

**Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna
AUSL Parma
Convegno Nazionale
PERCORSI DI INNOVAZIONE NELLE CURE PRIMARIE**

Lo sviluppo dell'Assistenza primaria nel SSN

Parma, 21 Ottobre 2011

Prof. Elio Guzzanti
Direttore Scientifico IRCCS "Oasi" – Troina (En)

Nel 1968-69 la Riforma ospedaliera trasforma lo stato giuridico degli ospedali da Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB), quali li aveva mantenuti la prima Riforma ospedaliera del 1938, in Enti ospedalieri pubblici, con un Consiglio di Amministrazione politico che si avvale come “organo” di consulenza tecnica del Consiglio dei sanitari per acquisire pareri e proposte resi necessari dalla volontà della legge di adeguare gli ospedali alla rapida evoluzione clinico-scientifica, tecnologica, ma anche organizzativa, che è partita dagli USA sin dai primi anni del secondo dopoguerra. Anche avvalendosi delle ricadute tecnologiche della ricerca militare e spaziale, nel 1962 l’USPHS ha codificato la *progressive patient care*, cioè l’ospedale differenziato per intensità assistenziale, dalla rianimazione e le terapie intensive fino agli ambulatori.

La riforma ospedaliera, però, classificando in ordine crescente di importanza, gli ospedali di zona, provinciali e regionali, con le relative ripercussioni sull’entità della retta giornaliera di degenza, ha scatenato a livello locale la rincorsa alla più elevata classificazione, per ragioni finanziarie e di prestigio. Si è quindi compreso presto che solo una riforma totale poteva realizzare un sistema sanitario più equilibrato, efficace e meglio sostenibile.

Nelle prospettive di un servizio sanitario nazionale che da un lato appoggia sulla rete ospedaliera, mentre dall'altro opera attraverso le previste unità sanitarie locali, occorre considerare la rilevante presenza dei servizi ambulatoriali mutualistici.

Nel 1969 l'Inam, il maggiore istituto mutualistico, disponeva di 127 ambulatori e 773 poliambulatori, oltre ad essere convenzionato con 5468 strutture private.

Aggiungendo gli ambulatori e poliambulatori di altri Enti e Casse, si arriva a un totale di 4000 presidi erogatori di prestazioni specialistiche, un complesso che nel 1967 ha erogato 86 milioni di prestazioni con una spesa di 110 miliardi.

Nel futuro, le unità sanitarie locali dovranno svolgere una intensa attività ambulatoriale a livello della comunità, con vantaggi per il medico di famiglia che da qui si muove per erogare l'assistenza domiciliare, fulcro e fondamento di ogni sistema sanitario civile e moderno. Inoltre in tali ambulatori si praticherà anche la medicina preventiva di primo livello. I Poliambulatori ospedalieri, invece, debbono erogare le prestazioni più complesse, sul piano clinico e tecnologico, oltre che ridurre la durata media della degenza ed evitare i ricoveri non necessari.

Fonte: Guzzanti E. *Provvedimenti per ridurre i tempi di degenza: uso delle strutture ambulatoriali*. Atti della prime giornate di studio sull'ospedale in Italia.

Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma 1969

Una conferma verso tale orientamento è stata l'occasione fornita dal Centro Thomas Mann di Roma, che nel dicembre 1971 ha richiesto l'invio di una Commissione tecnica italiana per la verifica delle condizioni richieste dall'OMS alla DDR per essere ammessa a farne parte.

Dopo la visita a numerose istituzioni ospedaliere, territoriali e sociali, nonché alle Università di Berlino Est, Lipsia e Dresda, e i colloqui con responsabili di alto livello, a cominciare dal Ministro della Sanità, si è potuto rilevare come la DDR di fatto si fosse profondamente differenziata dal cosiddetto "modello Semashko" ormai diffuso non solo nell'URSS ma anche nei Paesi satelliti, fortemente centrato sull'ospedale con l'obiettivo di raggiungere 12 p. letto per 1000 abitanti, e sui cosiddetti "policlinici" specialistici territoriali, nei quali la medicina generale era di fatto irrilevante, così come l'assistenza domiciliare.

Nella DDR, invece, la riforma universitaria del 1969 stabiliva un primo ciclo di studi medici della durata di 5 anni, seguito da altri 5 anni di specializzazione in 31 corsi, dei quali il più frequentato era quello di Medicina generale che, per dirla con le parole di Giovanni Berlinguer, "prepara, si può dire con un'espressione solo apparentemente contraddittoria i generici specialisti, cioè medici capaci di comprendere le esigenze sociali della medicina e della sanità pubblica".

La Costituzione della Organizzazione Mondiale della Salute (agenzia tecnica delle Nazioni Unite) adottata nel 1946, dichiara che la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solamente nella assenza di malattia o di infermità, e che il possesso del miglior stato di salute che egli è in grado di raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano. La Costituzione della Repubblica Italiana, entrata in vigore il 1 gennaio 1948, dichiara che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Da tutto ciò consegue che la prevenzione, la cura e la riabilitazione vanno considerate in modo unitario e continuo, e che tutta la medicina diventa preventiva, sia pure operativamente distinta in tre fasi.

