

Le prospettive: le aspettative della popolazione

C.R.E.A. Sanità ha ritenuto che, in un momento topico come quello che ci apprestiamo a vivere, fosse necessaria una verifica dell'approccio tecnocratico con il quale è stata affrontata la definizione delle linee di intervento per l'ammodernamento del SSN. In altri termini che per mettere davvero al centro del sistema i pazienti (o meglio i cittadini) fosse opportuno raccogliere la loro voce.

A tal fine, il Centro ha promosso una *survey*, realizzata su un campione di 800 individui, rappresentativo della popolazione italiana di età pari o superiore ai 18 anni.

La finalità della *survey* è stata quella di cercare di capire quali fossero gli *unmet needs* percepiti dagli italiani in relazione all'assistenza sanitaria: la finalità ultima, rimanendo quella di verificare se il percorso intrapreso a livello centrale e regionale sia coerente con le priorità espresse dalla popolazione.

Dato il *target*, si è ritenuto di limitare al massimo le domande (tre) e di formularle nel modo più semplice possibile, facendo attenzione ad evitare ogni tecnicismo nelle formulazioni, o impostazioni che potessero, in qualche modo, indirizzare i giudizi espressi.

In pratica, si è chiesto ai partecipanti di:

- indicare i punti di forza dell'offerta del SSN
- di indicarne le principali criticità
- di esplicitare per quali miglioramenti dei servizi si sarebbe disposti a pagare.

L'ultima domanda è, evidentemente, finalizzata a cercare di elicitarne quali scelte di investimento sarebbero prioritarie secondo la maggioranza della popolazione.

Per quanto concerne la domanda sugli elementi di maggiore soddisfazione nei confronti del SSN, oltre la metà del campione (54,2%) indica la possibilità di avere l'assistenza del Medico di Medicina Generale (MMG); il 39,0% indica la soddisfazione per la qualità dei medici (nell'interpretare le percentuali, si consideri che

nel campione sono compresi anche giovani che non sempre avranno avuto significativi contatti con gli specialisti).

Con una percentuale molto inferiore troviamo la possibilità di avere la maggior parte dei farmaci in modo pressoché gratuito (20,5%) la citazione della soddisfazione per la possibilità di disporre di tecnologie avanzate (18,0%), più o meno a pari merito con la possibilità di poter disporre dell'assistenza ovunque ci si trovi (17,8%).

Come atteso, il "valore" di quest'ultimo elemento è più citata dalla popolazione in età lavorativa e da quella con titolo di studio elevato (laurea o superiore) e quindi presumibilmente maggior reddito, che sono le fasce che maggiormente vivono la necessità di spostarsi; analogamente il "valore della gratuità è maggiormente percepito dagli anziani che sono la fascia della popolazione soggetta a maggiori consumi sanitari.

A livello geografico, nel Sud cala la fiducia nella qualità clinica, che comunque è maggiormente apprezzata dalle persone con più elevato titolo di studio; le persone con titolo di studio medio-basso sono, invece, particolarmente soddisfatte dal poter disporre della disponibilità del MMG.

L'importanza attribuita alla disponibilità di tecnologie avanzate è maggiore nel Nord-Est. Appare degno di nota che quest'ultimo *item* è, in generale, molto più citato dai residenti nei comuni di più grande dimensione e da quelli con più elevato titolo di studio. Nel secondo caso il risultato è coerente con l'evidenza disponibile in letteratura che riporta come le fasce più istruite/abbienti, tendano a ricercare maggiormente servizi specialistici; nel primo caso, a parte una possibile correlazione della residenza con il reddito, si appalesa il fatto che le tecnologie nel SSN sono molto accentrate nei centri urbani.

Pur con i limiti della rilevazione, ci pare di poter concludere che la qualità dell'assistenza clinica non è considerata un problema dal punto di vista delle priorità percepite dalla popolazione, anche se con qualche ombra nel Sud: è anzi l'elemento che maggiormente qualifica il SSN agli occhi dei cittadini.

