

ELIO GUZZANTI

# L'ASSISTENZA PRIMARIA IN ITALIA

dalle condotte mediche  
al lavoro di squadra

*La proposta del GISAP  
Gruppo Indipendente per lo Studio dell'Assistenza Primaria*

Maria Concetta Mazzeo  
Giacomo Milillo  
Americo Cicchetti  
Alessandro Meloncelli



### AMERICO CICCETTI

Professore straordinario di organizzazione aziendale alla Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. È Presidente del Corso di Laurea in *Economia e Gestione delle Aziende e dei Servizi Sanitari* e direttore scientifico del Master universitario in "Organizzazione e Gestione delle Aziende Sanitarie". È responsabile per la ricerca nell'Unità di Valutazione delle Tecnologie del Policlinico Universitario "A. Gemelli". Vice Presidente e socio fondatore della Società Italiana di Health Technology Assessment e Membro del Board of Directors dell'Health Technology Assessment International. Membro del Comitato di Indirizzo della Fondazione Roma, per 4 anni membro del consiglio di amministrazione dell'Istituto Superiore di Sanità. È membro dell'editorial board dell'"International Journal of Technology Assessment in Health Care", dell'"Italian Journal of Public Health", di "Politiche Sanitarie" e di "Organizzazione Sanitaria". Collabora stabilmente con l'European Observatory on Health Care Systems and Policies" per la realizzazione del profilo del servizio sanitario nazionale italiano. È autore di oltre 100 articoli e di 5 monografie in lingua italiana ed inglese nel campo dell'economia e del management sanitario.

### MARIA CONCETTA MAZZEO

Specialista in Pediatria ed Igiene e Medicina preventiva. Attualmente ricopre l'incarico professionale in ricerca sui servizi sanitari in staff con la Direzione Generale della ASL Roma E. Dal 1996 docente in organizzazione sanitaria, riorganizzazione dei servizi territoriali, Assistenza Primaria, integrazione socio-sanitaria in numerosi corsi di perfezionamento e master in organizzazione sanitaria della Università Cattolica di Roma. Dal 2008 collabora come consulente in organizzazione sanitaria con la Società Scientifica Metis – Fimmg. Ha svolto attività di medico di medicina generale e pediatra di famiglia in Roma e provincia tra il 1989 e il 1991. Borsista ricercatrice presso la direzione scientifica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma dal 1990 al 1994, ha svolto attività di ricerca sui servizi sanitari, in particolare su day hospital, day surgery, applicazione dei DRG in campo pediatrico. Dal 1995 al 1999 ha assunto l'incarico di medico funzionario presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Ha collaborato con il Ministro della Sanità Elio Guzzanti (1995-1996) quale componente della segreteria tecnica e membro del gruppo di studio per il rinnovo dell'ACN del 1996. Tra il 1999 e il 2006 ha ricoperto il ruolo di medico di direzione sanitaria presso l'Ospedale di Tivoli, il Policlinico Casilino e l'Ospedale Sandro Pertini di Roma, presso il quale ha svolto anche funzione di direttore di presidio. Ha partecipato in qualità di esperto a varie Commissioni Nazionali istituite dal Ministero della Sanità per lo studio e l'approfondimento di tematiche inerenti la tutela della salute materno-infantile. Nominata consulente, dal 2002 fino al termine della legislatura, della Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica; in questo ambito ha collaborato tra l'altro ai lavori della "Indagine conoscitiva sui fenomeni di denatalità, gravidanza, parto e puerperio in Italia." Autrice di circa 60 lavori pubblicati in riviste scientifiche, ha partecipato alla stesura di alcuni testi di organizzazione sanitaria.

In copertina:

***La clairvoyance (La chiaroveggenza), René Magritte***

*1962 circa, gouache su carta, 34,8x25,8cm.*

*Collezione di Brigitte SALIK e Véronique SALIK*

Il GISAP ha voluto affidare alla pittura di Magritte, che “rende visibile il pensiero”, il compito di evocare con l’immagine della Clairvoyance, la Chiaroveggenza, un concetto complesso rappresentato con l’accostamento simbolico tra la foglia e l’albero, in cui la foglia è già albero.

**La parte è così evocativa del tutto complesso ed articolato cui appartiene, da trasformarsi.**

Tale pensiero-immagine si accosta metaforicamente al concetto che ha guidato il GISAP nel libro: la ricerca della chiaroveggenza nel passaggio dalle condotte alla complessa articolazione del lavoro di squadra della Assistenza Primaria quale lungimirante **visione del futuro dal passato.**



ELIO GUZZANTI

# L'ASSISTENZA PRIMARIA IN ITALIA

dalle condotte mediche  
al lavoro di squadra

*La proposta del GISAP,  
Gruppo Indipendente per lo Studio  
dell'Assistenza Primaria*

**Maria Concetta Mazzeo**

**Giacomo Milillo**

**Americo Cicchetti**

**Alessandro Meloncelli**



**Edizioni Iniziative Sanitarie**

Viale di Val Fiorita, 86

00144 Roma

Tel. 065919418

Fax 065912007

[www.iniziativesanitarie.it](http://www.iniziativesanitarie.it)

# Hanno collaborato alla stesura del volume

## **AMBROGIO AQUILINO**

Direttore Area Qualità, Accreditamento e Formazione (Progetto Leonardo).

## **GIANCARLO AULIZIO**

Medico di medicina generale a Modigliana e Tredozio (FC) e Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena. Coordinatore del Nucleo di Cure Primarie Avanzato-Sperimentale (NCPAS) della "Valle del Tramazzo". Fra gli estensori delle Linee Guida per la SIMeT (1998) e la FIMMG (2003) sugli Ospedali di Comunità, autore della prima monografia italiana sull'argomento (febbraio 2000) "Dal Country Hospital all'Ospedale di Distretto – una realtà assistenziale in continua espansione". Dal maggio 2008 Coordinatore del Dipartimento sugli Ospedali di Comunità del Centro Studi Nazionale FIMMG.

## **ALESSANDRA BURGIO**

Laureata in Scienze Statistiche e Demografiche presso l'Università "La Sapienza" di Roma, lavora attualmente presso l'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) in qualità di Primo Ricercatore con la responsabilità dell'Unità operativa "Servizi sanitari e quadro epidemiologico".

## **SANDRO CINQUETTI**

Direttore Sanitario dell'Azienda U.L.S.S. n. 7 del Veneto. Autore di numerose pubblicazioni in materia di Medicina Preventiva, Sanità Pubblica e organizzazione dei servizi sanitari. Attualmente nominato Coordinatore Responsabile del Centro per il Controllo delle Malattie della Regione Veneto. Socio vitalizio della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica.

## **GIAMPAOLO COLLECCHIA**

Medico di Medicina Generale, specialista in Medicina Interna. Dirigente del Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale (CSerMEG). Docente Attività Didattica Elettiva presso l'Università di Firenze. Tutor e coordinatore Attività teorico-pratiche nel Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Toscana.

## **ALBERTO DEALES**

Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Marche, Responsabile Area Qualità dei Processi Assistenziali e Reti Cliniche (Progetto Raffaello).

### **ANGELO LINO DEL FAVERO**

Direttore Generale dell'Azienda ULSS n. 7 del Veneto e Consulente esperto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali Maurizio Sacconi. Docente alla Luiss Guido Carli - Divisione Luiss Business School. Coordinatore Forum Permanente Nazionale dei Direttori Generali Federsanità Anci. Membro AIES (Associazione Italiana di Economia) e Socio SIQuAS-VRQ (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria).

### **LUCA DEL VECCHIO**

Laureato in Economia e Commercio presso la Luiss. In Confindustria dal 1989, si occupa di ricerca industriale e politiche per l'innovazione anche con incarichi presso il Ministero dell'Università e della Ricerca e la Commissione UE. Nel 1998 segue l'avvio del Progetto Sanità di Confindustria. Dirigente, attualmente responsabile sanità Confindustria e Vice Presidente del Fasi (Fondo di assistenza sanitaria e di sostegno al reddito dei dirigenti industriali). Ha ricoperto funzioni di amministrazione in Fondi e Società operanti nel campo della previdenza e dell'assistenza sanitaria. Nel corso delle ultime due legislature ha collaborato in sede tecnica con il Ministero della Salute sugli aspetti economici e normativi dell'assistenza sanitaria integrativa.

### **SERGIO DOMPÉ**

Presidente di Farindustria e Componente della Giunta di Confindustria. Presidente del Comitato di Valutazione del CNR e Componente del Consiglio della Fondazione IIT (Istituto Italiano di Tecnologia). Presidente della Holding Dompé Farmaceutici. Laurea Honoris Causa in Biotecnologie con indirizzo farmaceutico (Bologna 1996) e in Biotecnologie Mediche (L'Aquila 2005).

### **DARIO GRISILLO**

Medico di Medicina Generale, Specialista in Medicina Interna e in Tisiologia e Malattie Apparato Respiratorio. Segretario Provinciale FIMMG Arezzo. Presidente FimmgMatica - SrL a Socio unico Fimmg. Componente per conto FIMMG della Commissione Intersindacale per la Ristrutturazione del Compenso

### **ROBERTO LALA**

Laureato in Medicina e Chirurgia, Specializzato in Patologia Clinica. Segretario Generale SUMAI ASSOPROF (Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria) da gennaio 2001. Responsabile laboratorio analisi territoriale presso il 2° distretto ASL RM B.

### **FRANCO LUPANO**

Dal 1979 è medico di famiglia a Trofarello (TO). Dal 1986 è formatore in Medicina Generale e incaricato dell'insegnamento tutoriale agli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Torino. Membro della Sezione Piemontese del *Centro Italiano di Storia Sanitaria e Ospedaliera*, collabora a riviste mediche specializzate



con articoli di storia sanitaria. Ha pubblicato nel 1999 *“La Compagnia di San Paolo e il Servizio Sanitario per i Poveri nella Città di Torino. 1814-1851”*, ha collaborato ai volumi *“L'OSPEDALE MILITARE. Una risorsa per Torino”* nel 2006 e *“Il Regio Manicomio di Torino. Scienza, prassi e immaginario nell'Ottocento italiano”* nel 2007.

### **CARLO MANFREDI**

Medico di medicina generale, specialista in Farmacologia clinica e in Pediatria, Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Massa Carrara e della Commissione Appropriata Prescrittiva ASL1 Regione Toscana, Membro della Commissione Terapeutica della Regione Toscana.

### **GIUSEPPE MELE**

Presidente Nazionale della FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri). Laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Pediatria a Parma. Dal 1980 al 1985 Medico Scolastico presso il Distretto di Martano (Le). Dal 1982 svolge attività di medico Pediatra di famiglia presso la ASL LE/1 - Distretto di Martano. Segretario provinciale della FIMP Lecce dal 1991. Dal 1996 al 2001 Vicepresidente della FIMP. Segretario Nazionale della FIMP dal 2001 al 2006.

### **ROSARIO METE**

Presidente della C.A.R.D. (Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto). Laureato nel 1978 e specializzato in Igiene e Medicina Preventiva, dirigente medico e Direttore dal 1995 del Distretto Sanitario 12 di Roma, Direttore Sanitario dell'Azienda USL n. 5 di Pisa negli anni 2004/2005. Docente presso l'Istituto d'Igiene “G. Sanarelli” dell'Università La Sapienza di Roma e direttore dei periodici, Card News e Quaderni Card.

### **ANDREA MUSILLI**

Regional Partnership Project Manager, Pfizer Italia.

### **ARMANDO MUZZI**

Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Roma; Specializzazioni in Medicina del Lavoro, in Igiene e Medicina Preventiva, in Malattie Infettive, in Igiene e Tecnica Ospedaliera; Libera docenza in Igiene. Direttore Sanitario ospedaliero di ruolo con incarichi, in vari periodi, di Sovrintendente sanitario del Pio Istituto S. Spirito - IRASPS; di Caposervizio Assistenza Sanitaria e Coordinatore Sanitario della USL RM 17 - Roma; di Caposervizio Assistenza Ospedaliera della USL RM 11 - Roma. Professore a contratto presso la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Roma “Tor Vergata”; coordinatore e docente del Corso in “Epidemiologia dei Servizi Sanitari” nell'ambito del PROFEA, Master di II livello in Epidemiologia Applicata.

Condirettore e redattore capo della Rivista scientifica “Igiene e Sanità pubblica”, membro del board editoriale della rivista “View & Review”. Autore di oltre 170 pubblicazioni a stampa.

### **ALBERTO OLIVETI**

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1980, specializzato in Pediatria nel 1984, medico di Medicina Generale dal 1980. Segretario regionale della FIMMG Marche e responsabile nazionale FIMMG settore previdenza ed assicurazioni. Consigliere di Amministrazione dell'ENPAM, componente dell'Esecutivo ed esperto del Presidente per le Politiche Previdenziali e per i rapporti con le quattro Consulte della Fondazione.

### **AUGUSTO PANÀ**

Direttore della Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Tor Vergata Roma e della Scuola di specializzazione di Igiene. Presidente del Corso di Laurea Triennale e Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e coordinatore delle Lauree per le Professioni Sanitarie. Dirige il Master di secondo livello in Epidemiologia Applicata in convenzione con l'Istituto Superiore di Sanità e il Master di secondo livello per la formazione dei formatori per il rischio clinico in convenzione con il Ministero della Salute. Dirige inoltre il Master di Epidemiologia dei Servizi sanitari in collaborazione con la Scuola IAD (formazione a distanza) dell'Università di Tor Vergata. Gli attuali settori di studio e ricerca principali riguardano l'Epidemiologia dei servizi sanitari, gli indicatori di processo ed esito delle attività assistenziali, la mortalità evitabile e l'analisi delle SDO a livello nazionale, regionale e di Asl attraverso gli studi Prometeo ed ERA. È responsabile del servizio di Epidemiologia e controllo delle infezioni correlate all'assistenza del Policlinico Universitario di Tor Vergata Roma. È Presidente del Collegio Docenti della Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva, ha fondato e diretto il Centro interdipartimentale per la formazione in Sanità dell'Università di Tor Vergata Roma e dirige la Rivista Scientifica “Igiene e Sanità Pubblica”.

### **ANTONIO PAGANO**

Dirigente Cardiologo, Staff Direttore Generale, Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica (Progetto Michelangelo).

### **MARINA PANFILO**

Institutional & Stakeholder Relations Director, Pfizer Italia.

### **ANTONIO PANTI**

Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Firenze e della Federazione Regionale Toscana degli Ordini dei Medici. Membro della Commissione Deontologica Nazionale della FNOMCeO, del Comitato Regionale di Bioetica, è Vice Presidente del Consiglio Sanitario Regionale della Toscana, e membro di numerose Commissioni Regionali. Socio fondatore della Società Italiana di Medicina

Generale e membro della Commissione Nazionale per la Formazione in Medicina Generale. Giornalista pubblicista, è autore di numerose pubblicazioni su temi di Deontologia, Bioetica e Organizzazione Sanitaria. Dirige il bollettino mensile della Federazione Regionale-Toscana Medica.

### **ITALO PAOLINI**

Medico di medicina generale, specializzazione in anestesia e rianimazione, Master di 2° livello, presso l'Università degli Studi di Ferrara in "giornalismo, comunicazione scientifica ed istituzionale"; componente commissione informatica nazionale FIMMG e co-responsabile nazionale SIMG della area informatico-telematica ICT dal 2007.

### **DOMENICO QUADRELLI**

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1974 presso l'Università "La Sapienza" di Roma. Specializzato in Malattie Cardiovascolari presso la stessa Università. Medico di medicina generale nella ASL RM D. Presidente della Cooperativa sociale Medicina del Territorio dal 30-05-1997. Consigliere di amministrazione del CoS (Consorzio Sanità) dal 1999. Autore di diversi interventi in vari congressi su integrazione socio-sanitaria ed assistenza domiciliare.

### **ANNAROSA RACCA**

Presidente di Federfarma, la Federazione nazionale unitaria dei titolari di farmacia, carica che ricopre dall'8 maggio 2008. Dal settembre 2006, Presidente di Federfarma Lombardia (l'Unione regionale che raccoglie le Associazioni provinciali dei titolari di farmacia della Lombardia) e, dal giugno 2007, dell'Associazione provinciale dei titolari di farmacia di Milano. Dal dicembre 2007, Presidente della Fondazione "Guido Muralti", che si occupa di studi e ricerche in ambito farmaceutico. È titolare di farmacia a Milano. Precedentemente, dopo la laurea in Farmacia, conseguita nel 1975 presso l'Università degli Studi di Milano, aveva svolto l'attività di ricercatrice presso la medesima Università.

### **GUIDO RIVA**

Laureato in Medicina e Chirurgia. Imprenditore bolognese di quarta generazione, Presidente di SAMO SpA, azienda industriale che opera nel settore biomedicale. Produce impianti protesici per ortopedia e traumatologia. Dal 2004 è Presidente del Comitato Tecnico Sanità di Confindustria e dal 2005 invitato permanente della Giunta Confederale. Nel 2006 per Confindustria ha promosso la prima ricerca sul peso economico della filiera della salute italiana. Componente del Consiglio Direttivo di Unindustria Bologna e della Giunta di Federchimica, è VicePresidente della Società Italiana dei Biomateriali. Socio fondatore di Assobiomedica, l'Associazione Nazionale per le Tecnologie Biomediche e Diagnostiche, aderente a Confindustria. Ne è stato VicePresidente dal 1994 al 1998 e

Presidente dal 1998 al 2004. Socio fondatore nel 1981 di EUCOMED, European Confederation of Medical Supply Association - Bruxelles, l'associazione rappresentativa delle tecnologie biomediche in Europa. Ne è stato VicePresidente dal 1988 al 1991. Relatore in convegni e tavole rotonde organizzate dalle principali organizzazioni nazionali sanitarie, Università, Enti di ricerca e da Istituzioni Pubbliche.

### **ALESSANDRO ROSSI**

Medico di medicina generale, Consiglio di Presidenza SIMG, Direttore Editoriale Rivista "SIMG". Coordinatore didattico di Medicina Generale, Facoltà di Medicina, Università di Perugia. Membro Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina.

### **PIETRO CLAUDIO ROVESCALA**

Laureato in Medicina e Chirurgia presso Università di Pavia in data 29-12-1978. Medico condotto ed ufficiale sanitario dal 1980 al 1988. Medico di Medicina generale dal 1979. Specializzato in Igiene e medicina preventiva e di Comunità presso la Università di Pavia nel 1989. Animatore di formazione e ricercatore in medicina generale dal 1987. Socio e Segretario Provinciale SIMG Pavia dal 1985 al 1988. Socio accreditato SIMG. Segretario Provinciale Federazione Italiana Medici di Medicina Generale dal 1997.

### **SILVESTRO SCOTTI**

Medico di medicina generale, Segretario Nazionale FIMMG Settore Continuità Assistenziale. Componente FIMMG della Commissione Intersindacale per la Ristrutturazione del Compenso". Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale 1994-1996. Corso per Direttori Responsabili di Distretto Sanitario di Base - Consorzio Megaris Napoli. Corso di Perfezionamento in Sanità "C.OR.GE.SAN" SDA - Bocconi Milano.

### **ANNALISA SILVESTRO**

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi e Dirigente sanitario infermiere. Direttore del Servizio dell'Assistenza Tecnico Sanitaria e Riabilitativa dell'Azienda USL di Bologna. Docente nei Corsi di Laurea magistrale delle Università di Ferrara e Bologna.

### **MASSIMO TOMBESI**

Medico di medicina generale in Macerata e Membro del Consiglio Direttivo del Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale Csermeg.

**RAFFAELE VANACORE**

Dottore Magistrale in Economia e Gestione delle Aziende e dei Servizi Sanitari Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Economia. Da Maggio 2009 Young Controller presso il servizio di Controllo di Gestione dell'Università Campus Biomedico di Roma. Da Novembre 2007 Tutor e responsabile del servizio Stage & Placement presso la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore sede di Roma. Collaborazione esterna a mezzo progetto di ricerca dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - sede di Roma, svolta presso la Segreteria Nazionale della FIMMG (Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale) (21 giugno 2008 – 5 maggio 2009).

*Si ringraziano in modo particolare per la collaborazione alla stesura del volume la Dott. ssa Carmela Fidelmina Le Rose e la Dott.ssa Anna Ceccarelli.*

**CARMELA FIDELMINA LE ROSE**

Laureata in Scienze Politiche e specializzata in monitoraggio legislativo e relazioni istituzionali. Dal 2007 lavora presso la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG) nello staff del Segretario Generale Nazionale. Attualmente segue il Corso di Perfezionamento in Programmazione, Organizzazione e Gestione delle Aziende e dei Servizi Sanitari presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

**ANNA CECCARELLI**

Laureata in Economia e Gestione delle Aziende e dei Servizi Sanitari presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore. Nel 2009 ha conseguito presso il medesimo ateneo il titolo di dottore di ricerca in Economia e Gestione della Aziende Sanitarie. Ha svolto attività di ricerca presso il Dipartimento di Salute Pubblica dell'Università di Milano, presso il Dipartimento delle Scienze Aziendali, Statistiche, Tecnologiche e Ambientali dell'Università G. D'Annunzio di Chieti-Pescara, e a livello internazionale, presso l'area sanità dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD). Attualmente collabora con la Fondazione Censis e con la FIMMG.



# Prefazione

Una buona sorte mi ha consentito di vivere come cittadino, come medico ed in ruoli privilegiati una straordinaria stagione di grandi processi di innovazione scientifica e tecnologica della medicina e di speculari trasformazioni della sanità del nostro paese.

Sono stato e sono spettatore ed attore di cambiamenti che propongono alla società nel suo complesso ed ai medici in particolare, sfide tecnico-professionali, etiche e civili sempre più complesse, sollecitandoli ad esplicite assunzioni di responsabilità come risposta alta e consapevole a quei segni, sempre più diffusi e profondi, di disagio, di disaffezione, di scoramento verso un presente ed un futuro percepiti senza speranze di miglioramento.

Quest'opera non è solo la bellissima storia dell'Assistenza Primaria, il suo passato ed i segni che ha lasciato nell'evoluzione vertiginosa della nostra sanità pubblica a partire dalle Condotte mediche; è soprattutto l'argomentazione razionale e raziocinante, appassionata ed appassionante della sua proiezione in quel futuro, che già oggi detta le sue ragioni per un lavoro professionale di squadra.

Nello scorrere del testo non viene mai meno un pensiero centrale, un vero e proprio baricentro civile, etico e tecnico professionale secondo il quale la tutela della salute garantita da un SSN universale e solidale, equo ed accessibile costituisce una delle più forti espressioni dell'identità civile e morale del nostro paese ed uno strumento formidabile di coesione tra strati sociali, generazioni, culture, di sviluppo dei diritti e delle libertà dei singoli e delle collettività.

Il messaggio è dunque forte e chiaro: innovare l'Assistenza Primaria si può e si deve per sollecitare nuovi ruoli e compiti e nuove responsabilità nel governo della nostra sanità sottoposta alle sfide delle tecnologie e dell'invecchiamento, un macrosistema in rapida espansione economica, che oggi vale il 13% circa del PIL, che vanta i tassi di innovazione tecnologica, di investimenti in ricerca e sviluppo, di valore aggiunto per addetto, di competitività internazionale su mercati strategici (farmaci, tecnologie sanitarie, e-health, eccellenze tecnico scientifiche), tra i più elevati del mondo produttivo del nostro Paese ed in Europa.

In questo senso la proposta opportunamente colloca in un contesto non concorrenziale ma cooperativo il tradizionale rapporto tra i due pilastri della sanità italiana, ricompresi nel tradizionale paradigma dell'Ospedale e del Territorio, più modernamente tra le cure specialistiche ospedaliere e e quelle primarie del territorio. La riflessione che viene proposta va oltre la stessa logica di integrazione, che presuppone la presenza di due mondi diversi in cui bisogna cercare punti di contatto, e parla di sinergia, in cui la programmazione a monte va invece orientata a dare risposte assistenziali unitarie, coerenti e senza soluzioni di continuità tra le due realtà. Una sinergia di progetti di assistenza al cui centro devono restare i bisogni del paziente, in un processo di assunzione e dismissione armonica e condivisa di responsabilità, funzioni e compiti che non soffra di vuoti, che non abbandoni nessuno in una terra di nessuno. Investire risorse in questa direzione significa incentivare sul territorio quei

modelli organizzativi che meglio garantiscono continuità dell'assistenziale, pratiche assistenziali pluriprofessionali e pluridisciplinari ed un sistema di continua reciproca comunicazione usufruendo delle nuove tecnologie.

Sul piano gestionale la programmazione congiunta va dunque orientata verso la previsione e la diffusione di strumenti di sinergia, quali il piano di dimissione, la partecipazione dei MMG e PLS e Specialisti territoriali convenzionati al governo clinico delle aziende sanitarie, agli audit clinico integrati, nell'ambito di norme contrattuali e convenzionali tra loro coordinate ed orientate alla costituzione di questa sinergia, ai pareri sull'atto aziendale e sui piani strategici delle aziende.

Questa rete integrata comporta dunque la partecipazione e la sinergia di azione dei vari attori, con l'esatta definizione di compiti e responsabilità, supportata da una contestuale migliore organizzazione dei servizi, che consenta, grazie ad investimenti in risorse finanziarie ed umane, l'ottimizzazione della prevenzione primaria e secondaria, l'educazione e la promozione della salute, la continuità terapeutica, il miglioramento della qualità di vita dei pazienti. Anche questa è una strada idonea a ridurre il ricorso all'ospedalizzazione con un contenimento dei costi.

Sul versante delle competenze tecnico professionali, la medicina generale viene posta come una disciplina specifica, caratterizzata da una metodologia clinica propria, tempi operativi e strumenti spesso diversi da quelli appresi durante il corso di laurea.

Anche e soprattutto il modo in cui si costruisce e si sviluppa la relazione medico-paziente è profondamente diverso da quanto sperimentato durante la formazione di base negli ambienti universitari ed ospedalieri.

In particolare, è emersa nel tempo l'esigenza di individuare, e trasmettere attraverso l'apprendimento, un campo di ricerca clinica proprio della medicina generale capace di definire e verificare la ripetibilità delle procedure impiegate sulla base di evidenze misurabili.

Attraverso questo specifico ed articolato percorso culturale dettato da istanze professionali, si è arrivati a configurare la proposta di un vero e proprio Dipartimento della Medicina Generale, da far nascere e sviluppare in piena autonomia all'interno della categoria stessa e con collaborazioni Accademiche, in modo da garantire una vera formazione sul campo.

In ultima analisi questo poderoso sforzo di revisione storica e di lancio propositivo che guarda al futuro sicuramente costituisce un prezioso contributo idoneo a rendere il sistema sanitario affidabile per i cittadini, a vincere la sfida della sostenibilità economica assumendo prima di ogni altra la responsabilità morale e tecnico professionale dell'uso appropriato delle risorse.

Questa disponibilità di tutti i professionisti medici e sanitari, la loro stretta compliance con i principi ed i valori etici e civili di un servizio pubblico equo e solidale è dunque la più grande risorsa del nostro sistema di tutela della salute, è una risorsa per il nostro Paese.