Fonte: Guzzanti E. La Medicina Preventiva: collegamento tra servizi ospedalieri e di territorio.

Atti delle VI Giornate su "L'Ospedale in Italia".

Istituto Italiano di Medicina Sociale. Roma, 1977

Vi è, infatti, la prevenzione “primaria” che mira ad individuare e combattere tutte le condizioni e possibili cause di malattia che derivano dall’ambiente fisico, biologico e sociale, un compito svolto da decenni dalla Sanità Pubblica, con la partecipazione dei medici condotti in funzione di ufficiali sanitari.

L’evoluzione nel tempo della demografia, della epidemiologia e della medicina richiedono ora nuove conoscenze, metodi e mezzi di prevenzione primaria, ma richiedono soprattutto la formazione in medicina generale, che non è la medicina interna.

Per essere un buon medico che tutela la salute, ancora prima che curare la malattie, si devono conoscere i comportamenti, gli atteggiamenti e i valori della popolazione e si deve saper comunicare con le persone affinché cambino consapevolmente il loro atteggiamento verso i problemi della salute.

Recuperando, infatti, lo spirito del medico condotto, ma non più isolato perché coadiuvato da infermieri e da altre figure sanitarie e sociali, il nuovo medico di medicina generale, operante in centri di sanità o case della salute dove collabora con altri colleghi, oltre ad orientare positivamente le persone assistite verso la pratica della prevenzione primaria, è anche in grado di ottenere la consapevole adesione alla prevenzione secondaria dei fattori precursori delle malattie e/o delle condizioni morbose già presenti ma ancora asintomatiche.

La rinnovata medicina di famiglia, in collaborazione con gli ospedali, svolge altresì un ruolo determinante nella prevenzione terziaria, impedendo o limitando l'evolvere delle condizioni croniche verso le ricadute, le recidive, le comorbidità e le disabilità.

La riforma sanitaria che verrà non si può limitare a modificare gli assetti istituzionali ma deve proporre un cambio di paradigma, cioè un orientamento verso la “prevenzione in medicina”, vale a dire un atteggiamento attivo e di contrasto che lotta fino all'ultima spiaggia.

Nel 1978, dapprima la legge 180 abolisce gli ospedali psichiatrici e affida la tutela della salute mentale ai Dipartimenti di Salute Mentale, che operano nelle comunità, da cui dipendono i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) da istituire presso alcuni ospedali generali, ma con un numero limitato di posti letto, per i trattamenti sanitari obbligatori ed altre particolari emergenze.

Quindi la legge 194 provvede alla tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza, con effetti sugli ospedali e sui consultori familiari.

Dal 6 al 12 settembre 1978 si tiene al Alma-Ata (Kazakistan, allora parte dell'URSS) una Conferenza promossa dall'OMS che si chiude con una Dichiarazione, nella quale si afferma il principio della essenzialità della Primary Health Care perché in tutte le comunità del mondo si possa realizzare l'equità, l'accessibilità e la sostenibilità per la tutela della salute.

Considerata da molti una Dichiarazione valida solo per i Paesi in via di sviluppo, in Italia, invece, sembra trovare un degno accoglimento.

La legge 23 dicembre 1978, n. 833, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale, disponeva che:

- ❑ La legge dello Stato, in sede di approvazione del PSN, fissa «i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini».
- ❑ Con D.P.R., sono gradualmente unificate, nei tempi e nei modi stabiliti dal PSN, le prestazioni già erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome degli enti previdenziali.
- ❑ Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme nell'intero territorio nazionale con una rete completa di USL che si articolano in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.
- ❑ Gli enti ospedalieri sono sciolti (e con essi i consigli dei sanitari) e i relativi presidi diventano stabilimenti delle USL di riferimento. Gli ospedali sono ordinati in dipartimenti, per l'integrazione delle competenze tra specialità affini e complementari, anche attraverso il lavoro di gruppo, e per il collegamento tra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri.

È urgente la istituzione dei “distretti sanitari di base”, che la legge 833 del 1978 ha definito come “strutture tecnico-funzionali per l’erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento”.

L’assistenza sanitaria primaria deve essere intesa come il complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica.

Fonte: Guzzanti E, Longhi T. *Medicina di base e medicina ospedaliera*.

Federazione Medica 1985; 9:1005-1011 (editoriale).

Dal punto di vista organizzativo, la medicina di base nella moderna concezione si differenzia dalla tradizionale figura del medico “solista” perché il medico di medicina generale ed il pediatra dovranno essere affiancati da un gruppo di altre figure professionali sanitarie, e dovranno avere la possibilità di un facile e pronto riferimento ad alcuni specialisti, in particolare l'ostetrico-ginecologo, il cardiologo, lo psichiatra e l'odontoiatra.

Se a tutto ciò si aggiunge la possibilità che personale dipendente da altri enti od organismi, quali assistenti sociali e gli addetti ai servizi di assistenza domiciliare, possa essere inserito in programmi congiunti di azione verso gli individui ed i gruppi vulnerabili ed a rischio, ecco completarsi la fisionomia del distretto che è la vera essenza della riforma sanitaria.

