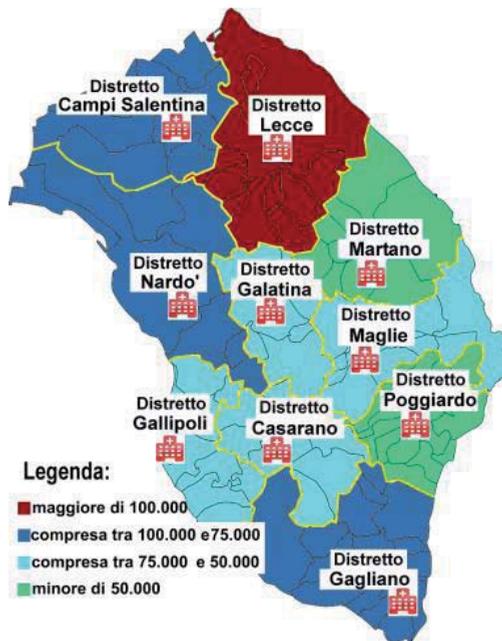


Figura 3. Distribuzione demografica della popolazione nei distretti ASL Lecce

FONTE: elaborazione propria su dati Istat - ASL Lecce 2017.

6. La rete di assistenza ASL Lecce: prospettive future

Per il 2017 l'ASL Lecce ha risposto ai bisogni e alla domanda di salute attraverso sei Presidi Ospedalieri a gestione diretta, un'Azienda ospedaliera “Ente Ecclesiastico G. Panico” di Tricase e sei Case di Cura accreditate del territorio salentino.

- a) Gli Ospedali interessati a gestione diretta sono: Ospedale provinciale “Vito Fazzi” di Lecce; Presidio ospedaliero “San Giuseppe da Copertino” di Copertino; Presidio ospedaliero “Santa Caterina Novella” di Galatina; Presidio ospedaliero “Veris Delli Ponti” di Scorrano; Presidio ospedaliero “Francesco Ferrari” di Casarano; Presidio ospedaliero “Sacro Cuore di Gesù” di Gallipoli.
- b) Le Strutture private accreditate interessate sono: Ente Ecclesiastico “Cardinal G. Panico” di Tricase; “Prof. Petrucciani” di Lecce; “San Francesco” di Galatina; “Città di Lecce” di Lecce; “Euroitalia” di Casarano; “Villa Bianca” di Lecce; “Villa Verde” di Lecce.

Con R.R. 10 marzo 2017, n. 7, la Regione Puglia ha approvato il “*Riordino Ospedaliero della regione Puglia*” (ottemperando alle disposizioni del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di stabilità 2016-2017), attuando una riorganizzazione della rete ospedaliera per complessità e intensità di cura.

Secondo tale provvedimento le strutture ospedaliere sono classificate secondo tre livelli a complessità crescente:

1. Presidi ospedalieri di base: strutture dotate di sede di pronto soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale;
2. Presidi ospedalieri di primo livello: strutture dotate di specialità di ampia e media diffusione;
3. Presidi ospedalieri di secondo livello: strutture dotate di tutte le specialità previste per gli ospedali di primo livello nonché delle specialità più complesse riferite a bacini di utenza superiori a 600.000 abitanti.

All'interno di questa complessa rete ospedaliera operano specifiche reti “per patologia” che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale, in particolare le reti: infarto, ictus, traumatologia, neonatologia, medicine specialistiche, oncologia, pediatria, trapiantologia, terapia del dolore e malattie rare.

La governance socio-sanitaria locale è fortemente indirizzata (in linea con le disposizioni programmatiche e governamentali della Regione Puglia) al miglioramento dell'appropriatezza

organizzativa e clinico-gestionale, attraverso un'azione di promozione che vedrà il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale in *day service* e, quindi, dal ricovero ospedaliero all'assistenza territoriale residenziale e domiciliare.

In tale prospettiva, si prevede per il futuro l'integrazione della rete ospedaliera ASL di Lecce con la rete dei "Presidi Territoriali di Assistenza" di Campi, Nardò, Maglie, Poggiardo e Gagliano del Capo, con le Cittadelle della salute di Lecce e di Gallipoli e con i Poliambulatori di Martano, Galatina e Casarano, (strutture sempre gestite dai rispettivi distretti socio-sanitari) dove sono già in corso di consolidamento forme organizzative della presa in carico della cronicità e l'attivazione di aree di degenza territoriale integrate con la Medicina di base, specialistica e riabilitativa, nonché l'espletamento di attività chirurgica ambulatoriale in *day service*.

Bibliografia

- ARESS, *Rapporto sulla sanità in Puglia 2015*.
- ASL LECCE, *Piano della Performance 2018-2020*, Lecce 2018
- BORGONOV I., *Verso il governo regionale della sanità. I rischi un una politica sanitaria senza strategia organizzativa*, in «MECOSAN», 2/19992.
- CAVICCHI I., *Sanità: un libro bianco per discutere*, Edizioni Dedalo, Bari 2005.
- CAVICCHI I., *Autonomia e responsabilità: un libro verde per medici e operatori nella sanità pubblica*, Edizioni Dedalo, Bari 2007.
- DE BENEDETTO M., PREITE G. (Eds.), *La governance del rischio tra comunicazione e consenso informato*, Tangram Edizioni Scientifiche, Trento 2017.
- FREDDI G., *Sanità, politica e società* in «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche», n. 2/2009.
- LIVA C., *La misura dei risultati nell'ambito della rete dei servizi sanitari*, in G. F. GENSINI, (et alii), *Rapporto sanità 2007*, Il Mulino, Bologna 2007.
- LOVE P. (Ed.), *Ageing Debate the Issues*, OECD Publishing, Paris 2015.
- PREITE G., *Diritto alla salute e politiche dei servizi sanitari digitali*, in «Rivista di Diritto, Economia, Management», n. 1/2010.
- REVIGLIO F., *Diritto di cittadinanza e risorse da Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio*, Giappichelli, Torino 2003.
- UGENTI R., *La eHealth nei progetti del SSN: il ruolo chiave del Fascicolo Sanitario Elettronico*, Ministero della Salute, Bologna 2010.
- VACCA R., *ICT al servizio della sanità in rete*, in G. F. GENSINI, (et alii), *Rapporto sanità 2007*, Il Mulino, Bologna 2007.
- WEERASINGHE D. (Ed.), *Electronic healthcare*, Springer, London 2008.