**Amedeo Bianco**  
*Presidente FNOMCeO*



# Indice

## **Executive Summary**

<i>a cura di Maria Concetta Mazzeo, Giacomo Milillo, Carmela Fidelmina Le Rose, Anna Ceccarelli, Simona Sappia</i> .....	«	23
--	---	----

## **Introduzione**

<i>Elio Guzzanti</i> .....	«	75
----------------------------	---	----

## **1 L'evoluzione dell'Assistenza Primaria in Italia: concetti e cenni storici**

1.1 L'evoluzione dell'Assistenza Primaria nell'Italia pre e post unitaria: il ruolo delle condotte mediche <i>Elio Guzzanti</i> .....	«	95
1.2 L'Assistenza Primaria e le assicurazioni sociali di malattia <i>Elio Guzzanti</i> .....	«	107

## **2 Verso la istituzione del Servizio Sanitario Nazionale**

2.1 La transizione dalle assicurazioni sociali di malattia al Servizio Sanitario Nazionale: il significato ed i contenuti della legge 386/74 <i>Elio Guzzanti</i> .....	«	115
2.2 I Livelli essenziali di assistenza e le prestazioni garantite a seguito della istituzione del Servizio Sanitario Nazionale <i>Elio Guzzanti</i> .....	«	127
2.3 L'Assistenza Primaria nelle convenzioni del Servizio Sanitario Nazionale <i>Giacomo Milillo, Maria Concetta Mazzeo, Franco Lupano, Carmela Fidelmina Le Rose</i> .....	«	147
2.4 L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e l'evoluzione delle convenzioni: il ruolo del distretto per l'Assistenza Primaria nel D.Lgs 229/99 <i>Antonio Panti</i> .....	«	167

## **3 Il bisogno di Assistenza Primaria: aspetti demografici ed epidemiologici. Evoluzione e prospettive**

<i>Alessandra Burgio</i> .....	«	179
--------------------------------	---	-----

<b>4</b>	<b>L'attuale contesto di riferimento economico e finanziario del Servizio Sanitario Nazionale</b>	
	<i>Americo Cicchetti, Anna Ceccarelli</i> .....	« 217
4.1	Evoluzione dei criteri per la definizione dei fabbisogni e la allocazione delle risorse .....	« 218
4.2	Il problema dei disavanzi regionali: i Piani di Rientro .....	« 224
4.3	Il ruolo delle Regioni nella programmazione dopo la Legge Costituzionale 3/2001 .....	« 231
4.4	L'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale in 8 anni di federalismo (2001-2009) .....	« 236
<b>5</b>	<b>Le attività e i servizi per l'erogazione delle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale</b> .....	« 241
5.1	Il Dipartimento di Prevenzione: prevenzione collettiva e Sanità Pubblica <i>Armando Muzzi, Augusto Panà</i> .....	« 243
5.2	La rete ospedaliera in Italia <i>Elio Guzzanti</i> .....	« 257
5.3	L'Assistenza distrettuale	
	• Il ruolo del Distretto <i>Rosario Mete</i> .....	« 281
	• Il ruolo della Medicina Generale <i>Massimo Tombesi</i> .....	« 291
	Allegato 1. La Medicina Generale oggi <i>Giacomo Milillo, Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose</i> .....	« 308
	Allegato 2. Dati italiani riguardanti i medici di medicina generale e di continuità assistenziale .....	« 315
	• Il ruolo della Pediatria di Libera Scelta <i>Giuseppe Mele, Maria Concetta Mazzeo</i> , .....	« 319
	Allegato 1. Dati italiani riguardanti i pediatri di libera scelta .....	« 342
	• Il ruolo della Specialistica ambulatoriale territoriale <i>Roberto Lala</i> .....	« 349
	• Il ruolo dell'assistenza infermieristica <i>Annalisa Silvestro</i> .....	« 361
<b>6</b>	<b>I farmaci nel Servizio Sanitario Nazionale</b> .....	« 369

6.1	La politica dei farmaci per la promozione della salute, della ricerca, dell'innovazione, dell'occupazione <i>Sergio Dompé</i> ..... «	371
6.2	La prescrizione e l'utilizzazione dei farmaci: ruolo e responsabilità della Assistenza Primaria <i>Carlo Manfredi</i> ..... «	383
6.3	La distribuzione del farmaco: il ruolo delle farmacie nella Assistenza Primaria <i>Annarosa Racca</i> ..... «	409
<b>7</b>	<b>L' Assistenza Primaria e l'integrazione socio-sanitaria</b> ..... «	421
7.1	Integrazione socio-sanitaria in Italia <i>Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose, Anna Ceccarelli</i> ..... «	423
	• Introduzione..... «	423
	• La normativa nazionale di riferimento e analisi delle relative criticità applicative..... «	426
	Allegato 1. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali 328/00 - sintesi commentata dei riferimenti alla integrazione socio-sanitaria..... «	450
	Allegato 2. Strumenti per la realizzazione della integrazione socio-sanitaria..... «	459
	Allegato 3. Estratti dei riferimenti del Libro Verde e del Libro Bianco "La vita buona nella società attiva" riguardanti la integrazione socio-sanitaria..... «	464
	• L'integrazione socio-sanitaria nella legislazione regionale in Italia..... «	471
	• La spesa sociale in Italia e in Europa..... «	481
	• Criticità nella realizzazione della integrazione socio-sanitaria: un problema etico e di politica sanitaria..... «	499
7.2	Forme associative complesse di Assistenza Primaria orientate alla realizzazione nella integrazione socio-sanitaria <i>Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose, Anna Ceccarelli</i> ..... «	511
7.3	Le nuove forme associative: le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) <i>Angelo Lino Del Favero, Sandro Cinquetti</i> ..... «	527
7.4	L'Ospedale di Comunità <i>Giancarlo Aulizio</i> ..... «	543

7.5	Progetti regionali di prevenzione delle malattie cardiovascolari: Disease Management, empowerment del paziente e rapporto fiduciario con il medico di medicina generale <i>Ambrogio Aquilino, Alberto Deales, Andrea Musilli, Antonio Pagano, Marina Panfilo</i> ..... «	567
7.6	Il ruolo del terzo settore <i>Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose</i> ..... «	583
7.7	Assistenza domiciliare <i>Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose, Anna Ceccarelli</i> ..... «	609
7.8	Assistenza residenziale <i>Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose, Anna Ceccarelli</i> ..... «	637
<b>8</b>	<b>Lo sviluppo dell'Assistenza Primaria nel contesto internazionale</b> <i>Elio Guzzanti</i> ..... «	673
<b>9</b>	<b>Il futuro dell'Assistenza Primaria nel Servizio Sanitario Nazionale. Il caso della medicina generale: criticità e proposte</b> ..... «	697
9.1	Le criticità nella realizzazione della Assistenza Primaria in Italia..... «	699
	• Premessa <i>Maria Concetta Mazzeo</i> ..... «	699
	• Indagini sul grado di fiducia e qualità percepita nel rapporto tra medici di medicina generale e cittadini in Italia <i>Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose</i> ..... «	700
	• La crisi della Medicina Generale: metanalisi di spunti di letteratura internazionale <i>Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose</i> ..... «	709
	• La crisi della Medicina Generale: la situazione italiana secondo l'analisi della Fimmg <i>Giacomo Milillo</i> ..... «	716
	• Struttura del Compenso <i>Giacomo Milillo, Dario Grisillo, Silvestro Scotti, Raffaele Vanacore</i> ..... «	727
9.2	Aspetti organizzativi per la realizzazione della Assistenza Primaria	
	• Il ruolo delle tecnologie della informazione e della comunicazione (ICT) <i>Italo Paolini</i> ..... «	739
	• La corretta allocazione delle tecnologie per la salute: il ruolo dell'HTA <i>Americo Cicchetti</i> ..... «	757

• Indicatori di qualità in medicina generale <i>Giampaolo Collecchia</i> ..... «	765
• Il governo clinico e l'Assistenza Primaria <i>Elio Guzzanti</i> ..... «	775
9.3 La proposta Fimmg <i>Giacomo Milillo, Pietro Claudio Rovescala, Maria Concetta Mazzeo</i> ..... «	787
• Lavorare in squadra..... «	788
• Il problema della concorrenza tra medici di medicina generale. Proposta di accesso unico e di Evoluzione dell'Assetto Professionale..... «	793
• L'Unità di Medicina Generale..... «	798
• L'Unità complessa di cure primarie (UCCP)..... «	802
• La ristrutturazione del compenso <i>Giacomo Milillo, Dario Grisillo, Silvestro Scotti, Raffaele Vanacore</i> ..... «	802
• La partecipazione ai momenti decisionali..... «	807
• L'integrazione con le altre figure professionali..... «	807
• Principi e criteri per la valutazione della attività della medicina generale nella Assistenza Primaria..... «	808
9.4 La formazione del medico di medicina generale <i>Alessandro Rossi, Giacomo Milillo</i> ..... «	815
• La formazione specifica in medicina generale..... «	817
<b>10 Aggregazioni funzionali e lavoro di gruppo: impatto economico della proposta e sostenibilità dell'Assistenza Primaria per il SSN</b> <i>Americo Cicchetti</i> ..... «	843
10.1 Obiettivi..... «	843
10.2 Il contesto di riferimento..... «	844
10.3 I principi organizzativi di riferimento: l'impegno dei professionisti e il lavoro di gruppo..... «	846
10.4 Il modello organizzativo di riferimento per l'UCCP..... «	848
10.5 La stima dell'impatto economico (elaborazione di un caso base)..... «	859
10.6 Il conto economico dell'UCCP..... «	861
10.7 Stima dell'impatto sulla spesa SSN..... «	862
<b>11 Gli aspetti organizzativi e il trattamento fiscale dei liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale</b> <i>Alessandro Meloncelli</i> ..... «	869

Premessa .....	«	869
11.1 Aspetti attuali .....	«	872
• L'esercizio individuale dell'attività del MG .....	«	872
• L'articolo 54 dell'ACN: le forme associative dell'Assistenza Primaria .....	«	875
• Problemi attuali .....	«	877
L'IRAP e la controversa collocazione della categoria dei MMG tra i lavoratori autonomi .....	«	877
La riscossione accentrata dei compensi: adempimenti ed oneri complessi .....	«	884
Studi di settore: la significatività dei fattori produttivi in un'attività convenzionata .....	«	887
11.2 Il nuovo scenario .....	«	888
• L'ipotesi di determinazione della base imponibile dei MMG con i criteri fiscali del lavoro dipendente .....	«	888
• La struttura del compenso: limitazioni e opportunità .....	«	891
• Gli scenari e le prospettive del nuovo federalismo fiscale in un sistema di contrattazione collettiva .....	«	892
• Nuove esigenze e nuove forme associative: le prospettive del coordinamento organizzativo, gli assetti giuridici e la disciplina fiscale .....	«	895
11.3 Il sistema previdenziale dei liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale <i>Alberto Oliveti</i> .....	«	903
<b>12 Le forme integrative di assistenza sanitaria e socio-sanitaria in Italia: evoluzioni e prospettive</b> <i>Luca Del Vecchio, Guido Riva</i> .....	«	933
<b>13 Considerazioni conclusive</b> .....	«	961

## Legenda delle sigle contenute nel testo

<b>AA.CC.NN.</b>	Accordi Collettivi Nazionali
<b>ACN</b>	Accordo Collettivo Nazionale
<b>AD</b>	Assistenza Domiciliare
<b>ADI</b>	Assistenza Domiciliare Integrata
<b>AFT</b>	Aggregazione Funzionale Territoriale
<b>DP</b>	Dipartimento di Prevenzione
<b>MG</b>	medico di medicina generale
<b>MMG</b>	medici di medicina generale
<b>MdF</b>	medico di famiglia (=MG)
<b>GP</b>	General Practitioners
<b>NHS</b>	National Health Service
<b>OdC</b>	Ospedale di Comunità
<b>PAI</b>	Piano assistenziale individuale
<b>PAT</b>	Programma delle attività territoriali
<b>PCG</b>	Primary Care Group
<b>PCT</b>	Primary Care Trust
<b>PdF</b>	pediatra di famiglia (=PLS)
<b>PdZ</b>	Piano di zona
<b>PIL</b>	Prodotto Interno Lordo
<b>PLS</b>	Pediatra di libera scelta
<b>RSA</b>	Residenza sanitaria assistenziale
<b>SSN</b>	Servizio Sanitario Nazionale
<b>UMG</b>	Unità di Medicina Generale
<b>UCCP</b>	Unità Complesse di Cure Primarie





# Executive Summary

**A cura di Maria Concetta Mazzeo, Giacomo Milillo,  
Carmela Fidelmina Le Rose, Anna Ceccarelli, Simona Sappia**

## CAPITOLO 1.

### L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA IN ITALIA: CONCETTI E CENNI STORICI

L'esigenza di provvedere alla assistenza delle persone nei luoghi di loro residenza, cioè nei Comuni, è stata realizzata dalle condotte mediche, la cui attività organizzata appare ben delineata a partire dal XVIII secolo. La dizione usata per riferirsi a questa istituzione non era quella che si propone nel presente volume, cioè l'Assistenza Primaria, ma di fatto i compiti assegnati alle condotte erano concettualmente riferibili alla assistenza della persona nella sua totalità e nella sua comunità, quindi le radici dell'Assistenza Primaria si possono ritrovare ampiamente diffuse nel nostro Paese già da tempo.

Il primo documento normativo che definisce l'organizzazione della sanità pubblica nello Stato Unitario è rappresentato dalla Legge 20 marzo 1865 sulla "Unificazione amministrativa del Regno". Il disegno complessivo concentrava nel Ministero dell'Interno le funzioni di tutela della salute pubblica, e quindi ai prefetti, ai sottoprefetti e ai sindaci, coadiuvati rispettivamente da un consiglio superiore di sanità, da consigli sanitari provinciali e circondariali, nonché, dal 1874, anche dalle commissioni municipali di sanità le quali, peraltro, prive di poteri effettivi e senza un diretto collegamento con i consigli provinciali, avevano margini di azione limitati.

Accanto alle strutture istituzionali, occorre ricordare che funzioni assimilabili a quelle delle condotte venivano svolte tradizionalmente dalle varie organizzazioni di carità e beneficenza esistenti in diverse parti del Paese.

La legge Crispi-Pagliani del dicembre 1888 sulla tutela dell'Igiene e della Sanità pubblica rappresenta una pietra miliare fondamentale per il progresso del Paese. L'importanza del provvedimento consisteva soprattutto nel ribadire che, malgrado l'organizzazione del Regno non potesse sottrarre al Ministero dell'Interno le attribuzioni in materia sanitaria, tuttavia era indispensabile poter contare su un ordinamento tecnico-sanitario di gerarchia funzionale che, partendo dal citato Ministero, si collegasse alle Province, costituendo anche connessioni tra queste e i Comuni. Si era così avviato il "governo" dei medici nella sanità, allo scopo di offrire un contributo essenziale sia alle strategie da adottare, sia alle misure che le rendessero effettive.

Inoltre, va sottolineato che rispetto ai compiti dei medici per l'assistenza delle persone al di fuori degli ospedali, la rete delle opere pie e le loro modalità di gestione assumevano una fondamentale importanza.

Per il timore che l'intera rete assistenziale crollasse, il Regio Decreto del 30 dicembre 1923, n. 2841 riconobbe le "Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza",

dando alle stesse il riconoscimento della pubblica funzione e, contemporaneamente, diminuendo il ruolo rigido di controllo dello Stato, per il timore dell'inaridirsi delle fonti di sostentamento degli istituti.

Con la Carta del Lavoro del 1927, il Governo provvedeva all'istituzione delle "corporazioni", che riunivano le organizzazioni nazionali di un "determinato ramo" o di una o più "categorie di imprese". In questo quadro si inserisce il passaggio dalle "Casse di mutua assistenza", già attive su base volontaria sin dalla fine dell'Ottocento, alle "Casse mutue malattia".

Oltre all'allargamento a sempre più numerose categorie, una svolta decisiva sulla mutualità si ebbe con la Legge 841 del 1953, che estendeva l'assistenza di malattia ad alcune categorie di pensionati e ai loro familiari, e con la Legge 692 del 1955, che estendeva tale beneficio a tutte le categorie di pensionati e ai loro familiari.

Era in questo quadro che dovevano muoversi i medici che allora svolgevano le funzioni degli attuali medici di medicina generale (MMG), compresi i condotti, che contraevano rapporti convenzionali con istituzioni che avevano regole marcatamente differenti, tali da non consentire in modo ordinato e programmato la relativa attività. Lo stesso si può dire per i medici pediatri, ma non per gli specialisti ambulatoriali, perché molti enti, in primo luogo l'INAM, potevano contare sulle proprie strutture per la erogazione delle relative prestazioni, svolte spesso dai medici ospedalieri, ai quali tale pratica non era inibita.

La Legge 132 del 1968, con i relativi decreti delegati del 1969, costituiva gli enti ospedalieri pubblici retti da consigli di amministrazione politici, che si avvalevano del Consiglio dei sanitari quale organo dell'ente a carattere consultivo per tutto ciò che atteneva la materia tecnico-sanitaria.

L'intento della legge era quello di programmare le attività assistenziali tenendo conto della evoluzione scientifica, tecnologica ed organizzativa avvenuta rapidamente negli anni successivi alla fine della guerra, avvalendosi istituzionalmente del parere dei medici. Quindi si attuava un primo esempio di "governo clinico".

Purtroppo, in assenza di una programmazione su scala nazionale, il modello degli ospedali zionali, provinciali e regionali spinse molte amministrazioni a puntare verso le classificazioni di livello più elevato, che conferivano maggior prestigio e potere, e rette giornaliera di degenza più remunerative.

Da questo quadro emerge l'avvio di una distribuzione ospedalocentrica delle risorse. La conseguenza di tutto ciò, unitamente al naturale accrescersi delle esigenze assistenziali e tecnologiche, avviarono le premesse per il fallimento dell'assicurazione sociale di malattia.

Il D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4, trasferisce alle Regioni a statuto ordinario una serie di funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria, tra le quali alcune assai rilevanti ai fini dell'Assistenza Primaria, quali la "istituzione, modifica e soppressione delle condotte medico-chirurgiche e ostetriche e gli altri servizi comunali e provinciali di assistenza sanitaria"; "i concorsi, lo stato giuridico, il trattamento economico e l'interinato dei medici e delle ostetriche condotti e degli altri sanitari addetti ai servizi comunali e provinciali di assistenza sanitaria"; "la costituzione di consorzi per il servizio di assistenza medico-chirurgica ed ostetrica".

La relazione tenuta alla Camera dal Ministro della Sanità nel 1974, in occasione della presentazione di un disegno di legge sulla “istituzione del Servizio Sanitario Nazionale” affronta il problema della mutualità, definendola un “sistema certamente benemerito ma decisamente superato” perché “basato sui concetti assicurativi che consentono di intervenire solo al verificarsi dell’evento protetto, cioè al verificarsi della malattia”.

La Legge 386 del 1974 “Norme per l’estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l’avvio della riforma sanitaria” riuscì ad imprimere una svolta decisiva verso la riforma sanitaria, ma con aspetti non del tutto positivi per quanto riguarda l’assistenza ospedaliera, considerata la responsabile principale del fallimento dell’esperienza mutualistica, e ciò pesò non poco sulla caratterizzazione della Legge 833 del 1978.

## **CAPITOLO 2.**

### **VERSO LA ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Con la Legge 23 dicembre 1978 n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, si rendeva necessario riorganizzare i servizi nell’ambito delle costituenti Unità Sanitarie Locali, collegarli a quelli resi da altre istituzioni, pubbliche e private, riconosciute come erogatori, e disciplinare in modo unitario i rapporti con i professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. Solo così sarebbe stato possibile “fissare i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini”, un processo che si presentava complesso e oneroso sotto l’aspetto finanziario, data l’evoluzione in corso nella suddivisione specialistica e subspecialistica delle discipline mediche, in parallelo con l’affermarsi di nuove tecnologie a loro supporto.

A tale proposito, viene analizzata dettagliatamente tutta la normativa relativa ai livelli essenziali di assistenza, a partire dal DPCM 22 novembre 2001 “Definizione dei Livelli essenziali di Assistenza”.

Vengono quindi esaminati i provvedimenti successivi, in particolare la normativa che nel 2004 ha istituito la “Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza” con il compito di “valutare, in relazione alle risorse definite, i fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione e all’aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni in essi contenute”.

Viene quindi tracciato il percorso che via via nel tempo ha permesso di inserire obiettivi di Assistenza Primaria negli Accordi Collettivi Nazionali del SSN con i professionisti convenzionati.

La Legge 349 del 1977 che soppresse gli Enti Mutualistici e trasferì alle Regioni l’assistenza sanitaria, avviò una stagione di profonde riforme della sanità italiana, da parte medica fortemente auspicata, che arrivarono a definire i confini entro i quali la medicina generale si sarebbe organizzata nell’ambito del nascente SSN: libera professione convenzionata, numero dei medici presenti negli elenchi calcolato con riferimento ad un rapporto ottimale, obbligo convenzionale (oltre che deontologico) dell’aggiornamento permanente, avvio della deburocratizzazione della professione, retribuzione

fondata sulla quota capitaria, affidamento della previdenza dei medici mutualisti all'ENPAM.

Fu un intervento normativo che indubbiamente modificò sostanzialmente l'assetto dell'assistenza medica territoriale, strutturandola in modo propedeutico alla Riforma Sanitaria istitutiva del SSN.

Il clima generale rendeva più urgente arrivare alla stipula della Convenzione Unica Nazionale per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici di medicina generale, attraverso la formulazione di un accordo nuovo, le cui linee fondamentali, già previste dalla Legge 349, si possono così schematizzare:

- semplificazione e uniformità degli adempimenti amministrativi;
- obbligo per tutti gli assistiti della scelta del medico di fiducia;
- definizione del massimale unico di scelte per ciascun medico in 1.500 assistiti, (con alcune deroghe a 1.800), e previsione di meccanismi ammortizzanti di rientro per i professionisti che lo superavano;
- introduzione del rapporto ottimale, cioè la chiusura dell'albo unico della medicina generale, e ammissione all'elenco di un solo medico ogni 1000 assistibili;
- pagamento a quota capitaria;
- contribuzione previdenziale a favore dell'ENPAM;
- aggiornamento professionale obbligatorio.

La Convenzione Unica introdusse pertanto strumenti ed elementi tuttora validi nella disciplina del rapporto di lavoro tra medici di medicina generale e SSN.

Tuttavia, essendo nata in un clima di superamento della mutualità e in prossimità della istituzione del SSN con la Legge 833/78, non venne mai pienamente applicata, sia a causa delle inadempienze degli Enti mutualistici che, pur dichiarati estinti per legge, continuarono in qualche modo a “gestire” di fatto l'assistenza, sia per le inottemperanze del Governo e delle amministrazioni regionali allora in carica.

Con l'istituzione del SSN venne gradualmente meno la frammentarietà che di fatto aveva impedito la piena applicazione della Convenzione Unica.

Il testo prosegue con una analisi dei vari Accordi Collettivi Nazionali entrati in vigore nel tempo, descrivendo in dettaglio gli istituti introdotti. Ciò ha permesso di evidenziare come l'assetto della medicina generale sia diventato sempre più complesso ed articolato, in aderenza al progressivo aumento di complessità dei bisogni di assistenza della popolazione. La stessa figura del medico di medicina generale, da solista autorevole e paternalista, si è man mano aperta alla partecipazione nelle forme associative.

Infine viene analizzato il ruolo del Distretto per la realizzazione di obiettivi di Assistenza Primaria.

L'impianto poco definito della Legge 833/78 relativamente al Distretto, la necessità immediata di riorganizzare il sistema ospedaliero frammentato, disomogeneo e poco rispondente alle innovazioni, hanno lasciato in una posizione di stallo gli aspetti organizzativi e istituzionali della medicina di famiglia. Si è verificata pertanto una emarginazione del ruolo di committente del Distretto, affidando di fatto alle sole convenzioni nazionali che si sono succedute, la definizione dei compiti del medico e la relativa integrazione delle funzioni coerentemente agli scopi dell'azienda sanitaria.

Purtroppo a tutt'oggi, nonostante i numerosi Accordi Collettivi Nazionali intercorsi, e

i positivi tentativi di alcune realtà virtuose, il rapporto tra medico di famiglia e Distretto risulta non espresso compiutamente rispetto alla necessaria funzionalità e potenzialità. Il ruolo dei MMG non è ben definito, così come non è chiara l'architettura istituzionale del Distretto; ciò ha reso particolarmente arduo il governo della medicina generale, sia rispetto al governo della domanda di prestazioni che rispetto a quello dell'offerta, resa ancor più inappropriata dalla carenza di percorsi assistenziali efficaci e dall'assenza di controllo sull'azione induttiva della prescrizione da parte della specialistica.

Il D.lgs 229/99 ha demandato alle Regioni l'organizzazione distrettuale, definendo alcuni fondamentali principi di carattere generale, elencando attività, prestazioni e servizi che il Distretto deve assicurare. Il Distretto quindi diviene il luogo dove gli aspetti clinici e relazionali col paziente, propri dell'attività del medico di famiglia, si devono integrare con le attività di sanità pubblica, rivolte alla comunità, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti di salute.

Vengono quindi esaminate le cause delle criticità dell'attuale ruolo del Distretto e viene suggerita come soluzione una profonda revisione e ristrutturazione del modello dell'assistenza territoriale e cioè sia dell'architettura del distretto che del lavoro del medico generale

### **CAPITOLO 3.**

#### **IL BISOGNO DI ASSISTENZA PRIMARIA: ASPETTI DEMOGRAFICI ED EPIDEMIOLOGICI. EVOLUZIONE E PROSPETTIVE**

I bisogni sanitari di Assistenza Primaria della popolazione italiana sono influenzati in modo significativo dalle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche del nostro Paese, così come l'attività del medico di medicina generale è fortemente caratterizzata dalla tipologia di assistiti: tanto più il suo bacino di utenza è costituito da pazienti anziani, affetti da patologie croniche, da disabilità o da pazienti con comportamenti a rischio per la salute, tanto più elevato sarà il suo carico di lavoro.

In riferimento agli aspetti demografici del quadro nazionale emerge che, un potenziale aumento dell'attività di assistenza svolta dai medici di medicina generale potrebbe derivare dal fatto che:

- la popolazione totale risulta in aumento per effetto dell'impatto legato al numero crescente di immigrati regolari; ciò comporta l'aumentata presenza di soggetti con caratteristiche multietniche, con le relative ricadute in termini di salute, legate in particolare a fattori ambientali e agli stili di vita;
- il progressivo aumento della speranza di vita, che interessa specificamente il nostro Paese e che comporta un aumento della quota di popolazione anziana che esprime bisogni sanitari complessi, quali quelli legati alla presenza di patologie croniche, disabilità e non autosufficienza;
- una ridotta presenza, a causa dell'andamento di denatalità, di "care givers", cioè di soggetti di età compresa tra 15 e 64 anni.

Rispetto agli aspetti epidemiologici in particolare si è osservato:

- un aumento di tutti gli indicatori epidemiologici in costanza dei tassi attuali. In questo caso assumono un significato particolare in termini di tutela della salute solo le dinamiche del progressivo aumento della popolazione anziana;
- che ipotizzando un prolungamento delle recenti tendenze epidemiologiche, è possibile rilevare una riduzione della mortalità cardiovascolare e della prevalenza di fumatori uomini;
- le donne presentano una maggiore sopravvivenza in assoluto, ma tendenzialmente un quadro dello stato di salute sempre meno diverso da quello degli uomini e nel caso della disabilità addirittura peggiore.

#### **CAPITOLO 4.**

### **L'ATTUALE CONTESTO DI RIFERIMENTO ECONOMICO E FINANZIARIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

A seguito dell'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e del D.lgs. n. 229/99, il Servizio Sanitario Nazionale viene inteso come strumento di "armonizzazione" di 21 sistemi sanitari regionali autonomi sotto l'aspetto amministrativo, finanziario e gestionale. Con l'abolizione del Fondo Sanitario Nazionale (D.lgs. n. 56/00), il SSN ha accelerato il processo di devoluzione anche in senso finanziario.

L'Accordo Stato-Regioni dell'8 Agosto 2001 ha avviato una nuova stagione per la programmazione sanitaria nazionale (e regionale), che oggi viene definita come "transizione federalista". Secondo il modello emergente da tale Accordo, lo Stato, attraverso il Governo, e in particolare il Ministero della Salute, si assume l'onere di fissare i LEA, mentre alle Regioni viene demandata la responsabilità dell'erogazione. Lo Stato, in questo modello, definisce annualmente l'ammontare delle risorse necessarie per finanziare i LEA e, in accordo con le Regioni, definisce l'allocazione di tali risorse tra le Regioni.

Il presente capitolo analizza il finanziamento del SSN alla luce dell'evoluzione dei criteri di definizione del fabbisogno e di ripartizione delle risorse, facendo riferimento al ruolo delle Regioni nella programmazione dopo la Legge Costituzionale 3/2001, nonché alla previsione dei piani di rientro.

In particolare, dopo 7 anni di "transizione federalista" e di funzionamento del nuovo modello, diversi nodi sono giunti al pettine. Il primo nodo riguarda la storica differenza tra la stima del fabbisogno e l'effettiva spesa sanitaria di ciascuna Regione, con il conseguente accumulo di disavanzi tendenzialmente concentrati in alcune Regioni italiane. A tale proposito, la correzione apportata con l'accordo del 23 marzo 2005, che ha avviato la stagione dei "piani di rientro", ha segnato un più vigoroso intervento del livello centrale. Questo intervento, però, certamente utile per il contenimento della spesa e dei disavanzi, deve ancora dimostrare la sua capacità di ridurre la spesa agendo selettivamente sugli "sprechi" senza intaccare il livello dei servizi offerti ai cittadini. Il secondo nodo è legato alla incapacità dimostrata dal sistema di creare dei seri incentivi per le Regioni in crisi strutturale, allo scopo di stimolare una ri-strutturazione del sistema d'offerta, congiuntamente ad interventi di governo della domanda. Il terzo nodo riguarda la mancata

definizione, in termini operativi, dell'effettivo pacchetto di prestazioni da inserire nei LEA. Il quarto nodo riguarda alcuni incentivi prodotti dalla logica federale che hanno portato alla progressiva divaricazione tra le Regioni (soprattutto in un gradiente Nord-Sud) in termini di definizione del pacchetto di servizi erogati e quindi di diritto alla salute. L'ultimo nodo, infine, è legato alla mancata creazione di un sistema di "costi standard" in grado di definire il livello minimo di efficienza che le Regioni dovrebbero garantire nell'erogazione delle singole prestazioni (o gruppi di prestazioni, ovvero i "sotto-livelli" nel sistema dei livelli di assistenza – LEA).

Questo periodo del SSN, durato sette anni, sembra oggi dover lasciare il passo alla fase matura del federalismo in campo sanitario. L'atteso decreto sui nuovi LEA e la previsione di un sistema di allocazione delle risorse basato non più sulla spesa storica, ma su un sistema di costi standard, dovrebbe permettere di superare alcuni limiti che hanno caratterizzato il periodo 2001-2008.