Fonte: Guzzanti E, Longhi T. *Medicina di base e medicina ospedaliera*.

Federazione Medica 1985; 9:1005-1011 (editoriale).

La medicina di base e quella ospedaliera non possono isolatamente risolvere i complessi problemi sanitari di una società moderna e, perciò, riconosciuta la complementarità dei rispettivi ruoli, debbono stabilire delle forme di collaborazione tra una medicina di base, da organizzare, ed una medicina ospedaliera, da rivedere nel suo ruolo e nelle sue funzioni.

Il Servizio Sanitario Nazionale, infatti, ha bisogno di un nuovo modello culturale, ancor prima che organizzativo, di cui la medicina di base e quella ospedaliera rappresentano le due metà tra loro complementari ed indissolubili.

Fonte: Guzzanti E, Longhi T. *Medicina di base e medicina ospedaliera*.

Nel 1999 con dlgs n. 300, il Ministero della Sanità viene denominato “Ministero della Salute” e questo lascia ben sperare che, oltre ad adeguarsi ai termini *health* e *santé*, che sin dalla Costituzione adottata nel 1946 caratterizzano l’agenzia tecnica delle Nazioni Unite per la tutela della salute con gli acronimi WHO/OMS, ci si sta dirigendo verso un modello di tutela della salute che ha carattere “proattivo”. Infatti, anzitutto promuove la salute con l’informazione e la formazione delle persone, impegnandole in stili di vita sani e dissuadendoli da comportamenti nocivi a sé e agli altri; poi previene i fattori di rischio conosciuti e le malattie già presenti ma asintomatiche; quindi diagnostica e cura le patologie presenti, acute e croniche; se necessario riabilita le funzioni menomate a causa di malattie o infortuni; nei casi necessari, fornisce l’assistenza palliativa.

Da qualche tempo, però, si è cominciato a parlare di “cure primarie”, “cure palliative”, etc, espressioni che contrastano con la terminologia ufficiale dei tre Livelli di assistenza (LEA).

L’Assistenza collettiva e sanità pubblica, l’Assistenza distrettuale e l’Assistenza ospedaliera.

La legge costituzionale del 2001 ha devoluto l’assistenza sanitaria alle Regioni, ma nel quadro dei LEA stabiliti dallo Stato e sempre considerando i tre LEA tra loro integrati, come emerge anche dal nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012.

The *World Health Report 2008* della WHO è dedicato al 30° anniversario della dichiarazione di Alma-Ata e porta il significativo titolo: *Primary Health Care: Now more than ever.*

Si sostiene nel rapporto che, di fronte al mutare della demografia e della epidemiologia, e in presenza di nuove condizioni economiche e sociali che con il loro mutare creano diseguaglianze tra i Paesi e all'interno degli stessi, occorre una nuova configurazione della assistenza sanitaria, troppo sbilanciata verso l'assistenza ospedaliera e focalizzata sulle specializzazioni, le tecnologie e gli specifici problemi di singole malattie.

Occorre quindi rivalutare la PHC che è una condizione necessaria, anche se non sufficiente, per garantire alle singole comunità la tutela della salute in condizioni di equità.

Il nuovo Patto per la Salute, sancito il 3 dicembre 2009 per gli anni 2010-2012 tra lo Stato, le Regioni e le P.A., prevede, tra l'altro, che i posti letto ospedalieri non possano superare 4 ogni mille abitanti, comprensivi dello 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, con il conseguente adeguamento delle dotazioni organiche.

Le norme attuali, infatti, impongono alle Regioni di non superare per il personale sanitario la spesa registrata nel 2004, diminuita dell'1,4% per ciascuno degli anni che vanno dal 2007 al 2012. Poiché nel 2009 la popolazione consisteva di 60.340.328 unità sui circa 241 mila posti letto consentiti è prevedibile che i ricoverati in condizioni gravi, critiche, con pluripatologie e instabili, rappresentino un carico tale da rendere improbabile che una dotazione organica in riduzione possa farsi carico anche dell'assistenza distrettuale.

D'altro lato, lo stesso Patto per la salute, al fine di facilitare i processi di deospedalizzazione stabilisce l'obbligo per le Regioni di un atto di programmazione integrata dei posti letto di residenzialità e semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri pazienti non autosufficienti.

Le sfide assistenziali del SSN

Si confermano anche nel triennio le due grandi sfide assistenziali che hanno caratterizzato gli ultimi cicli della programmazione nazionale.

La prima è quella relativa ai problemi di assistenza socio-sanitaria connessi alla non autosufficienza: nel nostro SSN il tema dell'assistenza agli anziani e ai disabili non autosufficienti già oggi pesa molto di più che in altre realtà a causa della più alta percentuale di anziani e grandi anziani e tende ad assorbire sempre più risorse per servizi di carattere prevalentemente socio-sanitario.

La seconda è legata all'incremento dei costi conseguente allo sviluppo delle tecnologie e dei nuovi farmaci.

Questi due sottoinsiemi di tematiche assistenziali segnano un fattore di svolta epocale che assorbirà una ampia parte delle risorse aggiuntive.