Si conferma anche che la domanda è “segmentata: le persone con titolo di studio medio-basso si affidano, con soddisfazione, al MMG, mentre quelle con titolo di studio più elevato usano probabilmente “altre strade” e maggiormente riconoscono il valore di disporre di una elevata offerta tecnologica nell’ambito del SSN. Il fatto che la tecnologia sia maggiormente apprezzata dai residenti nei Comuni di grandi dimensioni potrebbe essere indicazione del fatto che il sistema di cure specialistiche (magari di II livello) rimane concentrato nei poli urbani, ponendo presumibilmente problemi di accesso ai residenti in Comuni periferici.

Figura 1. Principali elementi di soddisfazione



Passando alle ragioni di insoddisfazione, la risposta del campione è inequivocabile e in qualche modo attesa; i problemi del SSN sono di natura organizzativa: in primis le liste di attesa (citata dal 38,9% dei rispondenti), e a seguire la difficoltà nel riuscire a prendere gli appuntamenti (35,6%). Con minore frequenza, sono richiamate le attese (inutili) negli studi medici/ambulatori (22,7%) ed il fatto di essere “rimbalzati” tra i vari uffici (20,0%).

Coerentemente con la prima domanda, non emergono problemi di qualità (tranne, e rimane coerente con il risultato della prima domanda, nel Sud, dove anche lo scarso *comfort* ospedaliero sale di priorità nella lista delle *doléances*).

Non ci si può esimere dall'osservare che tutte le problematiche che generano insoddisfazione sono legate alla organizzazione nella prenotazione ed erogazione dei servizi.

Figura 5. Principali elementi di insoddisfazione



Le liste di attesa sono fonte di crescente insoddisfazione al crescere dell'età dei rispondenti e al diminuire del loro livello di titolo di studio.

Questi ultimi soggetti lamentano, inoltre, la necessità di doversi spostare per accedere alle prestazioni, mentre i più giovani ritengono rilevante che il costo delle prestazioni, a causa del *ticket*, sia a volte maggiore che sul mercato.

A riprova della segmentazione che esiste nella domanda, oltre alla più volte richiamata differenza di priorità fra fasce diversamente istruite, registriamo analoghe differenze geografiche: nel Nord è più citato che nel Sud il problema delle attese (inutili), come anche quello di non riuscire a concentrare più prestazioni in un unico appuntamento.

Pur nei limiti della rilevazione, sembra che la diagnosi sia inequivocabile: il problema non di qualità dell'assistenza, se non in qualche realtà meridionale, bensì di organizzazione dell'erogazione dei servizi; e di questa scadente organizzazione fanno maggiormente le spese le persone con titolo di studio medio-basso, quelle (certamente) più "socialmente fragili".

Possiamo trarne la conclusione che nel SSN coesistono sottosistemi con due velocità diverse, e la *survey* conferma che

esistono sia sul versante strettamente sanitario (si veda il dato sulla percezione della qualità del sistema e sul *comfort* ospedaliero), sia su quello sociale (si veda come nel Nord si evidenzia una maggiore attenzione per gli effetti indiretti dell'assistenza, come nel caso delle attese, e della organizzazione/concentrazione delle "sedute").

Il quadro emerso risulta per molti versi atteso, ma riteniamo che la *survey* renda possibile quantificare (o almeno ordinare) le priorità e verificarne la coerenza interna: oltre al fatto che colma una evidente carenza, visto che sul versante della *customer satisfaction* i sistemi informativi nazionali sono praticamente silenti.

Acclarata la coerenza della visione espressa dalla popolazione, nelle sue varie segmentazioni, è sembrato lecito analizzare per quali miglioramenti del servizio la popolazione fosse disposta a pagare, di conseguenza elicilandone le priorità.

Prima di affrontare il tema, due note sembrano necessarie.