Dopo l'approvazione parlamentare della Legge sul federalismo fiscale è iniziato il biennio nel quale i decreti attuativi daranno forma concreta a questa innovazione istituzionale, tanto cruciale quanto ancora vaga. Fino ad ora, le riflessioni e le esemplificazioni sulla riforma federale si sono concentrate esclusivamente sulla sanità ospedaliera. Tuttavia, la non autosufficienza rappresenta un campo di applicazione del federalismo particolarmente impegnativo per la varietà di interventi e di livelli di governo coinvolti: i servizi socio-sanitari di responsabilità regionale, i servizi sociali di titolarità comunale e le prestazioni monetarie di competenza statale. Infatti, il federalismo pone una duplice sfida alla non autosufficienza: da una parte, è necessario sviluppare le stime dei costi standard dei servizi, dall'altra, la definizione dei livelli essenziali richiede di indicare la strategia nazionale per la non autosufficienza, con particolare riferimento alla definizione di un livello di copertura che i singoli territori devono offrire, o come quota di spesa pro capite o come percentuale di non autosufficienti serviti.

## **CAPITOLO 5.**

### **LE ATTIVITÀ E I SERVIZI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI GARANTITE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Il capitolo fa riferimento ai tre livelli di assistenza previsti a partire dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- l'assistenza distrettuale;
- l'assistenza ospedaliera.

#### **Il Dipartimento di Prevenzione: prevenzione collettiva e sanità pubblica.**

Partendo dalla presentazione dei principi fondanti della Prevenzione Collettiva e della Sanità pubblica a livello internazionale e in Italia, vengono esaminati i passaggi normativi alla base della istituzione del Dipartimento di Prevenzione (DP), dettagliando le specifiche funzioni ed i servizi per le erogazioni delle prestazioni garantite dal SSN.

In particolare si fa riferimento al Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 che così recita: “Il Dipartimento di Prevenzione, di cui sono strumenti essenziali l’anagrafe vaccinale di AUSL e la struttura per la raccolta delle notifiche e la sorveglianza attiva delle malattie infettive ha la responsabilità di garantire a livello di tutta la AUSL il raggiungimento degli obiettivi specifici della programmazione nazionale e regionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale, dal Piano Nazionale Vaccini e dalla pianificazione regionale. Il Dipartimento di Prevenzione organizza anche l’attività di somministrazione di vaccini sia direttamente con personale medico, infermieristico ed amministrativo della ASL sia, all’occorrenza, avvalendosi di altre figure sanitarie operanti nei Distretti ed in particolare dei Pediatri di Libera scelta e dei medici di medicina generale.

In particolare il Dipartimento di Prevenzione è chiamato a presidiare operativamente le seguenti aree prioritarie:

1. la promozione dell’adesione consapevole alle vaccinazioni;
2. l’offerta attiva e gratuita dei vaccini previsti dal calendario;
3. la conduzione di un’attività sistematica di recupero dei non vaccinati (catch up) e di riproposta periodica della vaccinazione (follow up), secondo le indicazioni del calendario vaccinale;
4. il miglioramento della capacità di raggiungere le persone ad alto rischio, per condizione sociale, culturale o lavorativa, cui offrire le vaccinazioni necessarie, per esempio bambini immigrati di cui non è certo lo stato vaccinale, adulti mai vaccinati per tetano, donne in età fertile suscettibili alla rosolia, soggetti che appartengono a gruppi ad elevato rischio per malattia pneumococcica, personale sanitario per la vaccinazione contro l’influenza;
5. la gestione delle coperture vaccinali e delle segnalazioni delle malattie infettive;
6. la sorveglianza degli eventi avversi “potenzialmente attribuibili” a vaccino;
7. la gestione dei carichi vaccinali con particolare riguardo alla gestione degli eventi critici (carenza di prodotti, segnalazione di non conformità, etc.);
8. la valutazione dell’efficacia dei programmi vaccinali in termini di protezione della malattia, di riduzione delle complicanze e delle morti”.

Il Piano nazionale vaccini offre indicazioni molto precise sulle funzioni del DP prevedendo che “... la struttura che pianifica, organizza e valuta l’attività vaccinale va individuata unicamente nel DP, anche se la somministrazione dei vaccini può essere effettuata anche da operatori di altre strutture sanitarie (Dipartimento materno-infantile, MMG, PLS)” e che “per svolgere i compiti suddetti i DP possono strutturare il proprio servizio vaccinazioni in modo differente in rapporto al contesto organizzativo locale e nel rispetto delle indicazioni regionali”.

Si precisa che “è comunque raccomandabile, allo scopo di assicurare un efficace lavoro di rete, che vengano coinvolti attivamente sia altri Servizi dell’AUSL e dei Distretti sia altre figure sanitarie di rilevante importanza per il ruolo esercitato. Si fa



riferimento, in particolare, al pediatra di libera scelta, al medico di medicina generale ed al medico specialista, ospedaliero ed ambulatoriale”.

Infine si delineano evoluzioni e prospettive del ruolo del Dipartimento di Prevenzione per la realizzazione della Assistenza Primaria, nell’ottica di una tendenza a riorganizzare le attività e i servizi territoriali in un ambito integrato, certamente favorito da un riavvicinamento culturale e operativo tra i professionisti della Sanità Pubblica e quelli della tradizionale attività di assistenza alle persone.

## **La rete ospedaliera in Italia**

Vengono evidenziati gli aspetti della assistenza ospedaliera in Italia e delle sue relazioni attuali e prospettive con l’Assistenza Primaria, ripercorrendo i numerosi provvedimenti che hanno caratterizzato la dinamica della rete ospedaliera a partire dal 1978.

Per comprendere la razionalità di tali norme rispetto all’attuale contesto organizzativo, vengono proposti alcuni dati ed alcune considerazioni rispetto al numero ed alla ripartizione di posti letto, all’attività di ricovero, al tasso di ospedalizzazione, all’attività di pronto soccorso, anche attraverso un confronto con varie realtà internazionali.

Il numero di persone anziane sempre più in aumento e la necessità di dover razionalizzare la dotazione di posti letto, rende improcrastinabile la realizzazione di importanti obiettivi di Assistenza Primaria, in particolare diventa necessario ed urgente garantire una adeguata presenza di Servizi Domiciliari e di Strutture Residenziali, la cui attuale dotazione, come approfondito negli specifici paragrafi, risulta in Italia inadeguata, soprattutto in alcune realtà regionali.

Viene sottolineata la necessità di stabilire formali modalità di collegamento e coordinamento con una Assistenza Primaria riorganizzata, il cui compito sarà anche quello di prevenire e di trattare nell’ambito della comunità, in ambulatorio, ma anche a domicilio e nelle residenze, tutte quelle condizioni patologiche che obbligano una popolazione anziana come quella italiana a ricorrere agli ospedali anche per la risoluzione di problemi di salute che potrebbero essere efficacemente e appropriatamente affrontati nell’ambito della assistenza territoriale.

## **L’Assistenza distrettuale**

### **• *Il ruolo del Distretto***

Viene ripercorsa l’evoluzione storica e normativa dell’assistenza distrettuale in Italia, a partire dalla elaborazione delle prime proposte della Legge 833 che ha istituito nel 1978 il Servizio Sanitario Nazionale e che per la prima volta ha previsto la realizzazione dei “Distretti sanitari di base” definendoli come “strutture tecnico-funzionali per l’erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento”.

La riforma sanitaria del 1992 (Decreto Legislativo n. 502 del 1992) ha definito i Distretti come “articolazioni delle unità sanitarie locali” senza specificarne le caratteristiche organizzative. Questo limite ha determinato in molti casi l’istituzione di Distretti

sanitari sul piano formale, senza realizzare un'effettiva autonomia operativa e gestionale. Solo il Decreto Legislativo n. 229 del 1999 ha segnato una svolta per la sanità del territorio attribuendo al Distretto, per la prima volta, quell'autonomia indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di salute ad esso preposti.

Vengono quindi descritti in dettaglio il ruolo e le caratteristiche assunte dal Distretto in base al D.lgs 229 che, pur demandando alle Regioni l'organizzazione distrettuale, ne definisce alcuni fondamentali principi. In particolare, in base all'articolo 3 quater si prevede che: "il Distretto assicura i servizi di Assistenza Primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendoli organicamente nel programma delle attività territoriali".

Da ultimo, il DPCM 29.11.2001 che definisce i LEA, assegna al Distretto il ruolo di macrostruttura garante dell'organizzazione e della produzione dell'Assistenza Primaria. Vengono illustrate alcune proposte della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza relative all'assistenza distrettuale, in particolare i nuovi LEA, di cui è in corso l'iter di approvazione, rispetto all'assistenza distrettuale sono state introdotte alcune indicazioni:

- "articolazione dell'assistenza domiciliare in quattro livelli caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di intensità assistenziale;
- definizione di un'area specifica di assistenza domiciliare, di elevata intensità assistenziale, alle persone nella fase terminale della vita;
- indicazione delle principali aree di attività dei consultori familiari, dei CSM, dei servizi neuropsichiatrici per i minori, dei servizi di riabilitazione per disabili gravi e dei servizi per le persone con dipendenze patologiche;
- precisazione delle finalità e del contenuto dell'attività svolta, in regime residenziale e semiresidenziale a favore delle persone non autosufficienti, delle persone con disturbi mentali, dei disabili gravi, delle persone con dipendenze patologiche e delle persone nella fase terminale della vita".

Rispetto alla missione propria del Distretto, viene sottolineato come questa si sia arricchita negli ultimi anni di nuovi significati e di più complessi obiettivi, in particolare si evidenziano quelli riguardanti il contrasto alle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria e la responsabilità di porre al centro delle attività dei servizi i bisogni della persona.

Il Distretto dovrebbe assumere in questo contesto un ruolo strategico, ma come sottolineato, è necessario sostenere il cambio del paradigma della sanità distrettuale, dalla medicina di attesa a quella di iniziativa, attraverso una riorganizzazione delle attività e dei servizi distrettuali che favoriscano il costituirsi di uno spirito di collaborazione, dialogo, sinergia e integrazione partecipata tra i professionisti dei diversi livelli.

#### • *Il ruolo della medicina generale*

Viene descritto il ruolo del medico di medicina generale oggi in Italia, in particolare facendo riferimento a come è cambiato in relazione alle trasformazioni epidemiologiche riguardanti la popolazione assistita.

La medicina generale ha trovato piena sistematizzazione in Italia grazie alla Legge

833/1978. Nel descrivere in modo complessivo la evoluzione del ruolo del MG negli ultimi 30 anni, il tratto dominante che emerge è la progressiva maturazione professionale e scientifica della categoria. La medicina generale italiana si è costruita nei suoi fondamenti scientifici e culturali autonomamente dalla base, con il lavoro di riflessione e ricerca inizialmente di pochi, partendo dalla pratica e in completa assenza di una formazione specifica. La maturazione di un orientamento al paziente ha influito in modo molto significativo sul metodo clinico stesso. Peraltro, la positiva evoluzione della medicina generale, non si è accompagnata ad un equiparabile riconoscimento di originalità di competenze e autonoma dignità professionale e scientifica, infatti è tuttora molto carente una integrazione con la medicina specialistica ed ospedaliera.

Viene sottolineato lo stato di disagio significativo della categoria, a fronte delle sfide che il prossimo futuro riserva al Sistema sanitario. Si riporta la previsione di una possibile carenza di MMG entro pochi anni, perché le condizioni di lavoro non rendono tale professione sufficientemente appetibile per i giovani medici, interessati a ruoli professionali gratificanti, con prospettive di sviluppo e prestigio riconosciuto.

Si sottolinea peraltro che esistono le condizioni, favorevoli e nel contempo irripetibili, per una sua evoluzione organizzativa e strutturale che riporti realmente l'Assistenza Primaria, e la medicina generale in particolare, a svolgere compiutamente, con efficacia ed efficienza, quel ruolo clinico e professionale di cui la Assistenza Primaria ha assoluto bisogno.

La trattazione è corredata da due allegati. Nel primo vengono dettagliatamente descritte le caratteristiche della medicina generale oggi in Italia:

- lo stato giuridico dei medici di medicina generale, secondo quanto previsto dagli Accordi Collettivi Nazionali;
- i settori della medicina generale: assistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi e dirigenza territoriale, emergenza sanitaria territoriale;
- le modalità di accesso ai vari settori.

Nel secondo allegato viene proposta una serie di dati di distribuzione e di attività dei MMG e dei medici di continuità assistenziale.

#### • *Il ruolo della Pediatria di libera scelta*

L'esperienza della pediatria di famiglia italiana è unica nel panorama sanitario dell'Europa occidentale, dove, tranne alcune eccezioni come la Spagna, l'assistenza territoriale dedicata all'infanzia è affidata al medico di medicina generale, mentre i pediatri operano prevalentemente come specialisti di II livello o comunque limitando l'assistenza ai primissimi anni di vita del bambino. Molte Nazioni stanno valutando con attenzione la possibilità di realizzare un sistema di assistenza pediatrica simile al nostro, considerate le positive ricadute sulla salute infantile.

In questi ultimi 30 anni le condizioni di vita e salute dell'infanzia e dell'adolescenza nel nostro Paese hanno avuto una positiva evoluzione, dovuta tra l'altro ad una programmazione sanitaria mirata alla tutela globale dell'infanzia e della adolescenza, attenta alla prevenzione e all'educazione alla salute, garantita anche sul territorio da specia-

listi pediatri convenzionati con il SSN che ha consentito un'assistenza medica capillare ed efficace all'infanzia.

Questo patrimonio non va assolutamente disperso, ma adeguato alle mutate condizioni sociali ed economiche del Paese, in cui, a fronte di una costante riduzione delle risorse complessive del sistema, la domanda di assistenza cresce e si modifica.

L'esigenza di un riequilibrio dell'assistenza verso il territorio spinge ad un ripensamento dei ruoli degli attori esistenti, in primis i pediatri di famiglia e i medici di medicina generale, nonché a valutare l'opportunità dell'istituzione di nuove figure, unità o strutture per meglio rispondere alle esigenze della popolazione; l'organizzazione a rete tra tali soggetti appare una pre-condizione necessaria al corretto funzionamento di un SSN in evoluzione, in cui l'integrazione tra l'aspetto meramente sanitario dell'assistenza e quello a carattere sociale assume un ruolo centrale per gestire le complesse problematiche legate alle cronicità e alla fragilità, in particolare dell'infanzia.

In alcuni ambiti si rende particolarmente necessario promuovere ed implementare la integrazione assistenziale e professionale della pediatria di famiglia, in particolare con la pediatria ospedaliera, la medicina generale, la continuità assistenziale, i consultori familiari.

Vengono presentate le proposte della FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri) per una appropriata evoluzione della assistenza pediatrica in Italia, mentre in allegato sono inserite una serie di tabelle riguardanti la distribuzione e i dati di attività della pediatria di libera scelta in Italia sia in ambito territoriale che ospedaliero.

- ***Il ruolo della Specialistica ambulatoriale territoriale***

Viene ripercorsa la storia e l'evoluzione della figura dello Specialista ambulatoriale territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale a partire dagli anni '60, quando l'attività specialistica ambulatoriale era garantita dalle cosiddette "Casse Mutue".

Lo specialista dovrebbe rappresentare una parte attiva e qualificante del SSN, integrandosi nell'Assistenza Primaria con le altre categorie di erogatori che operano nel territorio e nel Distretto, presso le strutture accreditate ospedaliere ed extraospedaliere per l'espletamento, secondo modalità di accesso e di erogazione uniforme, di tutti gli interventi volti alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione.

Vengono analizzate le criticità e avanzate delle proposte, sottolineando come sia fortemente sentita dalla categoria la necessità di ridefinire l'attività prestata dai professionisti per rispondere appropriatamente ed efficacemente ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità e integrazione dell'assistenza, sia presso gli ambulatori sia in regime di residenzialità o di domiciliarietà.

Il potenziamento della Assistenza Primaria è un obiettivo comunemente ritenuto non più eludibile e gli Specialisti ambulatoriali territoriali esprimono la propria disponibilità a collaborare per la realizzazione di obiettivi di Assistenza Primaria, in particolare promuovendo ed implementando modelli organizzativi di integrazione tra ospedale e territorio.

- ***Il ruolo dell'assistenza infermieristica***

Vengono descritti il ruolo e le funzioni che attualmente sono svolte dal personale infermieristico delineando le prospettive di una sua evoluzione orientata ad affrontare le nuove sfide assistenziali, tra le quali particolarmente significativa diviene quella della cura

e dell'assistenza delle persone affette da patologie cronico-degenerative. L'infermiere, per le sue caratteristiche generali e specifiche, può essere, insieme al medico di medicina generale, la figura professionale più idonea ad esercitare il ruolo di case manager a favore degli assistiti, per i quali è fondamentale una visione assistenziale olistica.

Nell'ambito dell'Assistenza Primaria, la collettività infermieristica italiana è orientata ad adoperarsi affinché l'infermiere possa assumere le funzioni previste dall'OMS, che individua nell'infermiere, denominato infermiere di famiglia, insieme al medico, il "... perno della rete dei servizi".

Viene sottolineato come sia improrogabile affrontare la carenza di infermieri nelle attività territoriali in generale e nell'Assistenza Primaria in particolare; infatti, anche se non esistono in letteratura dati certi sulla distribuzione degli infermieri in ambito ospedaliero e territoriale, la realtà evidenzia una importante carenza del numero di infermieri sul territorio, dovuta anche al fatto che l'ambito ospedaliero determina un forte assorbimento di risorse infermieristiche.

È invece necessario invertire tali logiche distributive e dare forza e corpo all'Assistenza Primaria per sostenere un'innovazione coerente con i reali bisogni della collettività e contribuire all'evoluzione del sistema sanitario in generale e dei servizi territoriali in particolare.

Un'infermieristica innovativa e proattiva nell'Assistenza Primaria necessita di competenze gestionali, tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali strutturate, basate sui principi della pertinenza, dell'efficacia, dell'equità distributiva e della responsabilità operativa. Il luogo prevalente di esercizio professionale dell'infermiere non è più unicamente l'ospedale, quindi bisognerà orientare la formazione di queste figure anche e soprattutto allo svolgimento della propria attività professionale presso gli ambulatori dei medici, nelle strutture residenziali e a domicilio del paziente.

## **CAPITOLO 6.**

### **I FARMACI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Il capitolo fornisce un'analisi dettagliata riguardante il ruolo del farmaco all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, con particolare riferimento alla politica del farmaco in Italia, al ruolo della prescrizione e dell'utilizzazione dei farmaci all'interno dell'Assistenza Primaria ed al ruolo delle farmacie nella distribuzione del farmaco.

#### **La politica del farmaco come strumento per la promozione della salute, della ricerca, dell'innovazione e dell'occupazione**

L'Italia è oggi uno dei Paesi più longevi al mondo e tra quelli con una maggiore aspettativa di vita senza disabilità. Ciò, oltre al progresso economico, sociale e sanitario, può essere attribuito in maniera significativa ai risultati in termini di salute riportati dalla ricerca farmaceutica.

Peraltro, la farmaceutica ha un ruolo fondamentale come settore industriale, per la crescita economica e scientifica del Paese.

Le imprese del farmaco si distinguono, infatti, per l'impegno in Ricerca ed Innovazione (che sostengono per oltre il 90%), per gli elevati livelli di investimenti, per la qualità dell'occupazione e la propensione all'export, caratteristiche tipiche di un settore avanzato che permettono di generare una maggiore quota di valore aggiunto rispetto alla media dell'industria.

Tendenze demografiche, cambiamento nella coscienza dei bisogni della popolazione, bassa crescita economica, oltre alle grandi trasformazioni nello stesso settore del farmaco e della salute, determinano la necessità di riflettere approfonditamente sui modelli da adottare, perché il sistema sanitario pubblico possa garantire cure sempre migliori e sostenibili negli anni. Tali riflessioni coinvolgono tutti gli attori della salute, ed in primo luogo le imprese, in particolare per quanto riguarda la definizione delle azioni necessarie per rilanciare il contenuto innovativo dei propri prodotti.

In Italia la farmaceutica ha i conti in ordine e, dal 2007, le imprese sono rimaste all'interno delle risorse loro assegnate, con una dinamica di spesa ormai sostanzialmente sotto controllo, a differenza di molti degli altri comparti di spesa. Dal 2001 al 2008, a fronte di un aumento delle altre voci superiore al 50%, la spesa farmaceutica convenzionata è diminuita del 2,4% – con un aumento dei consumi del 40% – e, in termini pro-capite, è ormai di oltre il 30% inferiore alla media dei grandi Paesi europei. Nello stesso periodo, si è invece registrata una crescita del +54,6% per altri capitoli di spesa, per oltre il 50% composti da spesa ospedaliera, dove vi sono ampi margini per miglioramenti gestionali.

A una visione a compartimenti stagno (farmaceutica, ospedali, diagnostica, ecc.) deve, quindi, subentrare una che tenga conto delle relazioni tra le varie voci del sistema socio-sanitario e del valore delle prestazioni in termini di risultati.

Uno studio del CER (Centro Europeo Ricerche) sul ruolo del farmaco come strumento di controllo per la spesa sanitaria ha recentemente mostrato che, per quanto riguarda patologie croniche quali quelle del sistema circolatorio, respiratorio e del sistema nervoso (che rappresentano oltre il 50% delle cause di morte in Italia), l'uso corretto dei farmaci comporta una minore spesa di 12,4 miliardi di euro all'anno: 6,4 per minori spese sanitarie e 6 per maggiore produttività e minori spese per assistenza.

Ciò avviene:

- con la prevenzione (1 euro speso per una vaccinazione può equivalere fino a 24 euro per curare chi si ammala);
- evitando il ricorso ad interventi chirurgici;
- favorendo una riduzione dei tempi di ospedalizzazione;
- evitando il ricorso al ricovero ospedaliero;
- rallentando la degenerazione;
- attenuando la sintomatologia di alcune malattie tipiche dell'invecchiamento;
- riducendo il rischio di malattie invalidanti (la degenerazione delle malattie cardiovascolari è la causa più frequente di pensioni di invalidità, con il 31,2% dei casi).

La sfida da raccogliere risulta essere, quindi, la definizione di politiche sanitarie che non rispondano solamente alle esigenze di bilancio di breve periodo (esclusivamente di

contenimento della spesa), ma che si pongano in un'ottica di medio-lungo periodo che consideri tutte le relazioni esistenti tra le diverse componenti della spesa sanitaria e tra questa e il sistema economico complessivo.

Il nuovo modello di Welfare dovrà essere, quindi, in grado di sostituire un approccio dirigista con uno fondato su una maggiore responsabilità di tutti gli attori del sistema (istituzioni, imprese, cittadini, medici).

La riforma federalista rappresenterà un passaggio chiave per raggiungere un equilibrio tra risposte adeguate alla domanda di salute, il necessario governo della spesa e l'attenzione per l'innovazione e per la competitività in un comparto molto importante per la crescita.

Le imprese del farmaco che operano e investono in Italia si propongono come co-protagoniste nella costruzione di un nuovo sistema di Welfare, insieme ai molti protagonisti del nostro SSN, a partire dai medici, i farmacisti, gli operatori sanitari, gli amministratori pubblici.

### **La prescrizione e l'utilizzazione dei farmaci: ruolo e responsabilità della Assistenza Primaria**

Nel sottolineare i fattori che condizionano il rapporto fra medico e paziente nella realizzazione dell'alleanza terapeutica, si precisa che l'esito della prescrizione non dipende solo dalle competenze cliniche e farmacologiche del professionista, ma risulta significativamente influenzato dall'interazione fra il sistema di valori, verità, sensibilità, convinzioni e credenze del medico con quelle del paziente.

Per questo è indispensabile stabilire un rapporto di feconda comunicazione bidirezionale nella fase di definizione e di successiva gestione della scelta della terapia da prescrivere, perché abdicare alla forza della comunicazione favorisce l'accesso al farmaco come dispendioso surrogato e scorciatoia puramente chimica della relazione con il paziente e della cura.

L'attività prescrittiva è condizionata da disposizioni che vincolano il medico di medicina generale al rispetto del prontuario terapeutico, delle linee guida, dei percorsi diagnostico-terapeutici e del tetto di spesa assegnato. Il medico è pienamente coinvolto nella responsabilità della gestione di risorse collettive, quindi, offrendo le sue competenze e abilità tecniche per indirizzarle al bene comune, arricchisce il suo operare di preziose valenze civili ed etiche.

Ai pazienti che si aspettano un rimedio per ogni sintomo, il medico di medicina generale deve spesso semplicemente comunicare che molti disturbi non richiedono alcun intervento farmacologico perché si autolimitano.

Anche quando la diagnosi è accurata e il trattamento univoco e universalmente accettato, non devono essere sottovalutati gli aspetti soggettivi del paziente e il valore della relazione medico-paziente, per evitare che una scarsa accettabilità e aderenza al trattamento possano limitarne o vanificarne l'efficacia.

Si offre quindi una riflessione sui limiti della medicina basata sulle evidenze (EBM), che non può essere considerata un automatico trasferimento di conoscenze di carattere generale al singolo individuo.

Vengono approfonditi i vari aspetti caratterizzanti l'appropriatezza prescrittiva, ed analizzati i punti di forza e di debolezza delle linee guida applicate in farmacologia clinica, e quindi nella prescrizione del medico.

Rispetto alla loro adozione, si precisa che il medico di medicina generale deve scegliere il farmaco più appropriato dopo aver analizzato criticamente i risultati degli studi clinici, per valutare se le loro conclusioni sono applicabili alla realtà clinica del singolo paziente.

Il trattamento con farmaci è importante in molte patologie ad andamento cronico per prevenire o ritardare le complicanze e garantire una migliore prognosi, ma il contenimento dei costi, la somministrazione della migliore assistenza uguale per tutti e la libertà di scelta del paziente e del medico sono fini che possono entrare in conflitto fra loro. Infatti, ciò che appare appropriato da un punto di vista strettamente medico, potrebbe risultare del tutto inappropriato dal punto di vista del costo e della convenienza sociale.

L'aspirazione concreta condivisa dal paziente e dal medico di medicina generale è quella di poter fare le scelte terapeutiche che garantiscano ogni volta il massimo grado di appropriatezza clinica possibile richiesta dalla circostanza specifica nella quale si vengono a trovare.

## **La distribuzione del farmaco: il ruolo delle farmacie nella Assistenza Primaria**

Nell'ambito della tutela del diritto alla salute, garantito dalla Costituzione, il SSN ha demandato alle farmacie pubbliche e private, ai sensi della Legge n. 833/1978 (articoli 28 e 48) tutte obbligatoriamente convenzionate, lo svolgimento della funzione sanitaria di assistenza farmaceutica all'interno dell'assistenza sanitaria di base.

Per lo svolgimento di tali funzioni in Italia operano 17.617 farmacie, di queste il 92% sono private, di proprietà di singoli farmacisti ovvero di società di farmacisti, mentre l'8% sono pubbliche, cioè di proprietà dei comuni, una parte delle quali è stata affidata in gestione a multinazionali della distribuzione intermedia del farmaco.

Si rende necessario per l'efficienza delle farmacie garantire in tutti i presidi la presenza di personale estremamente qualificato dal punto di vista professionale, capace di offrire attenzione alle esigenze sanitarie e umane dei cittadini.

Nelle farmacie italiane lavorano circa 50.000 farmacisti, tra titolari, soci di società di farmacisti e collaboratori, che sono circa 30.000. A questo personale laureato vanno aggiunti altri 25.000 operatori non laureati, magazzinieri, commessi, ecc.

La capillarità della rete delle farmacie e il convenzionamento obbligatorio con il SSN, fanno sì che le farmacie costituiscano un punto di riferimento importante per i cittadini sul territorio, quali strutture di primo accesso al SSN, non solo per l'erogazione dei farmaci.

Le potenzialità delle farmacie in questa direzione non sono ancora completamente sfruttate. Infatti, molti servizi aggiuntivi, di grande utilità sociale per la collettività, vengono ancora svolti a macchia di leopardo sul territorio. Se ci fosse, invece, un coordinamento nazionale, si potrebbero dare risposte importanti alla popolazione in termini di potenziali servizi facoltativi realizzabili, vengono citati, ad esempio, la partecipazione delle farmacie all'assistenza domiciliare in accordo con i medici di medicina generale, l'effettua-



zione di screening di prevenzione e controllo delle principali patologie a forte impatto sociale tramite analisi di prima istanza in farmacia, la prenotazione telematica in farmacia di visite specialistiche e di esami diagnostici presso le strutture sanitarie pubbliche, la partecipazione a campagne di educazione e informazione sanitaria.

Viene quindi analizzato il ruolo delle farmacie nel controllo della spesa farmaceutica convenzionata.

Infine, si approfondisce la necessità del potenziamento dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento all'aspetto riguardante la distribuzione diretta dei farmaci. La posizione proposta da Federfarma è quella di definire un'intesa, da portare all'approvazione della Conferenza delle Regioni, finalizzata a stabilire modalità quanto più possibile omogenee a livello nazionale per l'erogazione, tramite le farmacie convenzionate, dei medicinali inseriti nel prontuario della continuità assistenziale oggi soggetti a forme di distribuzione diversificate sul territorio.