Centralità delle cure primarie

In un contesto fortemente orientato verso il sapere specialistico vi è la necessità di una visione integrata ed olistica dei problemi di salute, delle singole persone e della comunità a cui esse afferiscono.

Tale compito è affidato anche alle cure primarie, in particolare alla medicina generalista e alle altre componenti dell'assistenza convenzionata, in una logica di rete.

I principali obiettivi ad esse affidati sono:

- Promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute della comunità.
- Prendere in carico i pazienti in modo globale e completo.
- Sviluppare le competenze e valorizzare il ruolo del personale infermieristico.
- Favorire la continuità assistenziale.
- Concorrere ai processi di governo della domanda.
- Misurare il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute del singolo e della comunità.
- Favorire l'*empowerment* dei pazienti.

Le cure primarie sono riconosciute nelle strategie aziendali, nelle quali viene affidata al distretto la *governance* del sistema per l'erogazione di livelli appropriati.

Il Punto Unico di Accesso (PUA) è una modalità organizzativa che facilita la collaborazione e il coordinamento tra le componenti, pubbliche e non, sanitarie e sociali impegnate nel percorso di cura sanitario per:

- Pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che corrono rischi elevati se non vengono loro assicurate le necessarie competenze cliniche ed infermieristiche, in una struttura dedicata o a domicilio;
- Pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, che richiedono l'assistenza di team multidisciplinari presso il domicilio del paziente o in una struttura protetta;
- Pazienti cronici in buone condizioni di salute, il cui monitoraggio si effettua nel loro domicilio, educandoli alla collaborazione attiva per l'autocura.

La gestione della cronicità richiede la definizione di una rete assistenziale che integra le varie componenti istituzionali e non, può avvalersi di posti letto territoriali/servizi residenziali gestiti da MMG e personale infermieristico, anche in qualità di case manager, ma anche delle famiglie, delle associazioni, delle istituzioni profit e non profit, in altre parole il ricchissimo capitale sociale che caratterizza moltissime realtà locali italiane.

Il volontariato

Il mondo del volontariato e del terzo settore è costituito da una pluralità di enti e di organizzazioni che, pur essendo molto diverse tra loro, sono accomunate dalla finalità di contribuire alla realizzazione del pubblico interesse, la tutela della salute nel suo significato più ampio.

Il ruolo svolto dai soggetti della società civile nell'ambito della tutela della salute e del sistema integrato dei servizi sociali è di straordinaria importanza, in particolare per la umanizzazione del servizio e per le istanze etiche di cui è portatore, con effetti innovativi nel SSN.

In questa prospettiva il volontariato nelle sue diverse espressioni, diventa fondamentale strumento di integrazione al sistema pubblico, in attuazione del principio di sussidiarietà (art. 118 Cost.).

Il coinvolgimento dei familiari e del volontariato nei percorsi sanitari è l'elemento essenziale per permettere al paziente di esprimere la propria opinione per i servizi erogati.

Occorre consentire al mondo del volontariato e del terzo settore di effettuare interventi non parcellizzati, ma sinergici e coordinati con le attività delle istituzioni.

Gli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati nell'anno 2008

Nel 2008 i Comuni italiani hanno destinato agli interventi e ai servizi sociali 6 miliardi e 662 milioni di euro, un valore pari allo 0,42% del PIL. Della spesa sociale, il 38,7% è assorbita dai servizi di supporto ai cittadini, il 34,5% al funzionamento delle strutture e il 26,8% (pari a 1.785.416) è destinato a trasferimenti in denaro.

I Comuni gestiscono singolarmente il 75% della spesa sociale e il 25% in forma associata tra Comuni. Alle ASL è affidata la gestione del 31% della spesa sociale in Veneto, del 15% in Toscana, del 7% in Friuli V.G. I Comuni del Nord-est spendono 155 euro per abitante, nel Nord-ovest 129, nel Centro 126, nelle Isole 95, nel Sud 52.

La spesa per i disabili è di 1 miliardo e 408 milioni di euro, una media di 2500 euro pro capite l'anno (che passa da 658 euro al Sud ai 5075 del Nord-est), che comprende l'assistenza domiciliare a 37 mila disabili, come tali considerando le persone di età superiore ai 6 anni ed inferiore ai 65 anni che vivono in famiglia, ed escludendo i residenti nei presidi assistenziali socio-sanitari.

La spesa per gli anziani ammonta a 1 miliardo e 400 milioni di euro (che passa dai 59 euro del Sud a 165 nel Nord-est), e comprende l'assistenza domiciliare sociale a 191 mila anziani, cioè all'1,6% del totale degli anziani. Vanno considerate, inoltre, le quote pagate dagli assistiti (933 milioni di euro) e la partecipazione del SSN per 1 miliardo e 116 milioni di euro, per un totale complessivo di 8 miliardi e 712 milioni di euro. Il SSN nel 2008 è stato finanziato per circa 100 miliardi di euro. Nel documento dei Comuni non vengono forniti dati circa il personale che assicura gli interventi e i servizi sociali citati.