La prima è che dai due quesiti iniziali emerge chiaramente come esista più di una "domanda"; i bisogni della popolazione non sono sovrapponibili: si segmentano variamente, ma principalmente in funzione della residenza (Sud/Nord) e delle condizioni socio-economiche.

La programmazione dell'offerta dovrebbe, quindi, sempre essere impostata tenendo in considerazione come si segmenta la domanda.

La seconda nota è che, almeno in alcuni casi, nelle risposte può non essere emersa una "disponibilità a pagare", in ragione del fatto che alcune questioni sono considerate un "diritto" acquisito a fronte del pagamento delle imposte: in altri termini, riteniamo utile segnalare che è bene leggere le risposte a questa sezione con prudenza e, comunque, anche alla luce delle domande precedenti.

Ciò premesso, anche la risposta sulla "disponibilità a pagare" è praticamente un plebiscito: quasi la metà delle risposte converge sul fatto che si sarebbe disposti a pagare pur di avere liste di attesa inferiori.

Su tutto il resto non si evincono concentrazioni di citazioni particolari.

Peraltro, coerentemente con le altre risposte alla *survey*, nel Sud è maggiore la quota di persone disposte a pagare per avere maggior *comfort* ospedaliero e/o la possibilità di curarsi più vicino a casa; nel Nord-Est è persino maggiore la quota di persone disposte a pagare per ridurre le liste di attesa; nel Centro una quota rilevante di persone dichiara che sarebbe disposta a pagare per avere la possibilità di disporre di cure domiciliari. Queste ultime sono una esigenza particolarmente sentita dalla popolazione con titolo di studio medio-basso.

Il poter disporre dei propri dati sanitari su *internet* è una (parziale) priorità solo per la fascia di popolazione più istruita.

Pur con tutta la prudenza che è richiesta in questi casi, non possiamo esimerci dal tentare una lettura congiunta degli esiti della *survey*, e le analisi sul percorso, ovvero la *vision*, ipotizzato dal PNRR.

Iniziamo con il segnalare i punti che la *survey* suggerisce dovrebbero informare le scelte di politica sanitaria:

- per la popolazione italiana il problema del SSN non è la qualità delle cure, che anzi sono un punto di forza dell'offerta pubblica, ma le liste di attesa e la farraginosità della gestione "amministrativa" (intesa come gestione delle liste di attesa, delle prenotazioni, etc.)
- la domanda proveniente dalla popolazione non è omogenea; essa esprime esigenze e aspettative abbastanza diverse, segmentandosi in primo luogo fra persone con titolo di studio alto e medio-basso, con le prime che evidentemente riescono ad "aggirare" meglio i problemi "amministrativi"
- forse, proprio per questo, non vengono, in generale, segnalati "problemi di prossimità", nel senso di difficoltà fisica di accesso alle prestazioni; quelli che emergono sono concentrati nelle fasce a più basso titolo di studio e nel Meridione
- la fascia di popolazione con titolo di studio medio-basso si affida di più al MMG, di cui è soddisfatta, mentre i più istruiti (e di solito questo vuol dire anche i più abbienti) seguono percorsi che si intuisce siano in parte alternativi (cala la

soddisfazione per i MMG e prevale quella generale per l'assistenza clinica, che si suppone quindi specialistica)

- il problema della disponibilità dei dati su *internet* (si pensi al Fascicolo Sanitario Elettronico(FSE)), non sembra essere un "problema della gente", ma solo delle fasce più istruite
- in alcune zone emerge un problema significativo di *comfort* alberghiero (Sud); in altre (Nord) sembra un problema superato, ed emerge l'esigenza di una gestione dell'assistenza più rispettosa dell'utenza, che eviti attese inutili e sia capace di concentrare l'erogazione delle diverse prestazioni.

Il passo successivo è quello di chiedersi in che misura le linee di intervento del PNRR siano risolutive rispetto alle attese della popolazione: da questo punto di vista ci pare che si possa concludere che emerge un quadro con luci ed ombre.