Viene quindi proposto di attivare un monitoraggio orientato alla gestione dell'uso frequente off-label dei farmaci nelle cure pediatriche, che potrebbe essere affrontato in modo sinergico da medico e farmacista, sfruttando la possibilità offerta dalle farmacie di monitorare dettagliatamente il consumo dei farmaci e rilevare eventuali anomalie o effetti indesiderati, trasmettendo tutte le informazioni al medico curante.

Viene sottolineata la improcrastinabile necessità di potenziare l'Assistenza Domiciliare Integrata: le farmacie potrebbero svolgere una funzione importante nei confronti di quei pazienti fragili, anziani e malati, che non possono uscire di casa e sono soli o magari assistiti da badanti straniere che non conoscono bene la lingua e hanno, quindi, difficoltà, ad esempio, a leggere e capire un foglietto illustrativo di un medicinale. I farmacisti potrebbero farsi carico, a supporto dell'attività dei medici di medicina generale e in collaborazione con gli altri operatori, della gestione dei pazienti che hanno bisogno di assistenza a domicilio e risiedono nel territorio di pertinenza della farmacia.

Infine, si offre una riflessione sul tema delle aggregazioni di medici di medicina generale, rispetto al quale il mondo delle farmacie ritiene necessario avviare una programmazione e una pianificazione che tenga conto dell'esigenza di salvaguardare l'assetto territoriale delle farmacie. Ciò può avvenire solo favorendo il coinvolgimento di tutti gli operatori territoriali, comprese le farmacie, nel processo di ridefinizione dei meccanismi di Assistenza Primaria, al fine di garantire il mantenimento di una rete capillare di presidi e di creare quelle sinergie fondamentali per il miglioramento del servizio offerto ai cittadini.

## **CAPITOLO 7.**

### **L'ASSISTENZA PRIMARIA E L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**

#### **Integrazione socio-sanitaria in Italia**

Con il termine di integrazione socio-sanitaria si comprendono tutta una serie di interventi assistenziali che coinvolgono settori profondamente integrati nelle ricadute

operative ma che fanno capo ad ambiti, aspetti e competenze profondamente diversi, rispetto alla programmazione, progettazione, realizzazione degli interventi, nonché alle relative articolazioni del livello territoriale di distribuzione delle risorse.

La integrazione socio-sanitaria in Italia costituisce un tema di politica sanitaria di fondamentale importanza, rappresentando un ambito qualificante ed identitario del Sistema Sanitario Nazionale, comprendente tutele assistenziali irrinunciabili da garantire a fasce di popolazione particolarmente bisognose.

La efficace ed efficiente garanzia di erogazione di assistenza integrata socio-sanitaria costituisce anche una questione etica di accessibilità, equità ed identità di un sistema di Welfare Social System, la garanzia che proprio queste fasce di cittadini vengano assistiti rispetto ai loro bisogni con tempestività e completezza, nei tempi, nelle sedi e nei modi più appropriati. Quindi va assicurata una integrazione non solo normativa ma anche organizzativa, operativa e finanziaria, che proprio per questo rappresenta, non solo nel nostro Paese, un tema complesso sia sul piano concettuale che rispetto alla concreta realizzabilità.

Molte sono le difficoltà connesse, in Italia, ma in genere nei sistemi sanitari di Welfare Social System, alla attribuzione delle diverse componenti, sociale e sanitaria, a diverse competenze istituzionali.

Come la dettagliata analisi della normativa nazionale e regionale proposta consente di evidenziare, le particolari difficoltà che si riscontrano attualmente nel nostro sistema socio-sanitario sono anche connesse proprio alla articolazione e strutturazione del SSN, alla molteplicità e variegatezza di servizi ed alla numerosità di soggetti che intervengono per la erogazione di questo tipo di interventi. La erogazione integrata di assistenza socio-sanitaria implica coordinamento e sinergie di settori le cui competenze e titolarità nascono attribuite ad istituzioni diverse, lontane, e rispetto a tale evidente e significativa criticità, la sola identificazione di strumenti di integrazione, di fatto prevista dalla ricca normativa di settore, non è bastata ad assicurarne la efficace messa in atto e la necessaria efficienza.

L'integrazione socio-sanitaria rappresenta pertanto un argomento di complesso inquadramento e difficilissima sistematizzazione, data la vastità di ogni ambito che lo riguarda, dalla analisi della normativa nazionale e regionale, all'esame degli aspetti di impatto economico o di fattibilità organizzativo-gestionale. Seguono una serie di approfondimenti utili a formulare una analisi dettagliata del problema ed a proporre una serie di interventi. Gli approfondimenti comprendono:

- una rassegna della normativa nazionale di riferimento, che include sintesi ed estratti commentati delle numerose ed importanti leggi che nel tempo hanno inquadrato la integrazione socio-sanitaria, partendo dalla Legge istitutiva del SSN del 1978, passando ai riferimenti alle successive due riforme sanitarie, la Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, i quattro piani sanitari nazionali, e sottolineando l'impatto che la riforma del Titolo V della Costituzione ha determinato in questo ambito; tra i più recenti provvedimenti normativi del settore, si inserisce la istituzione del Fondo per le Non Autosufficienze e l'adozione della Carta Acquisti.

Inoltre, in allegato, si presenta l'analisi degli strumenti per la realizzazione della integrazione socio-sanitaria previsti dalla normativa nazionale e regionale ed un estratto dei numerosi riferimenti contenuti nel Libro Verde e nel Libro Bianco, che il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali Sacconi ha proposto nel luglio 2008 e nel maggio 2009.

- Una sintetica prospettiva della legislazione regionale in materia socio-sanitaria, caratterizzata da ricchezza e significativa eterogeneità, con le conseguenti ricadute operative che hanno determinato il quadro proteiforme del settore; anche in questo ambito viene riportato in sintesi lo stato dell'arte rispetto alla legislazione regionale riguardante il Fondo regionale per le Non Autosufficienze, descrivendo come le varie Regioni hanno integrato con proprie risorse il finanziamento statale istituendo fondi specifici o comunque prevedendo risorse finanziarie aggiuntive per gli interventi in questo settore. Dal quadro emerge come criticità significativa la notevole diversità dei Fondi regionali rispetto a servizi, modalità di gestione, risorse stanziati.
- Una valutazione dell'impatto della spesa sociale in Europa e in Italia per configurare le dimensioni del problema anche in termini economici.

Dall'analisi dei dati è possibile osservare tra i Paesi UE una eterogeneità dei sistemi di finanziamento della spesa sociale, nonché una significativa differenza rispetto alla spesa per la protezione sociale. Le disparità tra i Paesi sono in parte legate a diversi livelli di benessere, ma riflettono anche le differenze nei sistemi di protezione sociale, i trend demografici, i tassi di disoccupazione e altri fattori sociali, istituzionali ed economici.

Per quanto riguarda la spesa per i servizi sociali in Italia, vengono riportati i dati ISTAT relativi all'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni riferiti all'anno 2005. Dall'indagine emerge che le politiche di welfare delle amministrazioni comunali presentano notevoli elementi di variabilità sul territorio e le differenze più rilevanti riguardano le dimensioni dell'offerta socio-assistenziale. La spesa per servizi sociali sostenuta dai comuni mostra un lieve aumento rispetto agli anni precedenti, ma il rapporto fra le risorse impegnate e la popolazione residente diminuisce drasticamente passando dal Nord al Sud del Paese.

Viene inoltre sottolineato come i fondi complessivi stanziati per la non autosufficienza risultino ancora largamente inadeguati rispetto ai bisogni. Attualmente infatti la spesa dei servizi per la non autosufficienza o la disabilità resta prevalentemente a carico degli assistiti o delle famiglie, e viene inquadrata tra le cosiddette "spese catastrofiche", che possono cioè determinare un reale rischio di impoverimento. Emerge dunque la necessità di definire un livello di copertura del bisogno che i singoli territori devono offrire.

- Infine, partendo dalla valutazione complessiva della realtà di attuazione della integrazione socio-sanitaria e dall'esame delle peculiari problematiche e criticità, vengono proposte in sintesi alcune fondamentali auspicabili linee di evoluzione e sviluppo, in termini di interventi operativi e, soprattutto, di programmazione di politica sanitaria.

Viene in particolare sottolineata l'urgenza che sistemi istituzionali, organizzativi, e di finanziamento sappiano individuare strumenti capaci di realizzare una vera

integrazione, per garantire alle persone che necessitano di assistenza l'offerta di servizi efficaci ed efficienti, evitando duplicazioni, inefficienze o vuoti e carenze del sistema.

### **Forme associative complesse di Assistenza Primaria orientate alla realizzazione della integrazione socio-sanitaria**

Vengono descritte le principali forme associative complesse di Assistenza Primaria presenti in Italia; si tratta di modelli organizzativi particolarmente idonei a rispondere a bisogni assistenziali complessi, quindi a comprendere sul piano organizzativo la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria.

L'esigenza di ideare e realizzare forme di aggregazione tra le differenti professionalità presenti nell'assistenza territoriale nasce e si consolida attraverso una serie di passaggi di natura culturale nell'ambito della ricerca sui servizi sanitari a livello nazionale ed internazionale, ma anche dalla consapevolezza, maturata tra le categorie dei professionisti, che dalla collaborazione ed integrazione professionale possano derivare risultati assistenziali più soddisfacenti, sia per gli operatori tutti, che per le persone assistite (FIMMG, "Rifondazione della medicina generale", 2007).

Vengono quindi descritte le forme associative complesse previste dagli Accordi Collettivi Nazionali dei professionisti convenzionati, le Equipe e le Utap, definite strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.

Vengono inoltre rappresentate le principali soluzioni di riorganizzazione della Assistenza Primaria individuate e realizzate in alcune Regioni. Si evidenzia l'esistenza di una molteplicità di denominazioni assegnate alle varie forme organizzative, che in ogni Regione hanno una propria identità, coinvolgono professioni diverse e si riferiscono a bacini di utenza differenti. Emerge tuttavia come elemento comune alle varie realtà regionali la necessità di individuare e realizzare forme organizzate e innovative relative all'erogazione della Assistenza Primaria che possano coinvolgere e integrare il più possibile le varie professionalità del territorio.

### **Le nuove forme associative: le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)**

Le UTAP sono forme aggregative sperimentali per l'erogazione di prestazioni complesse previste per la prima volta dall'Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004. Lo stesso Accordo ha predisposto lo "Schema di riferimento per la costituzione di Unità Territoriali di Assistenza Primaria" e definito le UTAP quali "presidi integrati per le cure primarie, formati dall'associazione di più medici convenzionati (medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, specialisti convenzionati) che operino in una sede unica garantendo un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e la specialistica e consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica"; viene inoltre sottolineato come il processo di integra-

zione tra i vari attori possa avvenire gradualmente fino a “modelli socio-sanitari, che contemplino la presenza anche di operatori sociali e che strutturano l'intervento complesso delle ASL con gli enti locali per la risposta integrata al bisogno sociale a elevata rilevanza sanitaria”.

L'UTAP è chiamata ad intercettare il fabbisogno di salute, soddisfarlo per quanto possibile e governare i percorsi sociali e sanitari, si inserisce nella programmazione distrettuale di fatto configurandone una delle linee operative, è in dialogo con l'ospedale e con gli altri poli della rete integrata.

La sperimentazione e l'avvio di nuove forme associative della medicina generale, quale l'UTAP, è un mandato per il Servizio Sanitario Nazionale, che con queste progettualità mira a raggiungere l'obiettivo del rafforzamento del sistema sanitario territoriale e nella fattispecie, dell'Assistenza Primaria. Ciò in risposta all'ineludibile necessità di reinterpretare il rapporto ospedale territorio, con una maggiore qualificazione di quest'ultimo come insieme di servizi in rete, coordinati, continui e di qualità, in grado di dare risposta alla domanda di salute della comunità mantenendo la persona nel proprio ambiente di vita, migliorando l'accessibilità, aumentando il livello di partecipazione e responsabilizzazione degli attori, garantendo l'ampliamento dell'offerta grazie anche al recupero di efficienza, adottando criteri di appropriatezza nell'uso delle risorse.

Viene ripercorsa l'esperienza dell'Azienda U.L.S.S. n. 7 del Veneto che nel corso del 2006 e del 2007 ha istituito due UTAP. Ne analizza i risultati del primo anno di attività, sottolineando le ombre e le luci del percorso di attuazione del modello organizzativo, e prospetta, viste le evidenze preliminari che delineano risultati positivi, una sua applicabilità quale modalità ordinaria di erogazione dell'Assistenza Primaria affidata alla medicina di famiglia.

## **L'Ospedale di Comunità**

L'Ospedale di Comunità (OdC), rappresenta una risorsa distrettuale che si configura come un elemento indispensabile tra l'ospedale tradizionale ed il territorio perché, anche attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei MMG, contribuisce a realizzare l'obiettivo principale del Servizio Sanitario Nazionale e cioè rispondere ai reali bisogni socio-sanitari della popolazione.

In Italia sono attivi 57 Ospedali di Comunità distribuiti in undici regioni, con 200 comuni coinvolti e una popolazione di riferimento complessiva di due milioni di persone; la dotazione totale di posti letto è di circa 700, che (in mancanza di dati precisi cui riferirsi) impegnano almeno 500 MMG e almeno un migliaio di operatori fra infermieri e addetti alla persona.

La prima esperienza italiana di OdC, sull'esempio dei Community Hospitals del Regno Unito, è rappresentata dall'OdC di Modigliana, primo esempio nazionale di équipe territoriale ed associazionismo medico complesso basata sull'integrazione multi-professionale.

Si trattò per l'Italia di un modello originale di struttura sanitaria residenziale, nata “dal basso” per ridurre le tensioni sociali in una comunità fortemente preoccupata per

la chiusura o riconversione dei piccoli ospedali, e destinata ad ospitare pazienti in dimissione da reparti per acuti dell'ospedale, per i quali fosse necessario consolidare le condizioni fisiche o continuare il processo di recupero in ambito non ospedaliero, ovvero pazienti per i quali il MG richiedeva un ambiente "protetto" per attuare o proseguire le terapie domiciliari.

Obiettivi primari erano e sono la stabilizzazione dello stato clinico generale e dei risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, la prevenzione delle complicanze e il recupero dell'autonomia, favorendo il rientro a domicilio o il ricorso a forme assistenziali territoriali, infine ritardare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali.

### **Progetti regionali di prevenzione delle malattie cardiovascolari: Disease Management, empowerment del paziente e rapporto fiduciario con il medico di medicina generale**

Pfizer, partendo dalle esperienze condotte negli Stati Uniti (Florida Healthy State Program con Medicaid) e nel Regno Unito (Birmingham Own Health con NHS), in partnership con le istituzioni ed in collaborazione con tutti gli attori del Sistema Sanitario, ha avviato in varie regioni alcuni progetti con l'obiettivo di valutare la fattibilità e l'efficacia di un innovativo modello di presa in carico del paziente nell'ambito della medicina del territorio, definito "Disease Management", volto a ridurre l'incidenza dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione generale.

Il Disease Management, rappresenta un approccio sistemico ed Evidence-based alle patologie croniche, che vede il coinvolgimento di tutti gli "erogatori di assistenza" per la presa in carico dei "fabbisogni complessi" di salute del paziente.

Il programma di Disease Management si propone di integrare l'attuale assistenza al paziente con malattia cardiovascolare con l'introduzione della figura del care manager (infermiere addestrato) che supporta il medico di medicina generale e lo specialista nella gestione del paziente, operando col paziente di persona, sostenendolo nella fase di cambiamento delle sue abitudini di vita, monitorandone le condizioni e fornendo tutti i consigli necessari a favorirne una migliore auto-gestione, al fine di accrescerne l'aderenza alle cure.

Il Programma proposto si basa sul Chronic Care Model, che riconosce, quale elemento essenziale per il trattamento efficace delle condizioni croniche, la partnership tra paziente e professionisti sanitari, in quanto costituisce una valida opportunità di responsabilizzare il paziente ad agire positivamente nella gestione della propria salute. Attraverso l'educazione e la responsabilizzazione del paziente (empowerment) e la collaborazione tra MMG, care manager e specialisti in partnership con il paziente si intende infatti migliorare l'aderenza ai percorsi di cura e al trattamento, con una forte attenzione agli stili di vita salutari, per ottenere migliori outcome clinici.

I progetti supportati da Pfizer Italia in questi anni, vogliono rappresentare un importante contributo allo sviluppo in Italia del modello di Disease and Care Management, in grado di accrescere la partecipazione dell'assistito al proprio piano di salute e di favorire la sinergia di lavoro realizzata dall'équipe assistenziale governata dal MG.

## **Il ruolo del terzo settore**

Viene dettagliatamente analizzato il ruolo del terzo settore in Italia dal momento che ormai la letteratura e le evidenze operative confermano che si tratta di una realtà che potrebbe svolgere un ruolo significativo nell'interpretazione e nelle risposte a molti bisogni di Assistenza Primaria, in particolare nel raggiungimento di obiettivi di integrazione socio-sanitaria.

Il terzo settore rappresenta un ambito di emergente e significativo peso proprio rispetto alla realizzabilità piena, efficace ed efficiente di obiettivi di Assistenza Primaria. Peraltro, poiché rappresenta per molti decisori e cittadini ancora un mondo non ben conosciuto nella sua genesi normativa e nelle sue dinamiche attuative, si è ritenuto importante fornire un approfondimento su definizioni, storia, evoluzione normativa, ruolo e modelli del terzo settore, confrontando l'ambito internazionale con quello italiano, sottolineando la rilevanza che a tale settore viene dedicata da recenti documenti istituzionali (Piano sanitario nazionale, Libro Bianco).

Come confermato dai dati internazionali, attualmente i Paesi di Welfare System registrano una crescente difficoltà a far fronte ad una elevata eterogeneità della domanda in costante crescita, sia in senso quantitativo che qualitativo.

Le organizzazioni non profit rappresentano potenziali attori in grado di farsi carico di colmare il gap tra domanda ed offerta di servizi alla persona. Svolgendo attività prevalentemente orientate all'interesse sociale, concorrono in maniera significativa, come confermato dall'analisi dei dati, alla gestione e produzione di beni e servizi sociali e sanitari.

Il terzo settore si connota dunque come una realtà emergente e crescente, in cui i punti di forza sono la capillarità territoriale, la formazione ad hoc e la motivazione degli operatori, specificamente orientata da una sensibilità di interesse verso settori particolari; queste valenze danno un impulso determinante al terzo settore nell'andare incontro alle spesso non sufficienti risposte offerte dall'ambito pubblico e privato for profit, specie per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria.

Viene infine sottolineato come, nell'ambito dei servizi sociosanitari, ove è prevista l'integrazione istituzionale, operativa e professionale di ASL, enti locali ed eventualmente organizzazioni non profit, risulta indispensabile la ideazione e messa in atto di specifici strumenti di collaborazione, sinergia e partnership tra questi attori.

## **Assistenza Domiciliare**

Negli ultimi decenni, anche in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione e all'aumento di malattie croniche, l'assistenza domiciliare è stata identificata dai decisori di ambito sanitario e socio-sanitario del nostro Paese come una delle modalità assistenziali su cui investire maggiormente. La più recente evoluzione nel settore è stata orientata a creare una rete integrata dei diversi servizi domiciliari, da quelli più semplici a quelli più complessi, dall'assistenza infermieristica semplice, all'assistenza sanitaria a domicilio con apparecchiature e sistemi complessi, alla presa in carico socio-sanitaria.

Dopo una dettagliata evoluzione storica e normativa della materia, viene proposta una analisi dell'offerta di assistenza domiciliare in Europa e in Italia. A questo riguardo è possibile sottolineare che, seppure i dati mostrino che il livello di copertura è in crescita, anche significativa, il numero di assistiti nel nostro Paese è ancora molto basso, collocandosi attorno al 2,9% degli anziani rispetto ad una popolazione di persone bisognose di assistenza calcolato fra l'11% e il 20%.

Nel 2006, l'offerta media italiana è stata di 24 ore all'anno (pari, in termini di media, a due ore al mese). Tali valori risultano decisamente inferiori a quelli riportati da molti Paesi europei, e soprattutto sono grossolanamente insufficienti a rappresentare una vera, efficace ed efficiente offerta di assistenza domiciliare che, se appropriatamente erogata, comporta necessariamente un impegno orario significativamente maggiore. Dall'analisi dei dati emerge poi una sostanziale differenziazione di offerta tra le regioni e una rilevante eterogeneità circa l'organizzazione, la classificazione e le tipologie di assistenza, come approfondito nella parte relativa all'analisi dei modelli regionali.

L'assistenza domiciliare integrata è certamente un servizio in crescita nella rete dei servizi sanitari, ma la sua organizzazione è ancora poco uniforme e la sua diffusione è insufficiente e inadeguata rispetto ai bisogni reali della popolazione italiana. Nonostante la positiva tendenza di questi ultimi anni verso un aumento del numero di persone assistite, l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali resta l'obiettivo prioritario ma più complesso da raggiungere.

La competenza dei servizi di assistenza domiciliare comprendente aspetti sociali e sanitari continua ad essere separata tra Comuni e Regioni, e sono ancora una piccola percentuale i casi che vengono gestiti unitariamente. Soprattutto, non esistono condizioni uniformi di offerta su tutto il territorio nazionale. Ancora poche sono le regioni che hanno stabilito principi e criteri definiti e condivisi dell'integrazione di compiti e responsabilità fra il sociale e il sanitario.

Ciò che emerge dai dati e dalle considerazioni esposte è l'inderogabile necessità di adottare politiche centrate sull'integrazione degli interventi sanitari e sociali. L'ottica integrata, come sottolineato dalla Relazione sullo stato sanitario del Paese 2005-2006, ha portato ad ottenere risultati di alto profilo qualitativo nei diversi ambiti dell'assistenza: dalla riduzione dei ricoveri impropri ad un più corretto accesso alle terapie farmacologiche; dal contenimento del ricorso all'istituzionalizzazione alla presa in carico olistica a livello domiciliare e semiresidenziale, con conseguente stimolazione di una vita relazionale più intensa che, prevenendo l'isolamento sociale, rappresenta uno dei più importanti fattori di prevenzione della perdita di autonomia.

## **Assistenza Residenziale**

Le strutture per l'assistenza semiresidenziale e residenziale rappresentano una tipologia di servizi che svolge un ruolo importante sia nel favorire il processo di deospedalizzazione, sia nel garantire una risposta adeguata alla domanda sanitaria proveniente da persone non autosufficienti o con gravi problemi di salute.

I presidi residenziali hanno avuto nel nostro Paese una notevole espansione nel



corso degli anni Novanta, e ciò in seguito all'interazione di vari fattori che hanno contribuito ad incrementare la domanda assistenziale. Fra questi l'invecchiamento della popolazione, l'indebolimento delle reti di sostegno familiare, le politiche di contenimento dei ricoveri ospedalieri impropri e il conseguente orientamento verso le strutture di lungodegenza a carattere socio-assistenziale dei destinatari di tale tipo di assistenza.

Viene evidenziato come, ad un incremento della domanda assistenziale non corrisponda un aumento adeguato dei presidi residenziali rivolti soprattutto agli anziani. Infatti, dopo aver ripercorso la normativa di riferimento, viene illustrata l'offerta di servizi residenziali nei Paesi europei e Italia, soffermandosi quindi sui modelli adottati da ciascuna regione.

Rispetto all'offerta dei vari Paesi, viene sottolineato che in linea generale i sistemi e l'organizzazione assistenziale presentano significative differenze nei vari Paesi dell'Unione Europea, sia rispetto ai modelli sanitari e sociali adottati, sia rispetto al modo in cui gli stessi si integrano e si coordinano tra di loro. Al di là di queste divergenze, e anche se i confronti internazionali relativi alle strutture residenziali in Europa sono resi difficili dall'assenza di dati omogenei, è possibile sottolineare che tutti i Paesi si trovano di fronte alla necessità improrogabile di fornire una offerta sufficientemente ampia di servizi alle persone anziane non autosufficienti e alle fasce di popolazione che necessitano dell'assistenza residenziale a vario titolo.

L'offerta italiana si caratterizza per una dotazione di posti letto spesso non adeguata rispetto alle effettive necessità. Risulta infatti diffusa l'esigenza di una dotazione di posti letto in RSA maggiore e più omogeneamente distribuita nel territorio nazionale.

Si assiste ad una dotazione in continuo aumento, ma ancora senz'altro inferiore alla diffusione di strutture analoghe in Europa e, soprattutto alle effettive esigenze assistenziali della popolazione, quella attuale, ed in particolare quella futura, stando all'ormai inesorabile andamento demografico italiano. Rispetto alla diffusione sul territorio nazionale, l'offerta globale di posti letto è concentrata in sole cinque regioni che detengono l'83% dei posti letto; si tratta per lo più di regioni che hanno orientato in tal senso la riconversione delle strutture residenziali esistenti e dei piccoli ospedali. Nelle altre regioni l'assistenza agli anziani non autosufficienti, bisognosi di assistenza residenziale, è stata affidata soprattutto alle case di riposo o alle famiglie, con una offerta comunque insufficiente ed inappropriata.

Allo scopo di offrire un'analisi dettagliata sia degli aspetti più problematici sia di evoluzione degli aspetti organizzativi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale in Italia, mettendo in luce le criticità emerse, viene allegato un estratto del documento «Prestazioni residenziali e semiresidenziali», predisposto nel 2007 dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza istituita presso il Ministero della Salute.

Sarà importante che le considerazioni e le proposte di tale Commissione possano trovare attenzione e sensibilità da parte degli organi istituzionalmente preposti, in modo da garantire con efficacia ed efficienza i recepimenti necessari a portare l'assistenza residenziale e semiresidenziale in Italia alla pari con l'analoga offerta presente nei Paesi europei in termini qualitativi e quantitativi.

## CAPITOLO 8. LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA NEL CONTESTO INTERNAZIONALE

Vengono illustrate le iniziative assunte nel tempo in diversi Paesi per attivare o implementare le attività assistenziali territoriali, secondo una esigenza che si è manifestata negli ultimi decenni a seguito delle profonde trasformazioni che si sono verificate nella demografia, nella epidemiologia, nella tecnologia, ma anche nelle caratteristiche della società, i cui singoli componenti avvertono il bisogno di una effettiva tutela della salute, ma anche di avere voce in capitolo in relazione alle scelte da effettuare al riguardo.

Pionieri in tal senso si possono considerare alcuni Paesi del Nord Europa, che si ispirano al “modello Beveridge”, nel quale la tassazione generale e locale è responsabile del finanziamento dei sistemi diretti a tutelare la salute di tutti i cittadini.

Tra questi vi è la Finlandia che, nel 1972, con il *Primary Health Care Act*, ha reso responsabili le municipalità dei *primary health care centres*, dove i medici generali, ciascuno dei quali ha i propri assistiti, lavorano insieme ad altri colleghi, e, unitamente agli infermieri e ad altre professioni simili, vengono a costituire un team, cioè una squadra.

Nell'Eurobarometer survey del 2002 la Finlandia è risultata al primo posto in termini di soddisfazione delle persone rispetto all'assistenza sanitaria del Paese.

La Finlandia e la Svezia, che hanno preceduto di qualche anno con le loro leggi la Dichiarazione di Alma-Ata, si possono considerare l'esempio di quella che è stata definita la *extended primary care*, che offre in termini di assistenza molto di più di quella della sola medicina generale. Infatti associa il MG ad altri medici e ad altre figure professionali per lavorare in ambienti comuni e con lo spirito di una squadra, dove si definisce una strategia e ciascuno ha un proprio ruolo nel conseguirla.

Questi Paesi si possono considerare antesignani di quella Assistenza Primaria che si propone di attuare in Italia, che da quelle esperienze può trarre esempio anche per quanto riguarda la evoluzione del sistema dal burocratico autoreferenziale verso la centralità delle persone assistite, che chiedono maggiore e migliore informazione, comunicazione e possibilità di scelta per quanto riguarda la loro salute.

Non ancora orientati in tal senso, almeno fino a questo momento, sembrano essere i Paesi dove si è affermato il modello della assicurazione sociale di malattia, dei quali la Francia e la Germania sono esempi rilevanti, sia per il peso demografico, sia per ampiezza, articolazione, complessità e costo dei relativi sistemi sanitari.

Viene quindi esaminata l'esperienza dell'Inghilterra, che tra i Paesi europei rappresenta l'esempio più evidente delle incessanti trasformazioni necessarie nei sistemi sanitari per tener conto, da un lato delle profonde trasformazioni economiche e sociali del Paese, dall'altro lato del progredire delle conoscenze scientifiche e delle relative ricadute sulla pratica medica.

L'Inghilterra rappresenta la parte più consistente del Regno Unito (UK) dal punto di vista demografico, con i suoi 50 milioni di abitanti sul totale di circa 60 milioni e mezzo che comprendono anche la Scozia, il Galles e l'Irlanda del Nord.