Iniziative quali sono quelle precedentemente indicate richiedono la individuazione del possibile finanziamento e, tenendo ben presente che il Presidente della Repubblica ha individuato nel debito pubblico il vero nemico contro il quale l'Italia deve unirsi, ma coi tagli della spesa mirati verso quegli ambiti che sono ridondanti e razionalizzabili.

Nel caso della Sanità, risultano corrispondere a questi concetti i dati di seguito riportati.

- La Corte dei Conti ha rilevato i seguenti incrementi di spesa per il periodo 2005-2009 (1)

Medicina generale e convenzionata	+ 11,8%
Personale	+ 13,8%
Beni e Servizi	+ 21,0%
Specialistica convenzionata	+ 27,3%

- Il PSN 2011-2013 in un paragrafo relativo al “Miglioramento dell’appropriatezza”, afferma che “il livello dell’assistenza specialistica ambulatoriale ha registrato, nel triennio 2005-2007, una crescita in termini di quantità delle prestazioni erogate di circa il 6%”.

1) Fonte: Corte dei Conti: *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni 2008-2009* del 22/07/10

Dopo aver esposto alcune possibili spiegazioni al riguardo, tra le quali il passaggio di prestazioni ospedaliere dal ricovero diurno al regime ambulatoriale, si rileva che “a questo fenomeno si aggiunge la non adeguata diffusione di assistenza domiciliare e residenziale nel territorio nazionale che comporta l’erogazione in regime ambulatoriale di prestazioni, specialmente terapeutiche, che potrebbero essere erogate in setting assistenziali più appropriati. A ciò si aggiungono l’avvento delle nuove tecnologie, nonché la maggiore consapevolezza dei cittadini rispetto ai propri bisogni di salute”.

Poiché tutto ciò ha un diretto impatto sia sui costi sostenuti dal SSN, sia sui tempi di attesa per l’erogazione delle prestazioni, è necessario che le Regioni intervengano con provvedimenti di *health technology assessment*, nonché con la misurazione e valutazione dei comportamenti prescrittivi.

- Confermano questi concetti i dati riportati nel Workshop “Meridiano Sanità al Sud” (1), dai quali emergeva che, tra il 2005 e il 2007, la popolazione è aumentata dell’1,14%, i ricoveri ospedalieri sono diminuiti del 5,05% e le prestazioni sono aumentate del 14,74%.

- Circa l'esigenza di provvedimenti di *health technology assessment*, la tabella che segue dimostra che non vi è alcun rapporto tra la posizione dell'economia italiana nel quadro dell'Unione Europea e la dotazione di tecnologie di elevato costo.

Number of MRI units, 2008 (per million population)		Number of CT scanners, 2008 (per million population)	
Italy	20,0	Switzerland	32,0
Denmark	15,4	Italy	31,0
Switzerland	14,0	Denmark	21,5
Netherlands	10,4	Germany	16,4
Germany	8,5	France	11,0
France	6,1	Netherlands	10,3
UK	5,6	UK	7,4
(selected countries)		(selected countries)	
<u>EU</u>	9,5	<u>EU</u>	19,2

- Che sia possibile contenere il ricorso all'ospedale, ed i relativi costi, trova ulteriore conferma nel progetto "Sissi" (simulazione spesa sanitaria italiana), svolto in collaborazione tra la Simg e il Ceis, che, tra l'altro, evidenzia il costo medio in un anno (il 2009) di un paziente assistito dal MMG, pari, nella media, a 382,7 euro, con un picco di 655,9 per gli assistiti di 75-84 anni, seguito da 583,1 da 85 anni in poi.

Per confronto, il costo medio (nel 2008) di un ricovero ospedaliero in regime ordinario per acuti è di 3500 euro per gli uomini e 3000 euro per le donne, che si riduce per i ricoveri in day hospital a 1430 euro per gli uomini e 1361 euro per le donne.

È giusto, quindi, quanto affermato dal PSN, così come vengono confermate le opinioni di quanti affermano, a partire dall'OMS, che la Primary Health Care è «ora più che mai» indispensabile, anche per quanto riguarda la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari nazionali.

- Relativamente alla "misurazione e valutazione dei comportamenti prescrittivi", giungono opportuni i risultati della prima ricerca nazionale sul fenomeno della "medicina difensiva", realizzata dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Roma che l'ha presentata il 23 novembre 2010. Condotta tra il 2009 e il 2010 su un campione di 2783 unità stratificato per classe di età e area geografica, rappresentativo di tutti i medici italiani attivi negli ospedali, case di cura e medicina di base, sia nel settore pubblico sia nel settore privato.

Dai risultati dell'indagine emerge che la probabile incidenza economica della medicina difensiva sulla spesa sanitaria del SSN sia, del 10,5% quella generata da tutti i medici, pubblici e privati.

Rispetto alla spesa privata, sale al 14% prendendo in considerazione soltanto i medici privati mentre si attesta sull'11,8% della spesa totale, comprendendo quella generata da tutti i medici, pubblici e privati.