Certamente alcune questioni, quale quella del FSE o dell'adeguamento sismico delle strutture ospedaliere, pur essenziali, sono aliene dalla percezione popolare.

L'esigenza di un rinnovo del parco tecnologico non sembra essere percepita come una priorità dalla popolazione e, comunque, il valore delle tecnologie sembra patrimonio solo della parte di popolazione più istruita e che vive nei centri di maggiore dimensione.

Per quanto concerne le Case di Comunità, poi, il rischio è che, a fronte della più volte citata segmentazione della domanda, il modello possa effettivamente rispondere alle esigenze di maggiore prossimità sentite però solo in alcune zone, quali quelle meridionali, e dalle fasce di popolazione meno abbienti, di solito residenti nei centri periferici: si può immaginare, anche se gli elementi che è stato possibile raccogliere con questa prima *survey* non forniscono elementi decisivi in tal senso, che la fascia di popolazione più istruita/abbiente e residente nei centri urbani tenda a bypassare il "territorio", riferendosi direttamente allo specialista (per lo più ospedaliero), utilizzando anche le strutture ambulatoriali, magari anche quelle private accreditate.

In altri termini, il rischio è che un posizionamento delle Cade di Comunità basato sui bacini di utenza serviti, non copra le zone dove il bisogno è più sentito, concentrando le strutture in zone urbane, dove non sembrano esserci soverchi problemi di accesso.

Il modello, basato su *standard* di offerta, potrebbe dover essere, quindi, adattato alle diverse “domande” che la popolazione esprime.

Si conferma, anche nella *survey*, che il Sud parte da una situazione di svantaggio strutturale: la domanda è se basterà il vantaggio riconosciuto (a priori) al Meridione nel sistema di riparto dei fondi del PNRR, per ridurre in modo significativo le “distanze”; anche in considerazione del fatto che, fra le priorità, non sembra esplicitamente citata quella degli investimenti per il *comfort* alberghiero in ospedale, che è una priorità per la popolazione meridionale.

Ci sembra che il PNRR non fornisca, allo stato attuale, indicazioni su come gli interventi previsti potranno contribuire a migliorare quegli aspetti organizzativi che sono la carenza principale del SSN secondo la percezione della popolazione: liste di attesa, prenotazioni, coordinamento degli uffici, etc..

In conclusione, il momento è certamente cruciale per il Paese e, quindi, è doveroso esprimere un impegno collettivo per non sprecare l'occasione delle risorse arrivate con il *Next Generation EU*.

Riuscire ad elaborare il PNRR nei tempi ristretti disponibili è stato un sicuro successo, reso evidente dalla sua approvazione europea.

I tempi ristretti sono, probabilmente, anche la ragione di alcuni indirizzi assunti dal PNRR, che tendono a concentrare le risorse verso aree dove si ritiene potrà essere possibile intervenire nei tempi, ancora una volta ristretti, concessi per gli investimenti: essenzialmente progetti di adeguamento strutturale e di rinnovo del parco tecnologico, nonché progetti già in essere e non ancora completati.

Il principale limite del PNRR, però, ci sembra “esterno”, ovvero quello di non avere sviluppato una *vision* capace di legare l'adeguamento dell'offerta alle esigenze di una domanda ampiamente segmentata, ovvero alle priorità espresse dalla popolazione, e alla natura *disruptive* delle innovazioni tecnologiche.

Le priorità della popolazione si dimostrano (o si confermano) essere tutte legate alle modalità di organizzazione/erogazione dei servizi e non alla loro qualità: osservazione che ci sembra possa confermare la centralità del ruolo della digitalizzazione nella riforma del SSN. Come precedentemente argomentato, è necessario operare una “vera” transizione digitale del sistema sanitario per razionalizzare e cambiare i processi, in modo da dare risposta ai “colli di bottiglia” organizzativi e, in questo modo, proporre un modello di assistenza primaria che possa davvero diventare un punto di riferimento per la popolazione.