Viene offerta una dettagliata rassegna delle principali disposizioni di legge che col passare del tempo e con la trasformazione della realtà del Paese in termini di aspetti sociali, economici ed ambientali hanno portato a definire criteri e principi dell'attività dei General Practitioners (GP), sottolineando in particolare la costante aspirazione dei professionisti a mantenere la propria indipendenza ma non l'isolamento. Nascono così strutture di *group practice*.

Si descrive il clima storico e culturale degli anni '60 che ha stimolato la istituzione della cattedra di General Practice a Edimburgo e quindi a Manchester e che portò negli anni '70 a stabilire per legge l'obbligo di una formazione complementare specifica post-laurea per ottenere il posto di titolare di una General Practice. Viene quindi illustrata l'articolazione a livello locale del National Health Service (NHS) in Regional, Area e Local Authorities, riportando sinteticamente l'impulso ad una strategia di impronta manageriale prevista dai due rapporti Griffiths, uno sul National Health Service e la sua organizzazione, il successivo relativo ai Servizi Sociali.

Nel NHS si prevede il criterio della separazione dei "committenti" da quella degli "erogatori", attribuendo alle *District health authorities* e ad alcuni gruppi di GP la funzione di committenti che acquisiscono per i propri assistiti i servizi necessari tra i vari servizi esistenti, a cominciare dai neo costituiti *Trusts*.

Segue la descrizione dell'esperienza del *fundholding* per i GP, che consisteva nell'assegnazione di un fondo per diventare acquirenti di prestazioni ospedaliere di elezione, sia in ricovero ordinario che diurno, di prestazioni ambulatoriali, di consulti a domicilio, di prestazioni diagnostiche ad accesso diretto, di prestazioni riabilitative rese da fisioterapisti, logopedisti e terapisti occupazionali, nonché di farmaci e la acquisizione di staff di supporto alle *practices*.

Quindi è il successivo governo laburista di Blair che ha inteso dare al NHS un altro indirizzo, cioè quello di essere organizzato e responsabilizzato sempre di più a livello locale, istituendo i *Primary Care Groups* (PCGs) in tutto il Paese per fare collaborare i GP ed i *community services* con i servizi sociali, un nuovo modello di committenza delle *GP practices*, con affidamento di budget, quale prosecuzione del *fundholding*, ma su basi più eque e più collegate ai problemi della salute.

I *community hospitals* nel nuovo scenario dell'invecchiamento della popolazione e della cronicità, dopo un periodo di accantonamento si, avviano a svolgere un nuovo ed importante ruolo.

Si delinea il "*The care closer to home scenari*" che meglio risponde ai principi del Libro Bianco governativo del 1997, "*The new NHS: Modern - Dependable*", che vede proiettato nei singoli ambiti territoriali il "nuovo" NHS, non più dedicato solo alla assistenza sanitaria, ma sempre più responsabilizzato nella tutela della salute e nella lotta contro le ineguaglianze di specifiche aree geografiche o di particolari gruppi di popolazione. L'anello che manca nella integrazione tra i servizi ospedalieri ed i servizi sociali viene individuato negli *intermediate care services*, cioè quelle modalità assistenziali che si pongono prima e dopo il ricovero ospedaliero. Quindi assistenza domiciliare e *community hospitals* possono trattare molti casi non bisognevoli di alte tecnologie e di prestazioni specialistiche particolari, ma sono essenziali anche dopo il ricovero ospedaliero, ren-

dendo tempestiva, coordinata e funzionalmente integrata la transizione dall'ospedale verso il domicilio dell'assistito.

Nel 2004 viene attuato il nuovo contratto nazionale dei GP che, oltre a rendere più equa la quota capitaria, introduce un sistema di incentivi per la qualità che pesa fino al 18% della remunerazione dei GP, secondo il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati in relazione a un *Evidence-based Quality and Outcomes Framework* stabilito da organismi statali.

Viene descritto il passaggio dai PCGs ai *Primary Care Trusts*, ai quali si è deciso di assegnare circa l'80% del budget del NHS, proseguendo sulla linea di rendere sempre più decentrato il Servizio affinché possa conoscere gli effettivi bisogni di salute e di assistenza sanitaria.

Nel giugno 2008 il Department of Health ha stabilito che i PCTs hanno la facoltà di ridenominarsi *NHS Local*; essendo al centro del progetto di modernizzazione del NHS, e per questo avendo la responsabilità dell'80% del budget, questi organismi, dotati di un proprio *Board*, debbono istituzionalmente lavorare con i Servizi Sociali e con il terzo settore.

I PCTs sono invitati ad avviare le *GP practices*, ad assumersi la responsabilità del *Practice-based Commissioning*, considerato che il contratto dei GP del 2004 conferisce loro nuove possibilità e doveri. Infatti a questo livello si può decidere, unitamente all'interessato, quali prestazioni fornire nelle *practices*. Ai medici non viene imposto il modello operativo, perché si può scegliere di lavorare in team in ambienti comuni, ma anche di "federarsi", in una sorta di associazionismo in rete di soggetti singoli.

Le *GP practices* non si sono dimostrate in grado di offrire la vasta gamma di servizi necessari ad una comunità, quindi sono stati proposti dei centri più complessi e completi dove, oltre ai GP, operano dentisti, farmacisti, assistenti sociali, servizi per la donna e per i bambini, e per tutte quelle persone che hanno difficoltà comunicative e che pongono problemi diagnostici particolari, come i disturbi mentali e le *learning disabilities*.

Viene quindi tracciato l'attuale quadro del NHS e lo stato della sua integrazione con i servizi sociali.

L'Inghilterra, che nel XX secolo ha valorizzato il ruolo dei *General Practitioners* (GP), nel corso del tempo ha assunto ulteriori, importanti iniziative per migliorare il loro statuto formativo, le condizioni di lavoro e la remunerazione, ed attualmente, affidando loro un budget per la committenza dei servizi per i propri assistiti a livello dei *Primary Care Trusts*, assegna ai GP il ruolo chiave nella costituzione di team multiprofessionali che si occupano della salute, del gruppo di assistiti a loro affidato. Le proposte e le realizzazioni per una visione complessiva dei servizi sanitari e sociali, pur non agevole e talora problematica, sta indirizzando il NHS verso la strada giusta per realizzare "l'Assistenza Primaria allargata", che vede molte e diverse figure professionali convergere verso la tutela della salute, la conoscenza e la lotta contro le disuguaglianze di condizioni e di trattamento delle persone vulnerabili, ed una assistenza veramente "locale", cioè vicina quanto più possibile ai cittadini.

Le proposte per la riorganizzazione dei servizi nell'area metropolitana di Londra aggiungono ulteriori elementi di metodologia programmatoria e suggeriscono la realizzazione di strutture, provvisoriamente chiamate "policlinici", che rappresentano l'esem-

pio di un luogo dove si concentrano attività e servizi che, ruotando attorno ai GP, ne rendono maggiore, migliore e più flessibile la disponibilità, anche oraria, nei riguardi degli assistiti.

Viene quindi descritta l'esperienza degli Stati Uniti, un Paese che dal punto di vista della organizzazione sanitaria viene spesso definito un "non sistema" perché non inquadrabile nei classici tre modelli, il Bismark, il Beveridge e il Semashko.

Circa l'Assistenza Primaria estesa, cioè il concetto attualmente dominante nelle esperienze internazionali, ed auspicata anche in Italia nel presente volume, negli Stati Uniti opera sin dal 1945 la Kaiser Permanente, una *Health Maintenance Organization* (HMO) not-for-profit.

Costituita dall'industriale H. J. Kaiser, sin dall'inizio è stata considerata una organizzazione a carattere sociale. Nata, infatti, per i dipendenti dell'edilizia e dei cantieri navali gestiti da Kaiser, è rimasta radicata in California, dove risiedono circa 6 milioni di iscritti, ma arriva a contare oltre 8 milioni con gli insediamenti in Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Ohio, Oregon, Virginia, Washington e il District of Columbia.

Kaiser Permanente è costituita da un lato dal Kaiser Foundation Health Plan and Hospital, che è il ramo assicurativo, dall'altro lato dal Permanente Medical Groups, che eroga i servizi sanitari attraverso i gruppi medici e gli ospedali. Attualmente Kaiser Permanente comprende 30 ospedali, 423 *Outpatient centres* nei quali operano 11 mila medici e 135 mila unità di personale non medico.

Il cuore del sistema è rappresentato dai *Multispecialty Health Centres*, i quali secondo le località impiegano tra 5 e 40 medici, che sono in particolare *primary care physicians*, vale a dire specialisti in medicina di famiglia, medicina interna, pediatria ed ostetricia e ginecologia. Collaborano con i medici una serie di figure professionali, quali le *nurses practitioners*, e questo consente di estendere il tipo e il numero delle prestazioni da erogare, al tempo stesso concedendo ai medici di dedicare circa 15 minuti ad ogni visita.

Nei Centri usualmente è possibile fruire di prestazioni diagnostiche di laboratorio e di immagini e di prestazioni riabilitative, nonché della farmacia.

Tutti i medici, sia dedicati alla Assistenza Primaria, sia alla Specialistica o agli Ospedali, sono dipendenti e/o azionisti della Kaiser Permanente per la quale lavorano in esclusiva. Tra i punti di forza del sistema vi è la gestione delle malattie croniche, con un marcato atteggiamento preventivo che si giova di un sofisticato sistema informativo clinico che comprende la storia del paziente e le indicazioni per la prevenzione, ma anche la possibilità di confrontare sul piano epidemiologico i risultati attesi da quelli riscontrati.

Altra significativa iniziativa assunta negli Stati Uniti per l'Assistenza Primaria è stata la istituzione, nel 1965, dei *Neighborhood Health Centres*, ispirati dalla *war on poverty* di J. F. Kennedy e del suo successore Johnson: dal 1975 *The Public Health Service Act* li ha confermati, ridenominandoli *Community Health Centres*. Tali Centri non solo erogano la Primary Care, ma sono anche catalizzatori di azioni e di modificazioni della comunità che portino vantaggi positivi per la salute.

Questi *enabling services* hanno, quindi, il fine di assicurare la accessibilità da e per i Centri verso le Comunità. Si citano quindi i *Federally Qualified Health Centres*: sostenuti dal Governo Federale, sono istituzioni non profit i cui Consigli di gestione sono com-

posti da membri designati o eletti dalle comunità di riferimento, con l'obbligo che il 51% di essi sia costituito da persone assistite dal Centro. È stata riconosciuta la loro capacità di migliorare le condizioni delle comunità da molti studi scientifici, che hanno collegato la validità delle attività di prevenzione e di cura e della integrazione tra i bisogni e servizi sanitari con quelli sociali.

Un effetto favorevole si è registrato recentemente nell'accrescersi dei rapporti tra i Centri e gli *Academic Medical Centres*, i quali trovano nei Centri il luogo adatto per la formazione degli specializzandi in *family medicine* e in *public health*, i quali da un lato assistono a quel che avviene nella vita reale in termini di bisogni sanitari e sociali e, dall'altro, con la loro cultura e capacità operativa, aiutano la crescita dei Centri in questa loro missione sociale.

Ultima in ordine di tempo è l'iniziativa assunta da *Medpac*, cioè la *Medicare Payment Advisory Commission*, un'agenzia indipendente istituita nel 1997 per consigliare il Congresso riguardo al programma federale Medicare, non solo per quanto riguarda gli aspetti finanziari, ma per collegare questi alla qualità, accessibilità, efficacia ed appropriatezza delle prestazioni da erogare.

Nel giugno 2008, nel Rapporto al Congresso dal titolo *Reforming the Delivery System*, *Medpac* afferma che il sistema di assistenza sanitaria negli USA necessita di fondamentali cambiamenti, non solo perché il costo pro-capite è il più alto del mondo, ma perché non si avvale abbastanza della assistenza ritenuta raccomandabile. Il Rapporto, quindi, dedica un apposito capitolo alla "Promozione dell'uso della *primary care*", nel quale si sostiene che l'accesso del paziente ad una Assistenza Primaria di qualità elevata è essenziale per il buon funzionamento dell'intero sistema sanitario.

Poiché è il Medicare che finanzia la *graduate medical education* (GME), che nel 2006 ha impegnato oltre 8 miliardi e mezzo di dollari, *Medpac* raccomanda al Congresso:

- 1) di utilizzare le leve della GME per privilegiare gli specializzandi in *primary care* con incentivi finanziari, da collegare a nuovi modelli formativi, quali gli *interdisciplinary teams*, e l'uso delle metodologie per valutare e misurare la qualità;
- 2) di migliorare la retribuzione dei medici della Assistenza Primaria, riconoscendo loro le attività cognitive e tutte le attività extra-ambulatoriali, quali le visite per l'assistenza domiciliare e residenziale;
- 3) di avviare la sperimentazione pilota 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, istruendo i pazienti alla autogestione, e il coordinamento di tutte le attività e prestazioni che l'assistito deve ricevere in altra sede per particolari problemi.

Ci vorrà del tempo perché la *Medical Home* dimostri la sua validità e ci vorranno anche i necessari investimenti, ma, come ha ricordato a tutto il mondo il World Health Report 2008, «Primary health is not cheap: it requires considerable investment, but it provides better value for money than its alternatives».

## CAPITOLO 9.

### IL FUTURO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. IL CASO DELLA MEDICINA GENERALE: CRITICITÀ E PROPOSTE

#### Le criticità nella realizzazione della Assistenza Primaria in Italia

Da un esame della letteratura internazionale e nazionale emerge con chiarezza una condizione di disagio nel vissuto dei medici di medicina generale, che manifestano la propria frustrazione a causa dell'incapacità di mettere in pratica tutte le conoscenze professionali di cui sono in possesso, anche a causa delle regole dei diversi sistemi in cui operano. In particolare, lamentano spesso distorsioni nel modo di lavorare determinate dai sistemi di remunerazione, che li portano ad orientare il proprio operato verso modalità che, se garantiscono loro il raggiungimento di qualche obiettivo economico, allo stesso tempo li spingono a sacrificare alcuni elementi fondamentali del proprio lavoro.

I crescenti oneri amministrativi e la necessità di dover sottoporre la loro attività a stringenti regole di finanziamento/rimborso, rappresentano alcune delle ragioni di tale insoddisfazione in tutto il mondo. A livello internazionale si registra anche una importante crisi nel rapporto medico-paziente, problema riferito anche dai medici italiani, ma fortemente ridimensionato da diverse indagini demoscopiche nazionali, che registrano un elevato livello di fiducia degli italiani nei confronti del medico di famiglia.

In Italia la medicina generale presenta numerose criticità di sistema, che negli ultimi trenta anni hanno impedito il suo progresso e determinato una certa emarginazione dei professionisti.

Nel capitolo si analizzano le principali criticità:

- **i criteri di dimensionamento del rapporto ottimale:** l'inserimento di un medico ogni 1000 assistibili e la possibilità di ciascun medico di acquisire un numero maggiore di scelte (1500), allo scopo di favorire una concorrenza qualitativa fra i singoli medici, unitamente alla retribuzione proporzionale al numero di scelte in carico hanno, di fatto, determinato una forte competizione sulla scelta tra medici generali, spesso contaminata dalla pressione a soddisfare bisogni espressi da parte della persona assistita, non sempre appropriati rispetto a criteri di una buona pratica.
- Ne sono derivati **isolamento e autoreferenzialità dei medici di medicina generale**, in pratica dei "solisti" clinici, funzionali nel fornire un'accettabile risposta assistenziale al cittadino ma privi di un confronto di riferimento tra professionisti; ciò ha determinato la possibilità del costituirsi di una variabilità assistenziale e la difficoltà di orientare l'azione professionale verso obiettivi condivisi e programmati. Le incentivazioni alla costituzione di forme associative quali la medicina in associazione semplice, la medicina in rete e la medicina di gruppo, hanno sicuramente prodotto qualche progresso, ma non hanno risolto in modo sistematico i problemi, consentendo l'emergere solo di alcune "eccellenze".

- La mancata possibilità di un'efficace e incisiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle sedi regionali ed aziendali di programmazione, governo e gestione di obiettivi di Assistenza Primaria, in quanto, appunto, considerati "solisti", non organici al sistema, in particolare per quanto riguarda la continuità dell'assistenza in termini di integrazione tra ospedale e territorio e socio-sanitaria. Ciò è confermato dall'oggettiva incapacità da parte degli Uffici di Coordinamento dell'Assistenza Distrettuale di esprimere un'azione caratterizzata da incisività decisionale e sinergia tra le varie componenti, aziendale e di medicina generale.
- Il modello retributivo fondato prevalentemente sulla quota capitaria, comprensiva delle spese necessarie all'erogazione delle prestazioni contenute nella convenzione, non ha consentito il supporto a investimenti strutturali, tecnologici ed organizzativi, in assenza di finanziamenti specificamente dedicati da parte del SSN. Particolarmente penalizzante è stata la carenza di collaboratori di studio, introdotti tardivamente, in modo non sistematico e senza criteri di competenza specifica. Il medico di medicina generale deve sostenere le spese per i fattori di produzione sottraendole dall'ammontare dal compenso complessivo.
- Il settore della Continuità Assistenziale risulta del tutto indipendente e regolamentato in modo sostanzialmente diverso dall'ambito della Assistenza Primaria, anche se spesso può coinvolgere, in tempi diversi, gli stessi professionisti. L'accesso differenziato alla convenzione non consente il passaggio diretto dalla continuità assistenziale all'Assistenza Primaria e impone al medico dinamiche occupazionali e reddituali fortemente oscillanti. Ciò ha impedito anche la necessaria integrazione delle rispettive attività professionali, compromettendo la qualità della continuità dell'assistenza in medicina generale.

La condizione attuale della categoria è quindi fortemente critica, stretta fra carichi di lavoro rapidamente crescenti e la progressiva riduzione dei guadagni, tanto da indurre sempre più medici a programmare un abbandono anticipato dalla convenzione (dal 7% al 9% di pensioni di anzianità anticipate prima degli ordinari 65 anni tra il 2006 e il 2007).

### **La proposta FIMMG e gli aspetti organizzativi per la realizzazione della Assistenza Primaria**

Vengono presentati i contenuti della proposta di Ri-fondazione della medicina generale che la FIMMG ha elaborato evidenziando come, attraverso una valorizzazione delle caratteristiche positive dell'attuale medicina generale, cioè rapporto di fiducia continuato nel tempo e distribuzione capillare dei professionisti sul territorio, intenda raggiungere, con una serie di interventi, tre obiettivi fondamentali:

- portare i medici di medicina generale a lavorare in squadra per superare la condizione di isolamento e autoreferenzialità;
- riscoprire gli stimoli motivazionali capaci di rinnovare lo slancio professionale dei



- MMG, il sentimento di dignità e di soddisfazione verso la propria professione;
- consentire ai professionisti e ai committenti di verificare, analizzare, e valutare l'attività assistenziale erogata attraverso idonei indicatori, sia in termini di output che di outcome, anche per poterla appropriatamente programmare.

L'evoluzione del valore "salute" e dei bisogni di assistenza della popolazione, che contengono anche una aumentata richiesta di assistenza integrata socio-sanitaria, comportano un'evoluzione del ruolo della medicina generale, composto da funzioni, compiti ed attività in continuo cambiamento ed un coordinamento fra medici di medicina generale, altri professionisti e altre professionalità.

Si tratta quindi di progettare ed accompagnare la progressiva trasformazione di una professione, finora svolta e gestita isolatamente dal medico solista, ma che da ora in poi dovrà strutturarsi in una nuova dimensione organizzativa e relazionale, tipica del lavoro in squadra, orientata alla presa in carico della tutela e promozione della salute con un'impostazione di "medicina di iniziativa", e non solo di semplice "attesa" del manifestarsi dei bisogni.

**Eliminare o attenuare la concorrenza fra singoli medici di medicina generale** è condizione essenziale per consentire loro di lavorare in squadra.

A tale finalità è orientata la proposta del cosiddetto **"accesso unico" all'area della medicina generale** che, con un'unica graduatoria di accesso all'incarico convenzionale a tempo indeterminato, prevede il superamento dell'attuale distinzione fra il rapporto convenzionale della continuità assistenziale (ex guardia medica) e quello dell'Assistenza Primaria (medici di famiglia). Ciò consentirebbe l'introduzione di meccanismi per cui l'acquisizione delle scelte in carico, o la loro riduzione, non sarebbero elementi capaci di determinare significative variazioni nell'entità della retribuzione.

L'ipotesi prevede l'introduzione di un meccanismo per cui con l'acquisizione e l'aumento delle scelte in carico si dovrebbe realizzare una riduzione proporzionale dell'attività oraria e viceversa. La proporzionalità dovrebbe essere correlata all'equivalenza di 38 ore settimanali con 1.000 scelte in carico.

Le attività orarie, nei primi anni di convenzionamento dovrebbero essere dedicate alla continuità assistenziale (ex guardia medica), ma potrebbero assumere nel tempo contenuti sempre più articolati e complessi, fino a prevedere attività di coordinamento, docenza e ricerca.

Si creerebbe così la possibilità di realizzare un'**Evoluzione dell'Assetto Professionale (E.A.P.)**, derivante dalle diverse combinazioni di attività fiduciarie, strettamente collegate alla scelta dell'assistito, con quelle orarie, dedicate ad attività diverse, necessarie al raggiungimento degli obiettivi di squadra. Attraverso una adeguata regolamentazione riguardo ai contenuti economici e professionali delle attività orarie ed alla loro valorizzazione economica, l'EAP rappresenterebbe anche una risposta adeguata alla mancanza di una prospettiva di progressione professionale, quindi un elemento imprescindibile della motivazione professionale, oltre che una necessità per valorizzare e per assolvere in modo più efficace le attività emergenti di insegnamento e ricerca, accanto all'assistenza.

Nel documento della FIMMG la necessità del lavoro in team dei medici di medici-

na generale è sostanziata con la proposta di costituzione delle Unità di Medicina Generale (UMG), denominate nel nuovo ACN Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della medicina generale. L'AFT è una squadra, un team; non è un'associazione nel senso consueto del termine.

L'associazione, così come definita nei vari ACN, prevede che più medici di medicina generale, possano avviare un rapporto di collaborazione e di collegamento a carattere volontario, libero e paritario tra colleghi. Per il resto i medici continuano a svolgere esclusivamente i compiti convenzionali individuali, non essendo previsti criteri o requisiti specifici in termini di organizzazione del lavoro finalizzati alla definizione di una mission comune delle attività. Non partecipano alle associazioni, di fatto, i medici di continuità assistenziale.

Le UMG o le AFT, come definite nell'ultimo ACN, rappresentano un elemento di progresso che permette di coniugare il superamento del lavoro isolato con la necessità di garantire alla popolazione assistita in modo unitario e coordinato tutte le funzioni e i compiti della medicina generale, non solo assistenziali, ma anche di formazione e ricerca, rispondendo così alla necessità di identificare la mission comune della squadra.

L'UMG potrà pertanto rappresentare uno strumento finalizzato a consentire il coordinamento dell'azione dei singoli MMG, in modo da garantire la massima sinergia e la realizzazione efficace ed efficiente di quei livelli di assistenza che il professionista non può assicurare in un assetto da solista, il tutto nel pieno rispetto della irrinunciabile autonomia professionale individuale.

La necessità di erogare la Assistenza Primaria garantita dalla medicina generale secondo principi e criteri di equità di accesso e di uniformità a tutti i cittadini, come da livelli essenziali di assistenza, è il presupposto alla obbligatorietà di adozione di tale modello erogativo elementare.

L'Unità di medicina generale è quindi l'unità organizzativa elementare a cui afferiscono i medici dell'area della medicina generale. L'Unità di Medicina Generale si configura, quindi, come un sistema di relazioni fra MMG, estremamente flessibile, che potrà essere configurato in qualsiasi modello erogativo, identificato in relazione agli orientamenti delle singole Regioni, alle caratteristiche oro-geografiche ed ai bisogni della popolazione assistita.

L'attività del MG nell'UMG può essere distinta in due categorie fondamentali, cui corrispondono diversi e più articolati sistemi di retribuzione:

- **attività di tipo fiduciario**

connesse alla scelta elettiva del cittadino, sulla base di un rapporto di fiducia nei confronti del singolo professionista. Tale attività andrà organizzata dal MG secondo criteri di congruità che risultino funzionali al complesso dei compiti assistenziali da erogare nei confronti delle persone assistite.

- **attività di tipo orario o per obiettivo**

non direttamente connesse alla scelta elettiva da parte di un cittadino, ma necessarie sia a supportare efficacemente le attività di assistenza fiduciaria, sia a realizzare attività assistenziali comuni a tutta la popolazione assistita dall'UMG, comprese alcune attività attualmente svolte dai medici della Medicina dei Servizi.

L'UMG dovrà integrare la propria attività con quella di altri professionisti convenzionati del territorio, di altre professionalità e dell'ospedale.

Questo tipo di integrazione può avvenire nell'ambito di organizzazioni che la proposta di Ri-fondazione ha denominato “modelli erogativi” e che il nuovo ACN ha chiamato “Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)”. Nell'ambito del nuovo ACN ed in prospettiva, l'UMG potrebbe costituire il modello erogativo più semplice.

Secondo l'ultimo ACN, la differenza fra AFT e UCCP consiste nelle categorie di professionisti che ne entrano a far parte. La prima è un'entità omogenea per categoria, essendo composta solo da medici di medicina generale, la seconda coinvolge, con modalità diverse, i pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati.

Neppure l'UCCP si struttura in una configurazione prestabilita; può, infatti, avere una sede unica in cui sono concentrate tutte le attività dei professionisti e degli operatori, oppure essere caratterizzata da una struttura a rete consistente in più sedi distribuite sul territorio, con una di riferimento in cui sono accentrate alcune attività, tecnologie e servizi. L'UCCP viene a configurarsi come una “squadra” allargata di professionisti che, pur assolvendo ciascuno i propri compiti, riferisce la mission comune alla stessa popolazione definita.

La **ristrutturazione del compenso** rappresenta uno dei passaggi più importanti e complessi della proposta di Ri-fondazione della medicina generale. L'obiettivo della ristrutturazione del compenso è correggere diversi aspetti critici di sistema della medicina generale, ma soprattutto distinguere quanto spettante al medico quale onorario per la sua attività professionale, da quanto è finalizzato al finanziamento dei fattori di produzione (strutture, personale, attrezzature, ecc.).

Si può assumere che la retribuzione delle attività fiduciarie potrebbe essere conservata in forma di quota capitaria, cui si aggiungerebbe in modo inversamente proporzionale quella derivante dalle attività orarie. Un sistema così congegnato offrirebbe al medico, fin dall'ingresso in convenzione, una retribuzione dignitosa. Inoltre, il meccanismo di compensazione economica, per cui al crescere delle scelte diminuisce il numero delle ore settimanali retribuite e, al contrario, alla diminuzione delle scelte corrisponde un recupero delle ore, attenua fortemente, fino quasi ad annullarlo, il fenomeno della concorrenza fra medici.

Tutte le forme di compenso dell'attività professionale possono trovare adeguata sede di aggiornamento nell'ambito del rinnovo degli Accordi Collettivi Nazionali, mentre il finanziamento dei fattori di produzione, oltre un minimo nazionale, potrebbe essere definito a livello regionale, aziendale o distrettuale.

Il finanziamento dei fattori di produzione può essere realizzato con modalità diverse, sostanzialmente distinguibili in tre categorie: il rimborso a pie' di lista, il rimborso forfettario e la fornitura diretta dei fattori di produzione da parte dell'azienda sanitaria. Le tre modalità non sono necessariamente fra loro incompatibili ed è possibile anche ipotizzare la loro contemporaneità, con livelli di espressione di ciascuna calibrata in relazione alle condizioni oro-geografiche, socio-demografiche e di disponibilità di risorse umane ed economiche del contesto.

Le prospettive di evoluzione della medicina generale, che la vedono sempre di più

organizzata in aggregazioni che dovranno condividere almeno parte delle attrezzature, del personale e dei servizi indispensabili all'erogazione dell'assistenza, pone la necessità di una approfondita riflessione sul ruolo importante che potrebbero svolgere “società di servizio”, anche non profit, nella gestione e fornitura dei fattori di produzione della medicina generale, su richiesta degli stessi medici o delle aziende sanitarie.

Viene anche sottolineata l'importanza di una efficace ed incisiva partecipazione dei MMG ai momenti di programmazione e gestione del SSN, attraverso un riconosciuto ruolo consulenziale nell'ambito dei vari organismi, nonché l'introduzione di meccanismi di partecipazione garantita e strutturata dei professionisti convenzionati alle attività di programmazione a livello distrettuale, aziendale e regionale ed al governo clinico, e dell'affidamento ai medici convenzionati delle funzioni di management organizzativo all'interno delle aggregazioni funzionali e dei modelli erogativi.

Presupposto fondamentale sia al lavoro di squadra, sia alla partecipazione alla programmazione e gestione dell'assistenza, è che l'intera categoria dei medici di medicina generale si dimostri capace di “accountability”, cioè di conoscere e valutare la propria attività, nei confronti propri e di altri soggetti.