Stimando una spesa totale per la specialistica pari almeno a 12 miliardi nel 2009, una prima misura di contenimento pari al 50% della stima attuale porterebbe ad un risparmio di circa 700 milioni da rendere disponibili per l'avvio della più urgente delle misure necessarie per avviare una Assistenza Primaria degna di questo nome in Italia, vale a dire l'assistenza intermedia e domiciliare per i pazienti che possono essere dimessi dagli ospedali perché dispongono subito di una adeguata e concordata continuità assistenziale.

- Il più recente documento in materia è stato approvato dalla Conferenza delle Regioni del 22 settembre u.s., nel quale si delinea il percorso istituzionale e finanziario delle politiche sociali nell'ultimo decennio e si ricorda la L. 328/2000, per la realizzazione integrata di interventi e servizi sociali, anche attraverso la sussidiarietà verticale e orizzontale con un ruolo forte, in termini propositivi e di gestione, del Terzo Settore, Impresa sociale, volontariato e associazionismo, accompagnando questo nuovo assetto con il ruolo di indirizzo, di programmazione e di regia da parte del sistema delle Autonomie, Regioni, Comuni e Province.

Poiché le risorse relative alle Politiche Sociali sono venute decrescendo nel tempo e le tendenze future sembrano volte verso ulteriori restrizioni, il documento sottolinea che, tra l'altro, si assisterebbe ad una riduzione dell'assistenza domiciliare e residenziale agli anziani e ai non autosufficienti, con l'aumento di uso inappropriato del Pronto Soccorso e dei posti letto ospedalieri.

Il d.d. legge delega sul federalismo fiscale, approvato dal Consiglio dei Ministri il 3 ottobre 2008, stabilisce che le spese «sono determinate nel rispetto dei costi standard associati ai livelli essenziali delle prestazioni fissati dalla legge statale, da erogarsi in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale».

L'appropriatezza, perciò, non si limita più all'assistenza ospedaliera e ad alcune sue prestazioni, bensì viene richiesta ad ogni livello di attività del SSN, quindi l'Assistenza Primaria che, nell'ambito dei Distretti si accinge ad operare secondo nuovi principi e modelli operativi, e gli Ospedali, la cui organizzazione dipartimentale è ormai formalmente generalizzata.

Sia nel territorio, sia negli ospedali, dovrà, perciò, essere operativo il Governo Clinico, cioè ⁽¹⁾ il “rendersi conto per rendere conto”, nello spirito di responsabilizzazione che le professioni sanitarie assumono, verso gli assistiti e verso le istituzioni, circa le attività svolte, le prestazioni erogate ed i risultati ottenuti.

(1) Fonte: Guzzanti E. *Camera dei deputati, Commissione Affari Sociali (presidente On. Roberto Calderoli)*. 7 febbraio 1995: Audizione del Ministro della Sanità, prof. Elio Guzzanti

Il Gruppo Indipendente per lo Studio dell'Assistenza Primaria (GISAP), con un proprio contributo, ha inteso confermare quanto in Italia è stato scritto e prescritto per la affermazione della Assistenza Primaria nell'ambito dei Distretti, sostenendo che solo una rivalutazione, normativa, professionale ed organizzativa, della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della continuità assistenziale potrà rendere più stabile e sostenibile il malfermo assetto attuale del Servizio sanitario nazionale.

I libero professionisti operanti in convenzione nel territorio, riorganizzati nelle loro modalità di lavoro, con un impegno più significativo in termini di partecipazione oraria e di collaborazione interprofessionale e pluridisciplinare, possono realizzare in Italia quanto ha ribadito la WHO nel 2008.

Fonte: Guzzanti E. et al. *L'Assistenza Primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra*. Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma 2009

Assistenza Distrettuale

Anni 2007-2008

Medici di medicina gener.	45.626	Distretti	742
Pediatri di libera scelta	7.389	DSM	179
Medici di continuità assistenziale	15.013	SERT	545
Medici dell'emergenza territoriale	3.445	Farmacie	17.524 di cui 1.412 pubbliche
Medicina dei servizi	2.164	Riab. ex art. 26	775 (27.486* posti r.)
Medici specialisti	13.453	Res. psichiatr.	1.552 (17.101* posti r.)
Altre professionalità	584	Res. anziani	4.516 (227.315* posti r.)
Farmacisti	45.000		
TOTALE	122.624	TOTALE	271.902
Dirigenti sanitari del SSN (110.904 medici, 85%)	114.794		

Professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione

Infermiere	314.000	Assistente sanitario	8.600
Infermiere pediatrico	10.000	Tecn. prev. Amb. e lavoro	30.000
Ostetrica	15.500	Tecnico laboratorio	30.000
Fisioterapista	40.000	Tecnico radiologia	21.000
Logopedista	8.000	Dietista	3.000
Ortottista	3.000	Igienista dentale	2.200
Podologo	1.200	Tecnico audiometrista	1.200
Tecn. riabilitaz. Psichiatrica	3.000	Tecnico audioprotesista	2.500
Terap. Neuro età evolutiva	1.500	Tecnico neurofisiopatologia	1.500
Terap. Occupazionale	1.000	Tecnico ortopedico	3.000
Educatore professionale	25.000	Tecnico fisiop. Cardiocirc.	3.000

Totale su 22 profili professionali: 369.100

Medici chirurghi e odontoiatri: 370.374

Fondamentalmente la proposta del GISAP è quella di mantenere la condizione di libero professionista dei MMG e PLS, comprendendovi anche la Continuità assistenziale, di articolare l'orario di lavoro in 38 ore settimanali, di ripartire il lavoro tra una quota da effettuare dai singoli professionisti nei loro studi per favorire il crescente numero di persone che ha difficoltà ad allontanarsi dalla propria abitazione, ma la quota più rilevante è quella da svolgere presso ambiti fisici attrezzati per la medicina da effettuare in stretta collaborazione con gli appartenenti agli attuali 22 profili professionali sanitari. In tal modo si potrà coprire in senso temporale un ampio arco orario giornaliero e settimanale, ed in senso spaziale si dà un vero, concreto e documentato valore alle attività ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali, nonché alla continuità tra l'ospedale e la comunità.

Dal punto di vista remunerativo, l'esperienza internazionale propende per un mix tra la quota capitaria e la remunerazione di obiettivi prioritari stabiliti dalle Regioni, le Aziende e i Distretti, nel cui ambito ruotano tutte le attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali.

Il riconoscimento di una disciplina scientifica della Medicina Generale comporta anche il riconoscimento istituzionale del ruolo didattico e di ricerca dei medici di famiglia.

La formazione specifica prevista dalle norme dell'UE in Italia oggi fa capo alla organizzazione di ogni Regione: la conseguente diversificazione dell'insegnamento rischia di compromettere la garanzia della necessaria uniformità di conoscenze e competenze dei medici di medicina generale.

Da valutare è l'opportunità di creare una specializzazione in medicina generale, da collocare in ambito universitario all'interno di una struttura dipartimentale di Area Medica, regolamentando, però, in modo specifico gli obiettivi dell'insegnamento e della ricerca da affidare a MMG convenzionati con il SSN e dotati delle conoscenze e competenze necessarie per realizzare tali obiettivi.

Fonte: Guzzanti et al. *L'Assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra.*

Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma 2009

Nel 1965 venivano istituiti negli Stati Uniti i Neighborhood Health Centers, nel 1975 ridenominati Community Health Centers, che attualmente sono circa 1400 e sono finanziati dal Governo Federale per assicurare a circa 20 milioni di assistiti la *primary care* e l'integrazione socio-sanitaria, che non si limita ad attendere chi si presenta, ma operano in *outreach* anche attraverso la facilitazione all'accesso ai servizi, o assicurando i trasporti, oppure stabilendo centri satelliti locali. Gestiti da un Consiglio costituito da membri designati o eletti dalle comunità di riferimento, sempre più collegati con Academic Medical Centers, che se ne giovano per la formazione "sul campo" degli specializzandi in *family medicine* e *public health*, sono oramai numerosi gli studi che dimostrano che, a parità di uno stato socio-economico di basso livello, le comunità servite dai Centri fanno rilevare indicatori di salute significativamente migliori.

Forte anche di queste esperienze, il Governo Federale ha approvato, nel 2009, e finanziato la sperimentazione della Medical Home, quale struttura centralizzata dove i Primary Care Physicians, ma anche gli specialisti nei casi che lo richiedono, lavorano per la promozione della salute, la prevenzione, la soluzione dei casi acuti, il trattamento delle patologie croniche, nonché il coordinamento di tutte le attività e prestazioni che l'assistito deve ricevere in
33
altra sede per particolari problemi.

Il 23 marzo 2010 il Presidente degli USA ha firmato “The Patient Protection and Affordable Care Act” per estendere l’assicurazione sanitaria a quanti ne sono attualmente sprovvisti, anche realizzando nuovi modelli organizzativi e di formazione per la primary care mediante le seguenti iniziative:

- Create the Independence at Home demonstration program to provide high-need Medicare beneficiaries with primary care services in their home, to reduce preventable hospitalizations, prevent hospital readmissions, improve health outcomes, improve the efficiency of care, reduce the cost of health care services, and achieve patient satisfaction;
- Increase the number of Graduate Medical Education training positions, with priorities given to primary care;
- Establish Teaching Health Centers, defined as community-based, ambulatory patient care centers, including federally qualified health centers eligible for operating primary care residency programs;
- Support training programs that focus on primary care models such as medical homes, team management of chronic disease and those that integrate physical and mental health services.

Fonte: Summary of New Health Reform Law.

The Henry J. Kaiser Family Foundation, June 18, 2010

The Royal College of General Practitioners ha così sintetizzato il passato e il futuro della categoria:

- The primary care service, largely delivered by GPs and their staff, is an enduring success of the NHS;
- In the NHS of the early 21st century GPs, their staff and other primary care professionals all need to work together in ever closer alliances and networks;
- A Primary Care Federation is an association of general practices and community primary care teams that come together to share responsibility for developing high quality, patient-focused services for their local community;
- Primary Care Federations are about collaboration and cooperation rather than about competition;
- Primary Care Federations would create economies of scale in a manner that small GP practices cannot do;
- Instead of developing large new health centres, Federations would use existing buildings adapted for the delivery of primary care services.