Da ciò emerge la necessità di identificare a livello nazionale indicatori specifici che consentano di valutare in senso qualitativo e quantitativo l'attività della medicina generale, per ciascuno dei quali devono essere valorizzati standard definiti a livello periferico, in relazione al contesto e ai bisogni specifici della comunità locale.

Nel prossimo futuro si affermerà sempre più il concetto di Assistenza Primaria estesa, che dovrà valorizzare ogni libero-professionista che stabilisce rapporti formali con il servizio sanitario, senza impedire l'esercizio individuale, ma collegandolo ad altri compiti, tempi, attività e doveri da svolgere all'interno di strutture centralizzate, dove opereranno in squadra vari professionisti, medici e non. Per l'Assistenza Primaria che verrà, è indispensabile che partano da subito iniziative volte a far sì che i professionisti si «rendano conto per rendere conto», un processo essenziale per valutare i fabbisogni, i modi come soddisfarli, la appropriatezza delle prestazioni, la loro efficacia e la economicità possibile nelle singole situazioni di contesto, nazionali, regionali e locali, in altre parole la *Clinical Governance*.

È evidente, quindi, la grande importanza che assume il processo di informatizzazione degli studi medici al fine di realizzare audit e accountability con impiego dedicato di risorse umane ed economiche. È quindi necessaria una notevole accelerazione del processo di piena informatizzazione della medicina generale attraverso due linee fondamentali: da un lato si chiede al Governo e alle Regioni di prevedere investimenti strutturali che possano garantire ai medici attrezzature, personale e funzionalità, dall'altro i medici di medicina generale devono raggiungere la consapevolezza che tali attività rappresentano parte integrante e irrinunciabile dei loro compiti.

Lo sviluppo dell'Information and Communication Technology (ICT) apre ulteriori orizzonti alla medicina generale e opportunità di maggiore integrazione con tutti i livelli del SSN, oltre che la possibilità di offrire al cittadino di accedere a tutta una serie di servizi assistenziali direttamente dallo studio del medico, senza doversi recare personalmente di sede in sede (come per esempio tele prenotazioni di esami diagnostici e visite specialistiche).

## La formazione del medico di medicina generale

Viene descritto il quadro normativo europeo di riferimento, e quello nazionale di recepimento delle Direttive europee, della formazione specifica post laurea in medicina generale. Inoltre vengono presentate alcune esperienze nazionali di insegnamento della medicina generale durante il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Dalla analisi emerge che la medicina generale è una disciplina autonoma con propri contenuti ed una propria attività clinica orientata all'Assistenza Primaria. In assenza di un insegnamento universitario specificamente dedicato, tale disciplina è nata e si è sviluppata dalla raccolta di conoscenze e competenze nell'ambito della pratica professionale, che nel loro insieme hanno costituito un know-how professionale specifico.

I provvedimenti europei riguardanti la libera circolazione dei medici nei Paesi dell'UE sanciscono i principi generali per la realizzazione di un corso di formazione specifica per chi voglia intraprendere la professione di MG.

La formazione specifica in Italia fa capo all'organizzazione di ogni Regione; la conseguente diversificazione dell'insegnamento rischia di compromettere non solo la libera circolazione dei professionisti in Europa, ma soprattutto la garanzia della necessaria uniformità di conoscenze e competenze dei medici di medicina generale su tutto il territorio nazionale.

Viene pertanto presentata una proposta della FIMMG che prevede che con un atto istituzionale cogente e vincolante, come potrebbe essere un atto d'intesa tra Stato e Regioni, si possano adottare standard organizzativi e di contenuti formativi da parte di tutte le Regioni, a garanzia di una omogeneità e uniformità di competenze della medicina generale su tutto il territorio nazionale. Il "core curriculum" della medicina generale potrebbe consistere in un set di livelli minimi e comuni, che consenta l'acquisizione uniforme delle competenze ed abilità coerenti con i compiti, le attività e le funzioni di chi pratica la professione di MG.

La proposta prevede che l'ambito di applicazione della disciplina della MG si espliciti attraverso differenti aree, quali:

- area clinica
- area della comunicazione
- area gestionale
- area della didattica
- area della ricerca e della sperimentazione.

Allo scopo di raccogliere, strutturare e sistematizzare le competenze e conoscenze della disciplina maturate nell'ambito della pratica professionale nel SSN, e di realizzare un opportuno raccordo con l'ambito universitario, si ipotizza che il collegamento possa essere realizzato da un modello di tipo dipartimentale, in cui si possano armoniosamente coniugare i contributi del mondo accademico, in termini di approccio scientifico e culturale, con l'insieme di conoscenze e competenze che solo membri accreditati della categoria dei medici di medicina generale, che continuano a praticare l'attività professionale, possono trasmettere ai discenti.

La proposta FIMMG prevede pertanto che si riconosca una specializzazione in

medicina generale, che trovi in ambito universitario la propria collocazione all'interno di un Dipartimento misto di medicina generale, la cui istituzione permetterebbe di superare l'attuale gap. Rispetto al personale docente, si prevede che l'insegnamento e la ricerca istituzionale nell'ambito di tale Dipartimento siano svolti prevalentemente da medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. Si ipotizza pertanto la stesura di una convenzione tra Università e Regione per determinare, tenendo conto di quanto definito nell'ambito degli Accordi Collettivi Nazionali e Regionali, la regolamentazione del Dipartimento, compiti e funzioni del personale docente e la durata dei contratti, nonché i criteri e le modalità di accreditamento del personale docente.

## CAPITOLO 10. AGGREGAZIONI FUNZIONALI E LAVORO DI GRUPPO: IMPATTO ECONOMICO DELLA PROPOSTA E SOSTENIBILITÀ DELL'ASSISTENZA PRIMARIA PER IL SSN

Viene elaborata una proposta finalizzata alla stima dell'impatto economico a livello di sistema derivabile dall'adozione di nuove modalità di erogazione dell'Assistenza Primaria coerentemente con le linee di indirizzo formulate nella proposta presentata nel volume, relativamente a nuove forme di organizzazione del lavoro.

In particolare vengono tracciati i lineamenti di un "caso base", alla luce del quale sarà effettuata una stima del costo di funzionamento di questa tipologia organizzativa di aggregazione del lavoro degli MMG. Si tratta di un caso ipotetico di aggregazione funzionale fondato su parametri di riferimento che, mutando, possono permettere di costruire un numero molto ampio di modelli organizzativi che differiscono in termini di struttura, dimensione, funzioni attivate, professionalità disponibili. Questa elaborazione permette di effettuare una stima del costo di funzionamento di un modello organizzativo di riferimento. Alla luce di questi risultati viene stimato l'impatto finanziario del nuovo modello sulla spesa del SSN.

Dopo trenta anni di storia, il Servizio Sanitario Nazionale ha bisogno di un processo di re-ingegnerizzazione globale che renda il sistema dell'offerta di nuovo coerente con i bisogni che emergono dal quadro demografico, epidemiologico e sociale. In questo nuovo contesto, il ruolo dell'ospedale continuerà comunque ad essere essenziale, ma soprattutto l'Assistenza Primaria dovrà assumere pienamente tutti quei ruoli che già le sono riconosciuti nel contesto internazionale.

Nello specifico, il MG svolge tre macro-funzioni nell'ambito del SSN: *clinico-assistenziale* per i singoli e per la comunità; *organizzativo-gestionale* in quanto parte di un sistema sanitario (ma anche di quello più ampio di assistenza sociale); *educativa e comunicazionale* nei confronti delle persone assistite nella duplice ottica della promozione di stili di vita salubri e della responsabilizzazione dei pazienti e dei cittadini verso il proprio servizio sanitario, migliorando l'appropriatezza della domanda di prestazioni e prescrizioni.

Si ravvisa quindi la necessità di disegnare un modello organizzativo per la medicina generale che permetta al medico di medicina generale di svolgere tutte queste funzioni nel rispetto di due esigenze fondamentali: l'autonomia lavorativa del libero professioni-

sta, e l'esigenza generale del sistema sanitario di "dare conto" (*accountability*) ai cittadini del proprio modo di operare e dei risultati prodotti.

L'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria, nei sistemi sanitari moderni, si realizza sempre più nell'ambito di complessi organizzativi che combinano competenze professionali, strutture e tecnologie per la diagnosi e la cura. In tale contesto, anche il MG oggi avverte il bisogno di integrare in qualche modo le proprie competenze con quelle di altri colleghi utilizzando, per questo, forme di coordinamento organizzativo che integrano "verticalmente" il lavoro del MG con le attività ospedaliere (es. protocolli diagnostico-terapeutici, sistemi informativi) e quelle che invece provvedono all'integrazione "orizzontale" tra diversi professionisti sul territorio (le medicine di gruppo, in associazione, in rete, le UTAP, i nuclei di cure primarie, ecc.). La pratica della medicina appare oggi inevitabilmente realizzarsi nell'ambito di "organizzazioni".

La forma organizzativa ipotizzata è l'Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP), denominazione sancita dall'Accordo Collettivo Nazionale del 27 maggio 2009. Tuttavia, l'UCCP che è stata tracciata è solo una delle possibili forme di aggregazione dell'Assistenza Primaria nell'ambito delle aggregazioni funzionali territoriali. Infatti l'UCCP può assumere, a seconda delle Regioni e dei contesti di riferimento, innumerevoli forme e strutture in relazione alle scelte che si opereranno localmente in merito ad alcuni parametri. Il "caso base" ipotizzato è dunque da intendersi come una soluzione organizzativa esemplificativa basata su una serie di ipotesi di progettazione organizzativa che si ritengono rappresentative di una realtà "ideal-tipica". In particolare, i parametri presi in considerazione sono i seguenti:

- *Unità professionali coinvolte*: è stato previsto un modello di aggregazione di 15 professionisti che servono una popolazione media di 15.000 abitanti. Ogni medico ottiene 1000 scelte da parte dei cittadini sul territorio. Tuttavia, i modelli potranno anche differenziarsi per la presenza non solo di MMG ma anche di PLS e di Specialisti ambulatoriali territoriali che, in questo caso, permettono l'ampliamento del range delle prestazioni erogabili e l'ambito di popolazione assistita.
- *Tempi e modalità di lavoro professionale* (orario di apertura ambulatori, durata delle visite, numero delle visite, numero visite domiciliari, prestazioni aggiuntive): l'organizzazione del lavoro è caratterizzata dalla presenza di una struttura fisica centrale che garantisce una disponibilità di assistenza medica 24 ore al giorno per 7 giorni. Il modello prevede che ogni medico all'interno di una UCCP debba assicurare un orario di lavoro pari a 38 ore settimanali, in analogia a quanto accade ai dirigenti medici del SSN operanti nelle strutture ospedaliere. Di queste 38 ore, 21 sono svolte presso l'UCCP (comprese due ore a settimana di visite domiciliari più due ore a settimana di attività programmata nell'ambito dell'assistenza domiciliare di Distretto), mentre le restanti 17 sono prestate negli ambulatori individuali. Inoltre, la funzione clinico/assistenziale è garantita H24. Si è inoltre ipotizzata una durata media di 10 minuti per ciascuna visita ambulatoriale.
- *Modalità di strutturazione del compenso*: la strutturazione del compenso adottata per il "caso base" è in linea con le più recenti proposte in discussione in ambito negoziale, ma se ne discosta per alcuni aspetti marginali. Si propone ad esempio che a diverse

funzioni svolte dal medico di famiglia si possano assegnare modalità di remunerazione differenziate. In particolare, l'attività professionale (che comprende le funzioni clinico-assistenziale ed educativo-comunicazionale) potrebbe essere remunerata attraverso un contributo fissato in misura analoga a quanto previsto dal CCNL dei medici ospedalieri per analogia della funzione svolta; questa componente della remunerazione è attribuita al singolo MG. L'attività organizzativo-gestionale è invece attribuita all'intera funzione dell'UCCP per riconoscere gli effetti delle economie di scala derivanti dall'aggregazione funzionale in una struttura fisica unica, e solo in quota parte viene ribaltata sul singolo MG. Nello specifico, il compenso è articolato considerando due elementi di costo: i beni e servizi, gli oneri assicurativi, e l'ammortamento della tecnologia, attraverso la corresponsione di un contributo forfettario da definire a priori; il personale di studio, attraverso l'individuazione di una figura di riferimento nell'ambito dei contratti collettivi nazionali di categoria (infermieri, personale di segreteria e personale amministrativo) agganciando a questi il relativo compenso. Tuttavia, il nuovo schema retributivo deve essere compensato dalla disponibilità da parte delle strutture territoriali ad assicurare funzioni oggi prestate in ospedale - in forma ambulatoriale o *in-patient*.

- *Competenze professionali aggiuntive* (assistenza infermieristica, segreteria, amministrazione): per il funzionamento del modello di UCCP sono necessarie competenze ulteriori, sia sotto il profilo dell'assistenza infermieristica, sia per le attività di prenotazione, per le attività amministrative e per quelle di rendicontazione. Queste competenze dovranno essere disponibili per l'insieme delle funzioni svolte sia presso i singoli studi che presso l'unità centrale.
- *Tecnologie sanitarie ed informatiche*: l'UCCP, come previsto dall'ACN 2009, è chiamata ad assicurare sul territorio di propria competenza l'erogazione dei LEA fornendo accesso all'assistenza sanitaria di base e alla diagnostica di primo livello anche per limitare l'uso improprio del pronto soccorso (articolo 26 ter). Pertanto, questa struttura dovrà essere dotata di tecnologie diagnostiche adeguate a perseguire tali scopi. A fianco alle dotazioni diagnostiche per immagini, è possibile anche ipotizzare la disponibilità di dotazioni sufficienti per alcune determinazioni di chimica clinica quali la glicemia e l'esame delle urine. Per quanto riguarda il sistema informatico, è stata considerata una spesa di gestione annuale del sistema pari al 2% del "fatturato" complessivo dell'UCCP, analogamente ad altre organizzazioni che erogano servizi alla persona.
- *Aspetti infrastrutturali*: la sede centrale dell'UCCP dovrà disporre di spazi idonei per accogliere i pazienti, permettere una attesa confortevole nel rispetto della dignità della persona e della sua privacy, favorire l'accessibilità anche alle persone disabili così come previsto dalle normative vigenti. Inoltre, la sede centrale dell'UCCP dovrebbe poter essere resa disponibile nell'ambito del patrimonio immobiliare della Asl, non gravando quindi sul conto economico dell'UCCP.
- *Management*: L'UCCP si configura come una organizzazione di servizi alla persona dotata di circa 30 unità di personale attivo caratterizzato da professionalità diverse. Assicura un servizio H24 con dotazioni tecnologiche ed informatiche che l'identificano, sotto il profilo economico, come una piccola impresa. Per questo tale organizzazione dovrà dotarsi di una struttura manageriale in grado di governare il sistema



permettendogli di conseguire gli obiettivi che si pone e che il sistema sanitario le ha affidato. L'assetto gestionale si caratterizza per l'esigenza di realizzare un coordinamento di "rete" tra pari individuando quindi una figura di coordinamento che non svolga a tempo pieno questa funzione, mantenendo comunque in attività il proprio studio individuale. Tale rappresentanza ha comunque natura funzionale ed informale, non potendo in alcun caso l'UCCP acquisire personalità giuridica autonoma per via del rapporto di convenzionamento individuale tra MMG e SSN.

La stima dell'impatto economico dell'attuazione della nuova forma organizzativa parte da necessarie semplificazioni che riguardano la struttura dell'UCCP e le modalità di compensare il MG.

Il dato che emerge dalle simulazioni effettuate sulla base di uno studio inglese è che, considerando il parametro di 329 visite ambulatoriali all'anno per 100 persone (per tutte le età considerate) presso il *general practitioner*, e considerando un tempo medio di 10 minuti a visita, le 1260 visite settimanali potenzialmente erogabili dai 15 MMG della UCCP sopra esemplificata, sembrerebbero sufficienti per garantire l'accesso al servizio richiesto da una popolazione con una struttura demografica analoga a quella nazionale (10,5% di persone tra 65 e 74 anni; 9,5% di persone oltre i 75 anni: popolazione al 1/1/2006, ISTAT).

Dal conto economico, invece, emerge un costo complessivo dell'UCCP (caso base con 15 medici) pari a 1,826 milioni di euro all'anno che corrisponde ad una quota capitaria pari a 121,5 €. Considerando che la quota capitaria complessiva media nazionale del 2007 era pari a € 1743, la funzione UCCP con l'assistenza H24 peserebbe sul sistema per circa il 7,0% del totale.

Inoltre, dalla simulazione effettuata, il "caso base" si caratterizza come una struttura di 28 persone, di cui 15 medici e 7 infermieri, con 6 persone tra supporto amministrativo e di segreteria. In questo modello, il peso della spesa per il personale è preponderante (82%), e certamente superiore rispetto alla quota della spesa di personale di una qualsiasi azienda sanitaria del Paese. Tuttavia, la funzione di Assistenza Primaria svolta attraverso il modello dell'UCCP, rispetto ad altre organizzazioni di erogazione di servizi sanitari, può certamente essere considerata più snella e quindi più efficiente. Se infatti a fronte di un euro speso per i servizi professionali di un medico in una UCCP, è necessario spendere 36 centesimi per l'infrastruttura che gli permette di lavorare, nel caso di un ospedale a fronte dello stesso euro la struttura costa oltre 60 centesimi (quasi il doppio). Questo implica che per ciascun euro di spesa per un paziente che riusciamo a trattare in UCCP piuttosto che in ospedale possiamo risparmiare, come sistema, fino a 25 centesimi, ovvero spendere fino al 25% in meno complessivamente.

Per effettuare una stima dell'impatto dell'attuazione di questo modello sulla spesa del SSN è possibile fare riferimento alla popolazione assistita dai MMG nel 2005 (51.485.616 individui). Sulla base di questo dato, è stata stimata la necessità di circa 51.500 MMG sul territorio. Considerando il costo stimato attraverso il conto economico previsionale generale, la spesa per la funzione della medicina di famiglia sale da 4,8 miliardi di euro del 2005 a circa 6,4 miliardi di euro nello scenario attuale, con un incremento di oltre il 24,8% pari a 1,6 miliardi di euro. Questo corrisponde ad un incremento della spesa per MG da 93 mila euro a 123 mila euro. Evidentemente

l'impatto sembrerebbe significativo e di fatto non sostenibile senza uno spostamento di risorse da altri comparti.

In realtà, un rafforzamento delle dotazioni tecnologiche ed infrastrutturali del territorio, unitamente ad una revisione del percorso formativo del MG, possono effettivamente favorire uno spostamento di attività, e quindi di spesa, da due dei setting che oggi maggiormente assorbono risorse per le ASL, quali i ricoveri ospedalieri e l'assistenza specialistica ambulatoriale. Oltre a queste considerazioni di natura economico-contabile, se ne aggiungono molte altre che riguardano il miglioramento dell'efficacia dell'assistenza, la migliore qualificazione delle attività territoriali, il più chiaro inquadramento dei Mdf nel "sistema" SSN, la possibilità di ottenere una maggiore accountability anche nelle attività della medicina sul territorio.

## **CAPITOLO 11.**

### **ASPETTI ORGANIZZATIVI E TRATTAMENTO FISCALE DELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DEI PROFESSIONISTI CONVENZIONATI CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Viene presentata una analisi in cui si individuano nell'ambito dell'esercizio dell'attività dei MMG gli aspetti più critici della attuale e concreta esperienza, e vengono proposte delle ipotesi in relazione ad assetti futuri circa le strutture organizzative e giuridiche dei fattori produttivi e le scelte del più adeguato trattamento fiscale.

Il MG nell'esercizio della sua attività è classificato come libero professionista e come tale ritrae dalla sua attività un reddito di lavoro autonomo. Quindi, secondo la disciplina fiscale, il criterio di determinazione della base imponibile è quello della computazione analitica dei ricavi e dei costi, con le limitazioni ovviamente previste dalle norme. L'ammontare complessivo dei costi è sottoposto alla quantificazione secondo i criteri fiscali che ne determinano il valore deducibile dall'ammontare dei ricavi. I costi sono rappresentati dai proventi ritratti da due attività esercitate dal medico. La principale fonte del reddito è quella cosiddetta convenzionale, cioè quella relativa all'esercizio dell'attività secondo la convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale. Nel caso il MG abbia erogato nell'ambito della propria attività professionale delle prestazioni assoggettabili ad IVA, e quindi nel suo volume di affari oltre alle prestazioni esenti ci fossero anche prestazioni imponibili, il tributo pagato al momento degli acquisti sarebbe allora parzialmente detraibile. In questa circostanza l'assetto contabile ed amministrativo del professionista subisce significative modifiche rispetto alle condizioni ordinarie. Infatti, in condizioni di ordinaria amministrazione il medico, esercitando un'attività esente dall'applicazione dell'IVA sui ricavi derivanti dalle proprie prestazioni, non ha alcuna possibilità di detrazione dell'IVA pagata al momento dell'acquisizione dei beni e dei servizi inerenti alla propria attività.

Viene quindi approfondita la tematica riguardante la partecipazione del MG alle forme associative e viene sottolineato come le forme organizzative e giuridiche utilizzabili al fine di erogare prestazioni sanitarie siano funzionali solo alla gestione dei costi e degli approvvigionamenti di servizi e materiali al fine esclusivo di "migliorare le potenzialità di ciascuno" dei singoli MMG che partecipano alla forma associativa, i quali, tuttavia,

conservano la loro individualità giuridica e autonomia professionale in quanto titolari esclusivi del rapporto con il SSN. Quindi, la titolarità del rapporto sottostante alla prestazione sanitaria convenzionata è di esclusiva competenza individuale del singolo MG, che in questa funzione non può essere sostituito né rappresentato da nessun altro soggetto, in qualsiasi forma giuridica costituito. Pertanto, i costi per i quali andrebbe individuata una appropriata gestione sono principalmente quelli relativi all'acquisizione di materiali e servizi di uso comune all'insieme dei medici operanti nell'ambito della struttura.

L'assetto non cambia sostanzialmente nel caso in cui la gestione dei servizi sia affidata ad una società di servizi. Anche in questo caso, a fronte delle spese sostenute per i servizi erogati a favore dei MMG, è possibile attribuire una quota dei compensi convenzionali, che però in capo alla società dovrebbero risultare come finanziamento e non come ricavo.

Si evidenziano, quindi, gli aspetti più significativi del dibattito attuale circa le pratiche organizzative dell'esercizio della professione del MG e i connessi aspetti fiscali.

A tale proposito, si è data menzione della sentita questione relativa all'assoggettabilità all'IRAP dei proventi conseguiti in esecuzione dell'attività convenzionale. L'esclusione dal tributo è stata argomentata, a sostegno dei ricorsi tributari che la categoria ha avviato, con la motivazione in base alla quale la configurazione del presupposto impositivo non si verifica mai nell'esercizio dell'attività dei MMG. Tale presupposto consiste nella autonomia organizzativa che attribuisce quel *quid pluris* individuato dalla Corte di cassazione in una maggiore capacità produttiva che altrimenti il professionista, operando con il supporto esclusivamente delle proprie risorse fisiche e culturali, e al massimo con una dotazione di strumenti in quantità minima indispensabile, non riuscirebbe a raggiungere.

Recentemente è stato introdotto un altro adempimento, quello della riscossione accentrata dei compensi attraverso le cosiddette "strutture sanitarie private" nel quadro di una strategia di lotta all'evasione estesa anche ad altre categorie di professionisti. Oltre alle incertezze della previsione normativa che ne ha reso l'applicazione confusa, si è trattato di un onere percepito quasi come vessatorio, specie in considerazione del fatto che, pur essendo state abrogate analoghe previsioni per altre categorie libero-professionali, per i MMG è ancora rimasta in vigore.

Sono state formulate osservazioni anche in materia di studi di settore. Entro il 2009 sarà aggiornato lo studio promosso dalla FIMMG, con l'obiettivo di ponderare con maggiore accuratezza la significatività di spese relative alle attrezzature di supporto all'attività esercitata che, così come è stato osservato in relazione all'Irap, non posseggono alcuna capacità di incidere sul volume di affari che il medico può concretamente sviluppare.

Sul piano della proposta vengono formulate delle ipotesi sulla determinazione della base imponibile dei MMG adottando i criteri fiscali del lavoro dipendente; viene analizzata la struttura del compenso in termini di limitazioni e opportunità; vengono presentati gli scenari e le prospettive del nuovo federalismo fiscale in un sistema di contrattazione collettiva, per le nuove esigenze e le nuove forme associative: le prospettive del coordinamento organizzativo, gli assetti giuridici e la disciplina fiscale.

La disciplina tributaria suddivide il reddito in categorie a seconda della loro natura

e della loro fonte di provenienza. La categoria dei MMG appartiene ad una tipologia collocabile in una zona intermedia tra quella dei lavoratori autonomi e quella dei lavoratori dipendenti. Si tratterebbe di procedere, sul piano normativo, approssimativamente con un'operazione simile a quella che assimila a lavoro dipendente alcune specifiche categorie di reddito, quali: *“i compensi per l'attività libero professionale intramuraria del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, e [...] di altre specifiche categorie di personale, nei limiti e alle condizioni di cui all'articolo 1, comma 7, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662”*. Da un punto di vista dell'impatto finanziario sulla spesa sanitaria, volendone mantenere la neutralità, il passaggio dall'applicazione della tassazione secondo la disciplina del lavoro autonomo a quello di lavoro dipendente, dovrebbe avvenire solo a condizione che, da un lato, sia assicurato ai MMG la continuità del reddito netto disponibile, e dall'altro una sostanziale invarianza di costo per il SSN e di gettito fiscale per lo Stato. Tale risultato è ottenibile in linea di massima, soltanto a condizione che sia individuata all'interno della retribuzione del MG, qualificata fiscalmente come di lavoro dipendente, una quota rappresentativa del ristoro patrimoniale assicurato in conseguenza delle spese sostenute dal MG per l'esercizio della attività, e che tale componente reddituale sia esclusa dalla base imponibile.

In particolare, le proposte di ristrutturazione del compenso vanno nella direzione di una netta distinzione all'interno della quota capitaria, sino ad oggi sostanzialmente onnicomprensiva, della componente relativa al finanziamento dei fattori di produzione che il MG deve necessariamente acquistare per l'esercizio dell'attività, con una quantificazione tendenzialmente commisurata ai costi effettivamente sostenuti. I criteri individuati per poter ottenere tale obiettivo sono: il rimborso forfettario, la fornitura diretta dei fattori di produzione da parte dell'azienda sanitaria, il rimborso a pie' di lista. Tuttavia, al fine di ottenere la completa neutralità fiscale, quindi rimborsi tassabili pari ai costi deducibili, è necessario operare una delle seguenti scelte: a) considerare il rimborso a pie' di lista come un'operazione esclusivamente finanziaria, per cui le spese non sono annoverate tra i costi, così come i rimborsi non entrano nel cumulo del reddito complessivo del MG; b) calibrare l'imponibilità dei ricavi sulla quota dei costi effettivamente deducibili; c) rimuovere i limiti di deducibilità dei costi, che quindi diventerebbero interamente deducibili, visto che tale limitazione non avrebbe più alcun senso, in quanto comunque corrispondentemente compensati da ricavi imponibili.

La legge delega approvata dal Parlamento quest'anno sul riordino federale dello Stato presuppone la successiva adozione di Decreti legislativi, la cui disciplina è previsto entrerà a regime nel 2016. Pur essendo ad uno stadio embrionale, è tuttavia possibile definire i contorni essenziali del nuovo assetto istituzionale e finanziario che ne deriverà. La prima considerazione di carattere generale è che si accentueranno le forme di localizzazione dell'imposizione tributaria e della sua amministrazione, con una conseguente progressiva riduzione dell'effetto redistributivo proprio di una gestione accentrata dei tributi, a meno comunque di un fondo perequativo volto a compensare le situazioni limite. Ne deriveranno pertanto nuovi equilibri finanziari destinati ad incidere in modo significativo sulla natura e sulla consistenza dei servizi erogati dai centri locali. In particolare, con una certa nettezza è stato stabilito il superamento graduale dell'attuale sistema di copertura basato sul cosiddetto “criterio della spesa storica”, secondo il quale sono stati erogati i trasferi-

menti statali dando continuità a quanto si è speso negli anni precedenti, con la naturale conseguenza nel tempo di premiare con maggiori risorse gli enti che spendevano di più. Il nuovo criterio farà affidamento sul cosiddetto “sistema dei costi standard”. I “costi standard” troveranno la loro copertura quindi, in ordine di priorità, nel gettito ricavato dai tributi regionali da individuare in base al principio di correlazione, compresi tra questi quelli destinati a sostituire l'IRAP, dalle quote di compartecipazione al gettito erariale di IRPEF e IVA, e da ultimo dalle quote assegnate del fondo perequativo.

La ricerca delle soluzioni organizzative è limitata essenzialmente a quelle più appropriate allo svolgimento di un'attività sanitaria libero-professionale a latere di quella svolta dal MG in esecuzione della convenzione, nonché all'approvvigionamento e gestione di tutti i servizi di supporto all'attività di quest'ultimo. Una opportunità è rappresentata senza dubbio da quanto disposto dalla Norma Finale numero 4 all' ACN, che permette, previo accordo stipulato a livello regionale, di attribuire all'ente associativo una quota dei compensi relativi all'attività convenzionata, corrisposti direttamente dall'Azienda Sanitaria.