Nel luglio del 2010 il Department of Health of England ha presentato un documento, a firma del primo Ministro Cameron e del Vice Primo Ministro Clegg, dal titolo: “Equity and excellence: liberating the NHS”. Si prevede una profonda e radicata trasformazione dell’attuale organizzazione, che nell’arco di un triennio vedrebbe la soppressione dei 152 Primary Care Trusts e delle 10 Strategic Health Authorities, e la delega dell’80% delle responsabilità del budget del NHS a circa 500 Consorzi di General Practitioners, che diventano erogatori e committenti di servizi nelle singole comunità di riferimento.

Al riguardo, il Royal College of General Practitioners, che è stato fondato nel 1952 e conta 42.000 membri, esprime perplessità circa la preparazione dei GP nel duplice ruolo, da un lato di committenti, e gestori delle risorse, e dall’altro lato, di clinici in grado di realizzare quella partnership tra medico e malato che è ormai affermata per la centralità del paziente.

Si ritiene, perciò, che la specializzazione dei GP, che è solo triennale rispetto ai cinque anni richiesti per le altre specializzazioni, se prolungata di un biennio potrebbe fare acquisire le conoscenze e le competenze necessarie per avviare la riforma prevista.

A seguito di numerose critiche, osservazioni e proposte di modificare profondamente il testo presentato, il primo Ministro Inglese, nell’aprile 2011, ha dichiarato l’intenzione di ridiscutere il progetto nei prossimi tre mesi.

Pazienti ad alto grado di tutela

Nell'ambito delle patologie, ce ne sono alcune di grande rilevanza medica e sociale in quanto:

- generano situazioni di disabilità gravissima e non emendabile ad andamento cronico, di cui spesso non sono noti i meccanismi patogenetici che le scatenano né si dispone di mezzi terapeutici capaci di debellarle o, almeno, di arrestarne il processo degenerativo;
- hanno un devastante impatto psicologico ed operativo sulle famiglie chiamate a farsi carico di oneri, anche economici, inversamente proporzionali all'offerta assistenziale del servizio pubblico;
- sono responsabili di elevati costi complessivi di assistenza contenibili solo attraverso una risposta del sistema sanitario coordinata ed efficiente;
- sollevano nuove complesse e delicate questioni etiche con cui le Istituzioni ed il Paese tutto sono chiamati a confrontarsi.

Le patologie in questione riguardano in particolare:

- pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza;
- pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative ed invalidanti;
- pazienti affetti da demenza.

Pazienti ad alto grado di tutela

L'efficiente coordinamento delle tante figure professionali coinvolte nel contrasto a queste drammatiche patologie è possibile solo realizzando una rete integrata di servizi sanitari e sociali, nella quale preziose sono le figure dei MMG e dei PLS non solo nell'iniziale ruolo diagnostico e di corretto indirizzo del paziente presso le strutture da coinvolgere, ma soprattutto nel loro ruolo di interfaccia tra paziente, famiglie e strutture operative, dai Centri di Alta Specializzazione fino al territorio, garanti dell'efficacia, qualità, tempestività ed aggiornamento degli interventi prescritti nei confronti di chi, dimesso, ritorna presso il suo domicilio. Superfluo appare il sottolineare quanto importante, in questo contesto, può essere l'apporto del volontariato.

Per una programmazione globale di servizi, presidi e processi assistenziali dovranno essere perseguite logiche di "hub and spoke", rifiutando logiche localistiche e non disdegnando accordi interregionali.

Primary Care Trusts, England, 2009-2010: gross expenditure for 23 programmes: 103,97 £ billion

Mental Health Disorders	11,26
Problems of Learning Disability	3,15
Neurological	4,14
	18,55
Problems of Circulation	8,00
General Medical Services/Personal Medical Services	7,70
Cancers & Tumours	5,86
Problems of the Musculo Skeletal System	4,76
Problems of the Genito Urinary System	4,63
Problems of the Respiratory System	4,59
Problems of the Gastro Intestinal System	4,58
Problems due to Trauma and Injuries	3,74
Maternity and Reproductive Health	3,62
Social Care Needs	3,50
Dental Problems	3,30

Endocrine, Nutritional and Metabolic Problems	2,89
Healthy Individuals	2,11
Problems of the Skin	2,08
Problems of Vision	1,93
Infectious Diseases	1,91
Disorders of Blood	1,40
Conditions of Neonates	1,28
Adverse Effects and Poisoning	1,07
Problems of Hearing	0,50

Primary Care Trusts, England, 2009-2010:
gross expenditure per head of population for selected programmes

	£
Mental Health Disorders	216,73
Problems of Learning Disability	60,53
Neurological	79,72
	356,72
Problems of Circulation	154,03
General Medical Services/Personal Medical Services	148,20
Cancers & Tumours	112,81
Musculo-Skeletal System	91,52
Respiratory System	88,42
Gastro Intestinal System	88,12

Total Gross Expenditure per head 2009-2010: 2.001,00 £