Un'ipotesi di effettiva remunerazione dell'ente collettivo in termini di ricavi è rappresentata dalla possibilità di attribuire ad esso la titolarità dell'esercizio dell'attività libero-professionale concretamente svolta dai singoli medici. In questo caso, le fatture relative ai compensi ottenuti sono emesse dall'ente, rappresentandone così i ricavi. Un'ulteriore possibilità è rappresentata dal cosiddetto ribaltamento dei costi sostenuti dall'ente sui singoli medici componenti dell'ente stesso. In tal caso tali ammontari si configurano come ricavi per l'ente, che compenseranno i costi sostenuti, e a loro volta saranno costi fiscalmente deducibili in capo ai medici.

Nello spettro delle opportunità di enti collettivi cui fare riferimento, è possibile distinguere due categorie fondamentali: gli enti non-profit, che quindi non hanno lo scopo di agire con finalità lucrative, e quelli che per loro natura possono svolgere attività commerciali, quindi profittevoli.

Nello specifico sono state delineate le funzioni di forme organizzative identificate con la sigla UCCP (Unità Complessa delle Cure Primarie) per l'erogazione di servizi di Assistenza Primaria. A tale proposito, il primo aspetto che si porrà consiste nello stabilire chi dovrà sopportare l'onere ed eventualmente anche la gestione dell'investimento in fattori di produzione dell'Assistenza Primaria relativa alla medicina generale, comprese le prestazioni socio-sanitarie necessarie all'assistenza domiciliare e residenziale integrate. Se questo costituirà una dotazione di provenienza pubblica, che si tratti della Regione oppure dell'azienda sanitaria, l'impegno a carico dei MMG dovrebbe essere considerevolmente ridimensionato. In tal caso, la problematica organizzativa è imperniata sulla integrazione tra l'attività svolta dai MMG, presumibilmente in un regime di autonomia professionale con un personale rapporto fiduciario con il paziente da tutelare, e una struttura pubblica che impiega mezzi e risorse a sostegno dell'attività del MG. Qualora invece i MMG dovessero sopportare gli oneri della struttura, l'organizzazione sarà concretamente più complessa. Sarà necessario, quanto mai si è verificato sino ad oggi, ottimizzare la gestione di un patrimonio fatto di attrezzature e personale presumibilmente articolato e consistente. Così, quanto più sarà numerosa la compagine dei MMG partecipanti alla UCCP, tanto più sarà necessaria una gestione che assicuri il

coordinamento dell'apparato amministrativo, nonché la gestione dei rapporti con le strutture pubbliche di riferimento e di quelli commerciali nell'ambito degli approvvigionamenti dei materiali e dei servizi. La selezione della forma giuridica più appropriata alle esigenze specifiche dipenderà dalla portata degli investimenti e dalle attitudini degli individui coinvolti. Un consistente investimento, una partecipazione di soggetti terzi, per quanto in posizione minoritaria, un alto livello di indebitamento, possono imprimere un connotato di commercialità all'iniziativa, che potrebbe richiedere la forma giuridica societaria che assicura, oltre all'autonomia patrimoniale, anche una maggiore chiarezza nella *governance* e nella ripartizione degli utili e delle perdite.

La prevalenza di uno spirito mutualistico tra i partecipanti e le aspettative di solidarietà nel contesto in cui si opera, giustificano certamente un assetto organizzativo nell'ambito della categoria del non-profit e delle cooperative. Più in particolare, nel caso in cui l'azienda non provvedesse direttamente ai fattori di produzione e ai servizi di integrazione socio-sanitaria, si potrebbero ipotizzare scenari differenti. In un caso, la società, anche in forma cooperativa, oltre a procurare e gestire i fattori di produzione strettamente necessari all'attività professionale dei medici, dovrebbe farsi carico di procurare, attraverso contratti con società cooperative sociali, società Onlus di tipo diverso e/o associazioni di volontariato, quanto è necessario all'integrazione socio-sanitaria che l'azienda non è in grado o non intende fornire direttamente. Il finanziamento dei fattori di produzione da parte delle aziende sanitarie potrebbe essere indiretto o diretto, a seconda che le risorse economiche siano riconosciute ai singoli medici, affinché possano acquisire i beni e servizi dagli enti, oppure vengano direttamente corrisposte dalle aziende sanitarie agli enti stessi di servizio sulla base di contratti. E' comunque da prendere in considerazione l'ipotesi che il mondo istituzionale, attraverso strumenti legislativi e negoziali, possa individuare le caratteristiche di questi enti e mettere in atto quanto necessario per avviare un processo di accreditamento degli stessi e delle attività erogate, il tutto alla luce della considerazione che non è interesse del sistema creare opportunità di utili da impresa, ma piuttosto rendere più flessibile, efficace ed efficiente il sostegno del medico generale nel raggiungimento di obiettivi di Assistenza Primaria di fondamentale utilità sociale. Va infine considerata l'opportunità che tali enti possano far parte del settore non profit e che godano di agevolazioni sia in termini di semplificazioni gestionali che di riduzione del carico fiscale.

L'importanza della struttura e il rafforzamento della funzione probabilmente comporterà invece una più netta distinzione delle attività, quindi degli interessi e dei coinvolgimenti, del singolo MG, che continuerà ad essere portatore necessariamente di una duplice *mission*, quella pubblica e quella privata, sinergiche ma mai concorrenti.

## **Il sistema previdenziale dei liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale**

Per il medico libero professionista del secolo scorso e dei primi decenni di questo secolo, non era previsto un sistema previdenziale che garantisse a lui e ai suoi famigliari un reddito garantito in età avanzata, in caso di malattia o morte. L'allungamento della vita media e una maggiore distribuzione del reddito hanno invece richiesto un approc-

cio collettivo al problema, imposto poi definitivamente dalla Costituzione italiana.

La sostenibilità di un sistema di previdenza collettiva si fonda su un patto di solidarietà tra generazioni subentranti. Questo patto, visto dall'angolo visuale delle Casse di previdenza, sostanzia il concetto di finanziamento a ripartizione, su cui si basano le gestioni dei fondi pensionistici pubblici, in cui i contributi dei lavoratori attivi pagano le pensioni ai lavoratori in quiescenza ed agli inabili al lavoro.

Dopo le indispensabili e non più rinviabili riforme del sistema pensionistico degli anni '90 causate dall'invecchiamento demografico, dalla crisi del mercato del lavoro e dall'insostenibile gravosità delle prestazioni pensionistiche, l'attuale assetto della previdenza italiana non si basa più su di un sistema di tutela obbligatoria esclusivamente pubblica, ma si poggia su tre pilastri fondamentali che configurano un sistema previdenziale globale. La *previdenza sociale obbligatoria*, che rappresenta il 1° pilastro, è gestita su schemi di finanziamento a ripartizione, e totalmente deducibile dalla base imponibile fiscale, a finalità pubblica di rango costituzionale. La *previdenza complementare* che rappresenta il 2° pilastro, è finalizzata a garantire soprattutto una rendita aggiuntiva alla pensione su base pubblica, a contrattazione collettiva ed adesione individuale volontaria per gli appartenenti a determinate categorie (Fondi pensione chiusi) o ad adesione individuale per chi fosse sprovvisto di un Fondo chiuso (Fondi pensione aperti), entrambe con contributi gestiti a capitalizzazione da investitori autorizzati, fiscalmente deducibili dal reddito imponibile sino ad un tetto di 5164,57 euro annui. La *previdenza integrativa privata individuale*, che rappresenta il 3° pilastro, su base assicurativa, gestita su schemi a capitalizzazione (Fondi Individuali Pensionistici, Piani Individuali Previdenziali, Polizze vita), non incentivata fiscalmente non avendo finalità previdenziali di interesse collettivo.

Il diritto alla previdenza degli iscritti ai vari istituti ed organi previdenziali trae origine dalla Costituzione Italiana, che sintetizza efficacemente una lunga storia di interventi normativi, dottrinali e giurisprudenziali in tema di assicurazione sociale obbligatoria.

Se nell'ambito della categoria dei medici italiani prendiamo in esame il collegamento tra i redditi da lavoro e la contribuzione previdenziale, possiamo notare come il reddito di ogni medico, sempre assoggettato all'obbligo della contribuzione previdenziale di 1° pilastro, si riconduca in sostanza a tre differenti tipologie, disposte in varie combinazioni a seconda delle attività professionali svolte: reddito da lavoro dipendente e reddito da lavoro autonomo a sua volta diviso in libero professionale e convenzionato.

I medici dipendenti contribuiscono, se operanti nel polo della pubblica amministrazione all'INPDAP, se nel polo privato all'INPS. I redditi da libera professione afferiscono al Fondo Generale ENPAM "quota A", che viene pagata da tutti gli iscritti agli Ordini, e per l'eventuale reddito libero professionale eccedente alla "quota B" o Fondo della libera professione. La Fondazione ENPAM rappresenta per il MG l'unico riferimento in tema di previdenza obbligatoria. I redditi da convenzione vengono gestiti dai tre Fondi speciali, quello dei generici, pediatri e guardia medica, quello degli specialisti ambulatoriali e medici dei servizi e quello dei convenzionati esterni od accreditati col SSN.

I medici di medicina generale, della Continuità Assistenziale e dell'Emergenza ter-

ritoriale, in relazione all'Accordo Collettivo Nazionale del 20.01.2005, ed i Pediatri di libera scelta, in relazione all'ACN del 15.12.2005, contribuiscono al Fondo con una aliquota contributiva dal 01.01.2004 del 15%, di cui il 9,375% a carico dell'Azienda ed il 5,625% a carico del medico. I medici transitati alla dipendenza in relazione al contratto di lavoro contribuiscono al Fondo con una aliquota contributiva del 32,35% di cui il 23,80% a carico dell'Azienda ed l'8,55% a carico del medico. È previsto un contributo aggiuntivo a carico del medico dell'1% sulla quota di compenso superiore ad un tetto predeterminato (per il 2006 pari ad € 39.297,00). Dal 1 gennaio 2008 la contribuzione per i medici di medicina generale, della continuità assistenziale e dell'Emergenza territoriale passerà al 16,5% di cui il 10,375% a carico dell'Azienda ed il 6,125% a carico del medico.

È importante soffermarsi sul collegamento tra la fase contributiva e la definizione dell'entità della pensione. L'importo della prestazione nei regolamenti dei Fondi dell'ENPAM viene calcolato con il metodo retributivo reddituale, che partendo dai contributi contabilizzati in cassa, per ogni anno di versamento ricostruisce il reddito relativo a quello stesso anno tramite l'aliquota di contribuzione vigente.

Per quanto riguarda le prestazioni a fronte dell'obbligatoria iscrizione, l'ENPAM eroga: prestazioni di sola vecchiaia a carico del Fondo di Previdenza Generale; prestazioni di vecchiaia e di anzianità a carico dei Fondi Speciali; prestazioni di invalidità ed a superstiti; prestazioni assistenziali.

La vera questione per il futuro, in un momento in cui l'aspettativa di vita è in costante aumento, riguarda la sostenibilità della impostazione che prevede l'assegnazione della redditività del contributo già al momento del suo incasso da parte della Fondazione, con il meccanismo del pro-rata che limita la portata di interventi di riequilibrio.

Il Fondo della medicina generale risulta il Fondo più consistente gestito dalla Fondazione. Da esso origina il 50% dei contributi incassati, per ogni pensionato ci sono quasi tre contribuenti attivi, il flusso dei contributi è superiore del 50% all'esborso per pensioni, ingenerando un saldo attivo di quasi trecento milioni di euro all'anno; negli ultimi dieci anni si sono pensionati quasi settemila contribuenti, la maggior parte a settanta anni di età.

Andrà sempre più promossa e diffusa la cultura della integrazione previdenziale tempestiva, che veda un aumento dell'accantonamento previdenziale del reddito, utilizzando tutti gli strumenti messi a disposizione da regolamenti moderni ed attenti alle esigenze dei propri iscritti, sia in campo di estensione della contribuzione obbligatoria con la flessibilità contributiva, che usufruendo della possibilità data dai vari tipi di riscatto previsti dai Fondi.

## CAPITOLO 12.

### LE FORME INTEGRATIVE DI ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA IN ITALIA: EVOLUZIONI E PROSPETTIVE

L'evoluzione storica della legislazione sulla sanità integrativa del nostro Paese riflette le difficoltà di una visione strategica sul tema. Ogni qual volta sono state compiute scelte in materia di sanità integrativa, il dato comune che sembra emergere riguarda



proprio l'approccio al problema. Per approfondire le motivazioni di tali difficoltà, non si è ritenuto sufficiente analizzare unicamente la legislazione del settore, ma è sembrato più opportuno approfondirla nell'ambito di una visione più complessiva delle scelte che, nel corso degli anni, sono state compiute relativamente al SSN, inteso come sistema pubblico integrato fra funzione di programmazione/acquisto e funzione di erogazione delle prestazioni, solidaristico dal punto di vista del finanziamento, universalistico in termini di accesso alle cure e, almeno formalmente, completo ed esaustivo come prestazioni "garantite".

Una prima tappa fondamentale in materia è stata quella del D.lgs. n. 502 del 1992, che introduce per la prima volta il concetto di *"forme differenziate di assistenza"*. A tale proposito, l'impostazione che sembra scaturire appare quella di un nuovo sistema di assistenza in cui alcuni soggetti/enti, organizzati in base a categorie predeterminate, possono di fatto garantire alle proprie collettività di riferimento "quote" di assistenza sanitaria in modo differenziato rispetto all'assistenza sanitaria, garantita secondo regole "standard" ai cittadini, finanziate in parte con le risorse pubbliche. Tali disposizioni sembrano così poter determinare le condizioni per una fuoriuscita, pur parziale, dall'assicurazione sanitaria pubblica di alcune collettività, fermi restando gli obblighi di contribuzione alla solidarietà generale. La soluzione ipotizzata sembra voler rompere il monopolio pubblico, sia dal lato dell'erogazione delle prestazioni, mediante l'istituto dell'accreditamento, che nella stessa gestione delle risorse destinate alla copertura assicurativa obbligatoria, creando un meccanismo concorrenziale anche dal lato assicurativo e consentendo a più soggetti qualificati di gestire quote di risorse pubbliche (cui eventualmente potevano aggiungersi risorse private), con l'obiettivo di perseguire maggior efficienza nella spesa, soprattutto mediante l'ottimizzazione del rapporto negoziale con gli erogatori.

Successivamente, il decreto legislativo n. 517/93 e s.m.i. ha previsto l'istituzione di fondi integrativi sanitari "finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale", per i quali si specificarono le fonti istitutive e cioè i contratti e accordi collettivi, gli accordi tra lavoratori autonomi o liberi professionisti ed infine, i regolamenti di enti, aziende, enti locali, associazioni senza fini di lucro o società di mutuo soccorso, giuridicamente riconosciute. A queste ultime, analogamente alle imprese assicuratrici, era riconosciuta la possibilità di gestire fondi integrativi sanitari. Inoltre, viene previsto che "le società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute che gestiscono unicamente fondi integrativi sanitari sono equiparate ai fondi sanitari". Infine, si stabiliva che, con apposito regolamento da emanare su proposta del Ministero della Sanità, dovevano essere disciplinate: "le modalità di costituzione dei fondi integrativi, la composizione degli organi di amministrazione e controllo, le forme di contribuzione, le modalità di vigilanza del Ministero della sanità, le modalità di scioglimento".

Casse e fondi avrebbero avuto comunque tre anni di tempo per adeguarsi alle regole previste dal regolamento, che doveva essere deliberato dal Consiglio dei Ministri nella forma di Decreto del Presidente della Repubblica, e registrato dalla Corte dei Conti, per farlo entrare in vigore entro il mese di febbraio 1996; le successive elezioni bloccarono l'approvazione definitiva.

Le profonde innovazioni del 1992 vengono così corrette nel giro di un solo anno e la scelta d'integratività, basata su una rigida separazione fra prestazioni erogabili dal SSN e dai fondi sanitari, determina in larga misura l'assetto del settore fino ai giorni nostri.

Alla fine degli anni novanta viene realizzata un'ulteriore, importante riforma del SSN, con il decreto legislativo n. 229 del 1999, all'interno del quale sono previste nuove norme riguardanti il settore della sanità integrativa. Tale decreto conferma l'impostazione di fondo stabilita dal decreto 517 ed introduce alcune rilevanti innovazioni che contribuiscono a definire la normativa in termini di maggior dettaglio rispetto alla riforma del 1993. Quanto al tema della vigilanza, di grande rilievo, ma non affrontato con la precedente riforma del 1992-1993, il decreto 229 ne affida la competenza genericamente allo Stato ed alle Regioni, in ragione dell'area territoriale di operatività delle diverse realtà, senza però specificare forme e soggetti precisi. Viene infine prevista l'istituzione dell'anagrafe dei fondi e dell'osservatorio presso il Ministero della Sanità.

La riforma realizzata con il decreto 229 accentua la differenza fra la legislazione, definita per lo più in base a considerazioni di principio e teoriche, e le reali esigenze dei fondi. Infatti, nessun fondo o cassa preesistente al decreto 229 è nelle condizioni di adeguarsi alle nuove disposizioni, senza mutare radicalmente le proprie caratteristiche. I problemi maggiori non riguardano solamente il tema integratività/sostitutività delle prestazioni. Infatti il decreto 229 introduce il vincolo che le prestazioni devono essere erogate solamente da strutture e professionisti accreditati. Tale limitazione restringe fortemente la possibilità per i fondi stessi di svolgere efficientemente la loro funzione di terzo pagante, avendo limitato il mercato in cui poter "comprare" le prestazioni.

Pur essendo in presenza di una nuova riforma che per certi versi intende rafforzare il settore della sanità integrativa – riforma integrata un anno dopo dalla Legge 328 del 2000 che estende l'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale anche alle spese sostenute per prestazioni sociali finalizzate a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane – il quadro legislativo derivante dal decreto 229 non ha un significativo impatto sull'operatività delle realtà esistenti, realtà che mantengono caratteristiche profondamente diverse dalle nuove previsioni normative. Infatti, pur con tale contesto legislativo poco favorevole ed in grado di penalizzare fortemente il settore, l'attività dei fondi continua invece a svilupparsi al di fuori della normativa settoriale. Inoltre, anche la riforma realizzata con il decreto 229 – che prevedeva alcuni importanti decreti e regolamenti attuativi – non è resa operativa.

Parallelamente al decreto 229 viene approvato il decreto legislativo 41/2000, attuativo della riforma fiscale realizzata con la Legge 133 del 1999. Tale decreto intende accompagnare coerentemente l'impostazione di politica sanitaria prevista con il 229, definendo un regime fiscale maggiormente incentivante con riferimento ai contributi versati ai soli fondi sanitari integrativi del SSN appena regolamentati. Il decreto 41 del 2000 non modifica la disciplina contributiva. Esso però interviene sul trattamento fiscale dei contributi, definendo un regime di favore per quanto versato ai fondi, sia in termini di limiti di deducibilità, sia allargando tale deducibilità a valere su tutti i tipi di redditi (non solo di quelli di lavoro dipendente), ed un trattamento più penalizzante, come limiti e perché la deducibilità è riferita ai soli redditi da lavoro, per gli "altri"

fondi, quelli non disciplinati dal decreto 229, ma che si sono sviluppati nel rispetto “semplicemente” del codice civile. Tale doppio trattamento si rivelerà presto solo una penalizzazione per i fondi “non doc”, quelli cioè non rientranti nella disciplina del 229, in quanto i fondi “doc” non furono mai realizzati.

Negli anni successivi all’entrata in vigore del decreto 41 la produzione normativa non chiarisce le questioni fiscali; a seguito di numerose richieste di fondi o casse preesistenti, negli anni successivi, con le leggi finanziarie annuali, sono previste numerose deroghe alle regole fiscali introdotte con il decreto 41.

Tale quadro di riferimento “precario”, non favorevole alla progettazione di nuove realtà operanti nel settore della sanità integrativa, rimane inalterato fino all’autunno del 2007, periodo in cui è impostata la Legge Finanziaria per il 2008. Negli stessi anni, oltre agli studi effettuati dal Censis, appare un dato finalmente “ufficiale” nei documenti del gruppo di lavoro istituito nel 2007 presso il Ministero della Salute per studiare il settore. Tale dato evidenzia circa 516 fra fondi o casse, istituite su basi volontarie ovvero a seguito di contrattazione collettiva, operanti nel nostro Paese. Tuttavia, dallo studio emerge come la maggioranza di questi non corrisponda alle norme del decreto 229, soprattutto per quel che concerne le prestazioni erogate. A fronte di tale realtà, i lavori presso il Ministero della Salute sembrano finalmente porsi di fronte a queste tematiche, cercando di analizzare profondamente i fenomeni. Infatti, viene ad emergere lo “strabismo” fra le scelte compiute nel corso degli anni dal legislatore e la realtà di un settore, la cui dimensione assume contorni rilevanti, che si è sviluppato grazie alle risorse che il privato ha volontariamente messo a disposizione, soprattutto con la contrattazione collettiva, e in base alle reali esigenze e preferenze degli assistiti. In linea più generale, l’attività di approfondimento realizzata dal Ministero sottolinea la funzione sociale dei fondi, alla luce di alcune loro fondamentali caratteristiche. Essi, in primo luogo, sono enti senza scopo di lucro ed offrono, nella maggior parte dei casi, una mutualità ed una solidarietà intergenerazionali; in secondo luogo, non effettuano selezione del rischio.

Partendo da tali analisi, l’azione riformatrice promossa dall’attività ministeriale consente, anche se solo parzialmente, di riconciliare la legislazione con le esigenze reali degli operatori e dei cittadini e, quindi, di definire un quadro di riferimento complessivo in cui i fondi possano contribuire strategicamente a perseguire importanti obiettivi di politica sanitaria. La prima parte della riforma viene realizzata con la Legge Finanziaria per il 2008. Con essa viene realizzata la stabilizzazione della norma fiscale riguardante il trattamento dei contributi versati ai fondi. In particolare, ciò avviene mantenendo ancora il doppio binario istituito con i decreti 229/99 e 41/2000. Le disposizioni fiscali rinviano ad un decreto del Ministro della Salute per quanto riguarda la definizione degli ambiti d’intervento, con riferimento sia ai fondi integrativi del SSN che ai fondi/casse assistenziali, ambiti da rispettare obbligatoriamente ai fini del beneficio fiscale. Tale decreto, firmato nel marzo 2008, riprende lo stesso schema delle norme fiscali previste dalla Legge Finanziaria 2008, distinguendo gli ambiti di intervento per le due tipologie di fondi. Per quelli cosiddetti “doc”, disciplinati dal decreto 229, si confermano gli ambiti già stabiliti dalla legislazione in vigore, mentre per i fondi “non doc” e per le società di mutuo soccorso viene scelta un’impostazione innovativa, che riconosce il ruolo sociale dei fondi/casse quali soggetti incentivati dallo Stato ad eroga-

re prestazioni sanitarie, anche se già comprese nei LEA, purché operanti secondo finalità unicamente assistenziali. In particolare, con tale decreto si sgombra il campo dal vincolo, introdotto dal decreto 229 per i fondi “doc”, che le prestazioni debbano essere erogate unicamente da soggetti accreditati. Inoltre, si chiede ai fondi, con la necessaria gradualità temporale, di contribuire a due grandi obiettivi di salute, come l'odontoiatria e l'area del socio-sanitario, per i quali lo Stato riconosce le oggettive difficoltà di perseguimento con le sole risorse pubbliche, ritenendo utile, di conseguenza, incentivare la canalizzazione di risorse, gestionali e finanziarie, private.

Con il decreto sembra così chiudersi una fase durata oltre 15 anni caratterizzata da dibattiti e conflittualità nel corso della quale, pur con notevole fatica, si è affermata la convinzione della necessità di realizzare un secondo pilastro in sanità che integri strategicamente il SSN. Le modalità secondo le quali sarà garantita la sostenibilità di tale secondo pilastro, sia nei confronti dei cittadini, che della contrattazione collettiva, nonché i possibili effetti benefici, in termini di efficienza nella spesa e di qualità del servizio, che tale sistema potrà generare, dipendono in buona misura dalla capacità di completare la “piccola, grande riforma” del 2008 con la previsione di un insieme di regole equilibrato, flessibile ed incentivante.

L'approvazione nel 2008 della disciplina fiscale e del decreto sugli ambiti di intervento apre nuovi scenari. Infatti, le nuove norme sembrano determinare un assetto più stabile del settore, che prevede che la spina dorsale del secondo pilastro in sanità siano i fondi/casse con esclusiva finalità assistenziale di natura negoziale. I punti fissi del nuovo assetto sono: la stabilizzazione degli incentivi fiscali, l'ampia flessibilità riguardo le prestazioni erogabili e gli erogatori delle stesse, il ruolo fondamentale della contrattazione collettiva nel finanziare e governare le iniziative.

La riforma del 2008, nel fondarsi su tali aspetti, rappresenta probabilmente un punto di non ritorno, ma sono diverse le questioni rimaste aperte. Infatti, è necessario definire puntualmente le modalità di funzionamento dell'anagrafe dei fondi sanitari e degli enti/casse con finalità assistenziali, e di trasmissione della relativa documentazione. Rispetto alla delicata questione della vigilanza sulle questioni finanziarie, si delinea la necessità di un controllo sulla gestione delle risorse finanziarie di fondi/casse per monitorare eventuali investimenti finanziari che possano mettere a rischio la stabilità economica degli enti. Altre aree “sensibili” sulle quali sembra necessaria una funzione pubblica di controllo a garanzia del corretto funzionamento del sistema nel suo complesso sono i rapporti fra i fondi/casse e gli iscritti, affinché non vengano poste in essere discriminazioni fra i diversi soggetti, in relazione alle regole statutarie e/o regolamentari, come la vigilanza sulla regolarità dei rimborsi delle prestazioni agli iscritti per evitare eventuali comportamenti non leciti. Per ultimo, rimane aperto il tema di come poter offrire le opportunità del secondo pilastro sanitario a tutti i cittadini, indipendentemente dal vincolo relativo allo sgravio fiscale attualmente riservato ai redditi di lavoro dipendente.

# Introduzione

**Elio Guzzanti\***

Il volume che si presenta intende delineare perché e come sia oramai indifferibile dare una nuova fisionomia, concettuale ed operativa, a tutti i professionisti che sono convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale per svolgere la loro attività nell'ambito dei Distretti, quindi negli spazi geografici in cui si articolano le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

L'occasione per raccogliere questo intento in un volume, che è necessariamente articolato in capitoli dal taglio differente per la numerosità, diversità e complessità dei temi da trattare, è stata fornita da cinque importanti avvenimenti dell'anno 2008 che verranno di seguito esposti.

I. Il 30° anniversario della cosiddetta “Dichiarazione di Alma-Ata”, sottoscritta tra il 6 e il 12 settembre 1978 in questa città, che è attualmente capitale della Repubblica del Kazakistan ed allora faceva parte dell'Unione Sovietica. Erano 134 i Paesi invitati dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per discutere e definire il ruolo della *Primary Health Care*, ritenuta essenziale per il raggiungimento della *Salute per tutti nell'anno 2000*, un traguardo di ambizioni e di speranze considerato fondamentale dall'OMS, in coerenza con il preambolo alla propria Costituzione. Tale documento, adottato il 22 luglio 1946, affermava i seguenti principi:

«La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solamente nella assenza di malattia o di infermità»;

«Il possesso del miglior stato di salute che egli è in grado di raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, quali che siano la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche e la sua condizione economica e sociale»;

«I Governi hanno la responsabilità della salute dei loro popoli: essi debbono provvedervi assumendo le misure sanitarie e sociali appropriate».

Negli anni '70, in particolare come conseguenza delle crisi petrolifere e delle relative ripercussioni sull'economia mondiale, le condizioni dei Paesi in via di sviluppo erano critiche ed occorreivano quindi dei provvedimenti capaci di migliorar-

---

Si precisa che il punto II della presente introduzione, per la parte relativa all'analisi demografica, è stato elaborato da Giorgio Ghignoni, Market Access Director di una Azienda Farmaceutica Internazionale. Il punto III è stato redatto da Giacomo Milillo, Maria Concetta Mazzeo, Luca Del Vecchio, Carmela Fidelmina Le Rose.

ne lo stato di salute, e con esso le possibilità di sviluppo economico e sociale.

La Dichiarazione di Alma-Ata sostiene, quindi, la necessità di organizzare la *Primary Health Care*, come assistenza sanitaria essenziale per affrontare i principali problemi sanitari della comunità, fornendo servizi per la promozione della salute, la prevenzione, la cura e la riabilitazione. Accanto a questi servizi è necessario altresì provvedere all'igiene ambientale e delle acque, ad una alimentazione adeguata, ma anche alla fornitura di farmaci essenziali.

*The World Health Report 2008* dell'OMS è dedicato al 30° anniversario della Dichiarazione di Alma-Ata e porta il significativo titolo *Ora più che mai*, per designare il percorso incerto e travagliato degli anni '80, quando prevaleva l'idea che l'Assistenza Primaria, così come delineata, fosse utile solo per i Paesi in via di sviluppo, per poi ricordare in particolare l'ultimo decennio, che ha visto affermarsi anche nei Paesi sviluppati l'esigenza di una nuova configurazione dei sistemi sanitari, troppo sbilanciati verso l'assistenza ospedaliera ed eccessivamente focalizzati sulla "assistenza curativa specialistica", sulle tecnologie e sugli specifici problemi di singole malattie. Questo atteggiamento era già stato criticato all'alba della nascita di una nuova medicina, positivista e scienziata, sia dal grande clinico italiano Augusto Murri (Fermo 1841-Bologna 1932) che affermava «i problemi della malattia e della salute quando diventano problemi sociali rivelano tutta la eticità della prassi medica», sia da William Osler (Ontario 1849-Oxford 1919), considerato il sommo clinico del mondo anglofono, che dichiarava «è molto più importante conoscere chi è il paziente che ha quella malattia che non quale sia la malattia che ha quel paziente».

Nel XXI secolo, di fronte al mutare della demografia e della epidemiologia, con la transizione in quasi tutto il mondo verso l'invecchiamento della popolazione e il prevalere delle malattie croniche, della disabilità e della non autosufficienza, persistendo tuttavia il pericolo latente, ma anche sorgente e risorgente, delle malattie infettive come l'AIDS, la tubercolosi e le malattie respiratorie acute, e in presenza di nuove condizioni economiche e sociali, che con il loro mutare creano diseguglianze tra i diversi Paesi e all'interno degli stessi, il concetto che l'Assistenza Primaria sia un modello finora lasciato ai margini, e che occorre invece affermare in tutti i Paesi, è largamente condiviso.

Per ambiti ben delimitati e delineati di popolazione occorrono team multiprofessionali che collaborano con i medici per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, al tempo stesso risolvendo una vasta gamma di problemi di salute, siano essi tali effettivamente o così percepiti dalle persone assistite, le quali hanno accordato la loro fiducia al singolo medico e con lo stesso rafforzano nel corso degli anni un rapporto reciproco di conoscenza e comprensione, il che non solo facilita i rapporti interpersonali, ma si estende anche alle dinamiche familiari, quelle attuali e quelle relative alla storia passata, mai come oggi rilevanti nelle prospettive della genetica e della genomica. Sia le persone assistite, sia il medico e l'intero team sanno che non tutti i problemi possono essere risolti in questo contesto, per questo l'Assistenza Primaria diventa anche un *hub* da cui gli assistiti sono guidati e seguiti nella complessità di un sistema che comprende l'assistenza specialistica, il rico-

vero ospedaliero, l'assistenza domiciliare, ma anche i programmi di sanità pubblica e i servizi sociali.

Non si tratta, quindi, di contrapporre l'Assistenza Primaria con l'Assistenza Ospedaliera e con la Sanità Pubblica, ma di definire meglio i percorsi di comunicazione, collaborazione e continuità tra i tre ambiti, per far sì che veramente la persona assistita sia al centro del sistema.

Al tempo stesso, si è consapevoli che l'Assistenza Primaria è una condizione necessaria ma non sufficiente per garantire alla comunità la tutela della salute in condizioni di equità, perché i cosiddetti determinanti della salute comprendono tanti fattori che spaziano dalla demografia ai comportamenti individuali, dall'ambiente fisico e sociale alle condizioni dell'economia, tutti aspetti che solo parzialmente possono essere influenzati dalla Assistenza Primaria.

La politica, invece, può affrontare questi problemi, in particolare la politica sanitaria, che di fronte alla limitazione delle risorse deve saperle allocare con la consapevolezza del perché, per che cosa e a chi devono essere destinate per rispondere ai bisogni delle persone da assistere.

Il titolo del presente volume ha scelto l'Assistenza Primaria come l'obiettivo su cui puntare, ben sapendo che, oltre ad altri ostacoli, anche quello degli investimenti necessari è un problema da porsi per conseguire l'obiettivo, che peraltro è comunemente ritenuto non solo ineludibile per i motivi ricordati, ma anche capace di rendere più di quanto sarà necessario investire.

**II.** Il secondo, importante, avvenimento del 2008 è stato il 30° anniversario della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale ed ha disposto, tra l'altro, che:

- La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale.
- Le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale sono stabilite con il piano sanitario nazionale (PSN) in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-economica che esistono nel Paese, particolarmente nelle Regioni meridionali.
- 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 Unità sanitarie locali, 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 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 extraospedalieri.

Questi principi fondamentali e criteri organizzativi, tuttora pienamente validi, risentivano chiaramente sia del citato preambolo alla Costituzione dell'OMS, sia della Dichiarazione di Alma-Ata, ma per una serie di motivi, che il volume tratterà in appositi capitoli, non hanno prodotto, se non in parte, i risultati attesi.

Si faceva così notare nel 1985 su *Federazione Medica*, all'epoca il giornale della FNOM che veniva diffuso in oltre 330 mila copie ai medici e ai responsabili della politica sanitaria per un aggiornamento culturale clinico ed organizzativo, che si riteneva urgente la istituzione dei Distretti previsti dalla Legge 833, perché «l'Assistenza 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».

Le due successive riforme, disposte con i decreti legislativi 502 del 1992 e 517 del 1993, hanno avuto come oggetto principale la istituzione delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere, con riflessi non particolarmente significativi per l'Assistenza Primaria. Tra le altre cose, però, hanno ambedue trattato, ma con atteggiamenti di segno opposto, della sperimentazione gestionale delle “forme differenziate di assistenza” (502/1992) e delle “forme integrative di assistenza sanitaria” (517/1993), un argomento che è stato poi ripreso dal decreto legislativo 229 del 1999 sotto il titolo *Fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale*. Poiché tale problema è attualmente oggetto di grande interesse per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, un apposito capitolo del volume esporrà dati, considerazioni e proposte al riguardo.

Il decreto legislativo 229 del 1999 ha, inoltre, dedicato particolare attenzione al Distretto stabilendo che: «Le Regioni disciplinano l'organizzazione del Distretto in modo da garantire:

- a) l'Assistenza Primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi sanitari ambulatoriali;
- b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, con le strutture operative a gestione diretta, organizzati in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali. . .».

Solo più recentemente si è cominciato a parlare di “cure primarie”, una terminologia che nel volume non si è voluta accettare deliberatamente, e non tanto per la improprietà nella traduzione dell'originario termine inglese *care*, quanto e soprattutto



to perché la cura non è che uno degli elementi che caratterizzano l'assistenza, nella gamma che va dalla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e degli infortuni, alla diagnostica, alla cura, alla riabilitazione, e alla assistenza domiciliare, residenziale e palliativa. Tutti questi elementi caratterizzano ciò che il volume ha come obiettivo, cioè l'Assistenza Primaria, che malgrado le norme in precedenza ricordate, nonché l'approvazione della Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, non ha ancora trovato la sua affermazione secondo i principi e criteri che vengono oramai affermandosi nella grande maggioranza dei Paesi sviluppati, e ciò rende precario l'equilibrio del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Infatti, il Livello di assistenza collettiva e sanità pubblica, con i relativi Dipartimenti di Prevenzione, opera a livelli più che soddisfacenti, come si rileverà nel relativo capitolo del volume, e ciò ci consente di non riferirci al modello della *Primary Health Care* di Alma-Ata, che affiancava all'Assistenza Primaria la Sanità Pubblica come esigenza fondamentale per i sistemi di Paesi in via di sviluppo che ne erano privi.

Del resto, come documentato nella parte del volume che tratta della retrospettiva storica dell'Assistenza Primaria, agli inizi del Regno d'Italia la sanità pubblica e l'assistenza alla persona erano strettamente collegate, proprio in relazione alle peculiari condizioni del Paese in quell'epoca.

Anche il Livello di assistenza ospedaliera, dopo le profonde trasformazioni avvenute con le riforme ospedaliere del 1938 e del 1968, ma soprattutto con le norme varate negli ultimi quindici anni, regge bene nel confronto internazionale.

Malgrado ciò la situazione del Servizio Sanitario Nazionale non si può considerare soddisfacente, come si evidenzia dall'Intesa Stato-Regioni, relativa al Patto per la salute, del 5 ottobre 2006, che contiene le seguenti osservazioni e proposte:

- Il sistema sanitario italiano si colloca in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie internazionali circa la tutela della salute della popolazione e la qualità complessiva delle prestazioni. Ciò nonostante esso presenta seri elementi di criticità: l'inappropriatezza di alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e dei pronto soccorso dovuto all'organizzazione ancora prevalentemente burocratica della medicina di base e alla carenza di servizi di assistenza domiciliare integrata; le lunghe liste d'attesa; l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Regioni; l'insufficiente qualità dei servizi sanitari in alcune Regioni, che ne spinge i cittadini a rivolgersi alle strutture di altre Regioni per usufruire di cure adeguate.
- Le tendenze di lungo periodo della spesa sanitaria risentono di fattori di fondo: l'invecchiamento della popolazione, le modificazioni socio-economiche e il progresso della medicina, che genera migliori cure ma anche un aumento dei costi.
- Inefficienza e inappropriatezza sono presenti in varie forme nell'insieme del sistema sanitario, ma sono particolarmente pervasive in alcune Regioni.
- Proprio la distribuzione dei disavanzi fra le diverse Regioni conferma che vi sono margini di miglioramento nell'efficienza e nell'appropriatezza

- dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, che possono essere conseguiti con il coinvolgimento dei professionisti operanti nel campo della tutela della salute.
- All'interno di questo quadro, il miglioramento delle prestazioni richiede un significativo rafforzamento delle attività di prevenzione, la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie, lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, a cominciare dall'assistenza ai non autosufficienti.
  - Nel migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e garantire sia la loro universalità sia l'esigenza che esse siano fruite dalle persone in effettiva necessità, un ruolo potranno svolgere forme di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini in funzione del tipo di patologia e delle condizioni economiche.
  - Per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino/paziente, oltre a generalizzare le già consolidate forme aggregative presenti nel territorio con le Unità Territoriali di Assistenza Primaria, si conviene di promuovere ulteriori forme e modalità erogative dell'insieme delle cure primarie, attraverso l'integrazione dei medici di famiglia tra di loro e con la realtà distrettuale, con i medici della continuità assistenziale e con i medici del 118, anche allo scopo di migliorare le varie forme di assistenza domiciliare.
  - In coerenza con quanto sopra previsto, si conviene che debbono essere intensificate ed integrate iniziative idonee a responsabilizzare i medici di medicina generale sul versante dell'appropriatezza prescrittiva, e di sviluppare nuove iniziative volte a favorire la definizione e la diffusione di linee guida e di protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura.

Quanto sopra riportato non fa che confermare quanto il presente volume intende proporre perché, anche attraverso un percorso storico che riguarda i diversi aspetti della assistenza sanitaria in Italia, nonché il contesto attuale e prospettivo della demografia, della epidemiologia e delle condizioni socio-economiche, si arrivi finalmente a delineare ed a rendere operativa l'Assistenza Primaria secondo le modalità che nascono dai diversi capitoli che affrontano gli argomenti sopra indicati. Non mancano, tra questi, sia i già ricordati fondi integrativi della assistenza sanitaria, sia il complesso dei problemi che riguardano la politica e l'industria dei farmaci per la promozione della salute, della ricerca, della innovazione e della occupazione. Questo ambito, infatti, come quello della rete ospedaliera, è stato fra i pochi argomenti su cui si è discusso e legiferato da anni, e sempre in senso restrittivo. Questo probabilmente perché sia gli ospedali, sia la spesa farmaceutica sono i due campi nei quali si posseggono dati sufficientemente analitici ed attendibili. Non c'è dubbio, inoltre, che i relativi costi sono elevati, e per gli ospedali la percentuale di costo sul totale sarebbe ancora più elevata se non si fosse deciso di attribuire al Livello di assistenza Distrettuale anche la specialistica ambulatoriale svolta dagli ospedali per persone non ricoverate.

Molta meno attenzione si è posta, però, agli effetti positivi dei farmaci sia per la tutela della salute, sia per l'evitare o il limitare il ricorso alla specialistica ambulatoriale e soprattutto al ricovero ospedaliero, per curare complicanze e cronicizzazioni che un misurato trattamento farmacologico avrebbe potuto arrestare sul nascere.

Torna così il problema dell'Assistenza Primaria, senza la quale è impossibile ritenere che si possano contenere entro limiti ragionevoli i ricoveri ospedalieri e le crisi del pronto soccorso, perché nessun nodo della rete ospedaliera può operare regolarmente se si trova nel vuoto, cioè nella assenza di attività e servizi che assistano nella comunità le persone affette dalle patologie di minore rilevanza ma di larga diffusione, e le persone affette da malattie croniche, le persone disabili e quelle non autosufficienti, oltretutto in presenza di attività assai limitate nel campo dell'assistenza domiciliare, residenziale e palliativa.

Tutto ciò assume particolare valore in prospettiva, perché nei prossimi 40 anni si attenderà uno spostamento in avanti dell'età media della popolazione: secondo le più recenti statistiche, infatti, nel 2050 un terzo della popolazione italiana avrà più di 65 anni, ed inoltre al suo interno gli individui di 85 anni ed oltre rappresenteranno il 7,8% dell'intera popolazione. Il fenomeno si sostanzia in una crescita del peso percentuale della fascia di età pari o superiore ai 65 anni rispetto al totale della popolazione stessa. Nel 2006, tra i 30 Paesi OCSE, in termini percentuali di persone di 65 anni e oltre sul totale della popolazione, l'Italia si collocava al 3° posto con il 19,6%, preceduta dal Giappone con il 20,8% e dalla Svezia con il 19,7%. Anche per le persone di 85 anni e oltre, l'Italia si trovava al 3° posto con il 2,2% della popolazione, rispetto al 2,3% del Giappone e al 2,6% della Svezia.

L'invecchiamento della popolazione risulta essere il prodotto di una crescente longevità, di una diminuzione delle nascite e dei tassi di fertilità e di una serie di cause multifattoriali, quali ad esempio il miglioramento globale delle condizioni di vita, in termini di alimentazione, igiene pubblica, livello di reddito pro-capite, insieme con la disponibilità di nuove terapie per la prevenzione e la gestione delle malattie croniche. Ma non è possibile non tenere in considerazione l'effetto sull'invecchiamento della popolazione di un'anomalia demografica, rappresentata dal fenomeno del Baby Boom. Infatti, la percentuale della popolazione con più di 65 anni continuerà a crescere nei prossimi decenni, soprattutto in funzione dell'invecchiamento della generazione dei "Baby-Boomers", cioè dei nati tra il 1946 e il 1964.

In questa logica, l'invecchiamento della popolazione rappresenta senza dubbio un fenomeno di ampia portata ed una questione ineludibile che il SSN oggi, e sempre più in futuro, dovrà fronteggiare.

L'aumento della longevità non è l'unico fattore che porta ad un'evoluzione del quadro demografico italiano: un'altra importante sfida demografica, che coinvolge tutti i paesi, è il fenomeno della trasmigrazione. In Italia, secondo dati recenti, il crescente numero di immigrati regolarmente presenti nel nostro Paese, oscilla tra 3.800.000 e 4.000.000, con un'incidenza del 6,7% sulla popolazione complessiva (leggermente al di sopra della media europea). Tutto ciò riveste un impatto assistenziale che non può essere dimenticato dai decisori, nell'ottica di una riorganizzazione del SSN. Ancor di più se si considera che i fattori di rischio non sono distribuiti uniformemente nella popolazione ma colpiscono prevalentemente i gruppi più svantaggiati dal punto di vista socio-economico, che presentano un rischio più che raddoppiato di sviluppare malattie gravi e di morire prematuramente rispetto ai

gruppi più avvantaggiati. Inoltre nei gruppi a maggiore rischio di malattia, come gli immigrati, le patologie tendono ad accumularsi a livello individuale, con la coesistenza contemporanea di più patologie croniche, spesso anche di tipo psicologico come sindromi depressive o altri disturbi mentali.

L'evoluzione della struttura demografica della popolazione ed il quadro epidemiologico determinano inevitabilmente un cambiamento significativo anche dei bisogni sanitari degli individui, ovvero della domanda di salute, rispetto al passato. Ciò necessita, di conseguenza, una riorganizzazione dei sistemi sanitari in grado di tenere in considerazione fattori sempre più determinanti, quali appunto l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche.

Il 39,2% dei residenti in Italia ha dichiarato, infatti, di essere affetto da almeno una delle principali malattie croniche rilevate dall'ISTAT. Quota in lieve aumento rispetto all'anno precedente. Le patologie cronicodegenerative, come è noto, sono più frequenti nelle fasce di età anziane; già nella classe 55-59 anni ne soffre il 57,0% e tra le persone over 65 la quota raggiunge l'86,9%. Rilevante anche il dato che riguarda le fasce di popolazione più giovani, che comunque risultano affette in buona percentuale da patologie croniche: nelle classi di età tra i 35 e 44 anni il 25,3% dichiara di essere affetto da una o più malattie croniche (Rapporto ISTAT Annuario Statistico-Italiano 2008).

Correlato al tema dell'invecchiamento della popolazione si può osservare, inoltre, il forte aumento del ricorso a terapie farmacologiche. Da dati presentati dal CERM (Quaderno 2/2007, Regolazione, innovazione e ciclo di vita prodotti) si vede come in un arco temporale di 5 anni (2000 - 2006), le DDD (*Defined Daily Dose*) acquistate/consumate sono aumentate di oltre il 50%.

Questo sostanziale aumento dei consumi può essere interpretato in modo duplice: sia come conseguenza che come causa dell'aumento della longevità.

A giocare un ruolo preponderante è sicuramente lo sviluppo di una maggiore consapevolezza da parte del paziente affetto da cronicità, in termini di competenze e conoscenze acquisite nella autogestione della propria patologia. D'altra parte, possiamo parlare al contempo dello sviluppo di una consapevolezza nel miglioramento della gestione integrata delle cronicità, in termini non esclusivamente di diagnosi, ma anche di prevenzione, assistenza e monitoraggio delle prestazioni sanitarie offerte e dei risultati ottenuti.

In questo senso, l'aspettativa di vita non è più da considerarsi un indicatore sufficiente per valutare la salute di una popolazione.

Nel 1997, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, all'interno del Rapporto annuale, ha così scritto: "increased longevity without quality of life is an empty size, i.e. health expectancy is more important than life expectancy".

Il concetto di Health Expectancy come indicatore di salute è stato proposto da Sanders (1964), che ha introdotto la nozione di un'analisi che "... would not only determine for each age the probability of survival, but also the subsidiary probability of those surviving on the basis of their functional effectiveness".

Dall'analisi dei trend dei vari periodi storici, si evince una relazione inversa tra

incremento della spesa in prevenzione e spesa per prestazioni curative e riabilitative negli anni successivi. In particolare, un incremento dell'1% nel rapporto spesa in prevenzione su spesa sanitaria pubblica è correlato ad una diminuzione del 3% nella percentuale di spesa destinata alle prestazioni curative e riabilitative. A ciò si aggiunge, che con un investimento di 1 Euro in vaccinazioni, è possibile ottenere un risparmio di 24 Euro in prestazioni curative. Prendendo in considerazione differenti orizzonti temporali di manifestazione del beneficio, la migliore correlazione statistica tra variazione della percentuale di spesa in prevenzione e variazione della spesa per prestazioni terapeutico-riabilitative si manifesta entro un periodo di dieci anni. In conclusione, l'analisi delle serie storiche fa emergere un moltiplicatore per le spese in prestazioni di tipo terapeutico-riabilitativo pari a - 3 volte l'investimento in prevenzione effettuato e la massima manifestazione del beneficio entro un periodo di dieci anni.

Di fronte a questi scenari, è necessario ribadire l'indifferibilità di una riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale diretta ad organizzare l'Assistenza Primaria secondo i principi e i criteri che sono esposti nella presente introduzione.

**III.** Il 25 Luglio 2008 il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha presentato al Consiglio dei Ministri il Libro Verde sul futuro del modello sociale in Italia, "La vita buona nella società attiva".

Nel testo si afferma che l'invecchiamento della popolazione e l'andamento demografico attuale con il correlato aumento dei malati cronici e non autosufficienti che coinvolge tutte le fasce di età, rende ormai improcrastinabile una profonda revisione dell'attuale Welfare System, sia in termini di razionalizzazione dei sistemi di finanziamento e di spesa complessivi, sia in termini di sinergia delle componenti previdenziali, di assistenza sociale e sanitaria.

Il documento, proposto per la consultazione pubblica, contiene riflessioni su temi, considerazioni, dati, ma anche possibili soluzioni, ponendo altresì domande pertinenti i singoli ambiti trattati e tra questi in modo specifico la possibilità di ridefinire il ruolo del medico di medicina generale "*affinché possa realmente divenire punto di riferimento e risposta alla domanda di Assistenza Primaria*".

Scopo del documento, come afferma il Ministro Sacconi nella Prefazione, è quello di condurre a sintesi le risposte, che perverranno da tutti i soggetti interessati, in un Libro Bianco sul futuro del modello sociale.

Tra gli altri soggetti consultati, la FIMMG, Federazione Italiana dei medici di medicina generale, sindacato nato circa 60 anni fa (con l'iniziale denominazione di FIMM) e che rappresenta oggi oltre 30.000 (70% dei MMG sindacalizzati) del totale di circa 60.000 medici di medicina generale operanti attualmente in Italia, alla luce delle criticità identificate e dei limiti caratterizzanti l'attuale modello, ha maturato l'esigenza di un radicale cambiamento ed individuato una serie di proposte, inviate quale contributo della Federazione alla consultazione pubblica aperta in occasione del Libro Verde, riguardanti provvedimenti di carattere normativo, organizzativo e gestionale, ritenuti premesse indispensabili ad un cambiamento radicale del ruolo del MG nella Assistenza Primaria.

In realtà già precedentemente, alla luce del profondo mutamento dei bisogni assistenziale della popolazione, e dei conseguenti cambiamenti strutturali ed organizzativi, la FIMMG aveva ritenuto necessario avviare una riflessione orientata verso un profondo cambiamento dell'assetto della medicina generale, che ha trovato un significativo momento di consenso nell'elaborazione del documento "Ri-fondazione della medicina generale".

Il documento, che pertanto esprime il pensiero della FIMMG rispetto al ruolo del medico di medicina generale nell'Assistenza Primaria, è stato redatto da un gruppo di lavoro composto da dirigenti nazionali della FIMMG nel gennaio 2007, ed approvato all'unanimità nel giugno 2007 dal Consiglio Nazionale, massimo organo deliberativo del sindacato. Nel documento viene proposta una analisi relativa ai limiti della medicina generale, da cui la improcrastinabile necessità di "ri-fondarla", attraverso una revisione di ruolo e compiti dei MMG e della emergenza sanitaria territoriale, della formazione, dei criteri di accesso all'area della medicina generale, della presa in carico, della strutturazione del compenso, dell'area della medicina generale; lanciata la proposta di istituire una "unità di medicina generale (UMG)", prefigurandone un modello organizzativo.

La innovativa visione dell' **assetto della medicina generale** viene proposta nella consapevolezza, più volte ribadita nel testo, che: *"...Il cambiamento non deve naturalmente compromettere i grandi valori positivi della medicina generale attuale - il rapporto fiduciario medico/assistito e l'autonomia professionale - che solo la condizione di libero professionista convenzionato può garantire. Deve, invece, migliorare le nostre condizioni di lavoro e la possibilità di esprimere le nostre potenzialità professionali nel SSN"*.

La stesura del documento ha costituito uno spunto innovativo utile ad avviare un articolato dibattito, attraverso cui la categoria ha maturato la consapevolezza della necessità di un cambiamento significativo della medicina generale, vedendo peraltro convergere l'approvazione di altri sindacati della medicina generale, come anche dei pediatri di libera scelta, in particolare sulla analisi della improrogabilità del cambiamento, e, rispetto alle proposte, sulla necessità di ristrutturazione del compenso e su una revisione della formazione specifica.

Lo stesso disegno di legge collegato alla manovra di finanza pubblica 2008, presentato dal Ministro della Salute Livia Turco "Interventi per la qualità e sicurezza del Servizio Sanitario Nazionale. Deleghe al Governo in materia di Assistenza Primaria e di emergenza sanitaria territoriale, riorganizzazione degli enti vigilati, farmacie, riordino della normativa di settore", approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 novembre 2007, aveva recepito in più punti alcune delle proposte contenute nel documento di "Ri-fondazione della medicina generale". In particolare all'articolo 6, "Delega al Governo in materia di Assistenza Primaria e di emergenza sanitaria territoriale e definizione del ruolo delle farmacie", si prevedeva l'istituzione dell'Area omogenea della medicina generale e, al suo interno, la presenza delle UMG.

Pertanto, come indicato nel Libro Verde, ed in linea con quanto già espresso nel documento di consenso "Ri-fondazione della medicina generale", la FIMMG ha

sottolineato nel suo contributo allo stesso Libro Verde quanto sia di fondamentale importanza creare le condizioni per trasformare l'approccio assistenziale/paternalistico alla condizione di malattia e di disagio sociale in un affiancamento del cittadino per aiutarlo a prevenire, per quanto possibile, tali condizioni.

Per quanto riguarda in particolare la tutela della salute dei cittadini, ciò può essere realizzato trasformando l'attuale impostazione di attesa del SSN in una impostazione di iniziativa, che si prenda cura della persona fin dalla nascita e la segua costantemente senza aspettare la manifestazione della malattia.

Questa impostazione richiede la presenza di servizi sociali e sanitari vicini ai luoghi di vita dei cittadini, servizi fortemente integrati fra loro e parte della comunità cui ciascuno appartiene, come già affermato nella dichiarazione di ALMA-ATA (OMS, settembre 1978).

Lo sviluppo dell'Assistenza Primaria in Italia deve quindi assumere in tale prospettiva un'importanza strategica fondamentale per gli interessi di salute della popolazione e per la sostenibilità di tutto il Welfare System.

Pertanto è improcrastinabile avviare, con investimenti a breve e medio termine adeguati, come più dettagliatamente sostenuto nei capitoli del volume specificatamente dedicati e attraverso gli strumenti individuati, un profondo cambiamento della medicina generale che, pur meritoria per il contributo fino ad ora fornito alla tutela della salute dei cittadini, deve trovare un nuovo assetto capace di garantire una efficace ed efficiente presa in carico del cittadino in un atteggiamento di iniziativa.

È fortemente sentita dunque la necessità di ridefinire l'attività prestata dai professionisti che, in regime di convenzione, operano a livello territoriale, per rispondere appropriatamente ed efficacemente ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità e integrazione dell'assistenza.

Queste le condizioni necessarie a sviluppare la medicina di iniziativa con particolare riferimento alle malattie croniche, a potenziare l'assistenza domiciliare in collaborazione con gli specialisti convenzionati, a supportare la continuità tra territorio ed ospedale, non dimenticando l'assistenza alla persona in regime di residenzialità e l'integrazione con i servizi sociali.

Tra le condizioni di sviluppo, un ruolo determinante ai fini dell'efficienza e dell'efficacia del sistema nel suo complesso, come dimostrato da molte esperienze di ICT, andrà riservato alla informatizzazione del primo livello di "risposta" alla domanda di salute, cioè il livello che comprende la Assistenza Primaria ed in particolare che riguarda il MMG.

I medici di medicina generale, in forma individuale o associata, potrebbero avvalersi, con grande beneficio per la propria azione assistenziale, della possibilità di utilizzare una consolle informatica, collegata in rete con i poliambulatori specialistici, i centri di diagnostica strumentale e di laboratorio, gli ospedali generali o specializzati, specie se nel contempo si preveda l'adozione di una cartella clinica informatizzata relativa all'assistito.

Ciò consentirebbe, tra l'altro, di far colloquiare il medico di medicina generale

con i suoi colleghi, specialisti od ospedalieri, strutturando così un circuito virtuoso, per cui la sanità si porta verso il cittadino e non il cittadino al sistema attraverso percorsi burocratici e tortuosi ed il medico di medicina generale diviene il tutore del proprio assistito.

La rete e le tecnologie dunque devono rappresentare lo strumento di un nuovo rapporto medico-paziente-SSN, che apparentemente viene letto come risolutore di inefficienza e snellimento di procedure, ma che in sostanza è capace di coniugare efficienza ed efficacia per chiudere un circuito-salute dove spesso gli attori non si parlano, le strutture non comunicano, i cittadini sono obbligati ad una migrazione forzosa tra un luogo di cura e un altro.

La rete e le tecnologie ICT possono anche diventare strumento di supporto a controlli e verifiche più efficaci, come nel caso dei certificati di malattia.

Quanto su affermato va contestualizzato con quanto allo stato si sta realizzando in Italia a seguito dell'avvio del progetto per la Sanità digitale (Piano e-gov 2012) che prevede di arrivare entro il 2012 alla piena realizzazione dei cosiddetti "cinque pilastri dell'obiettivo salute" ovvero la connessione in rete di tutti i medici di medicina generale e i pediatri, la digitalizzazione di ricette e certificati, realizzazione del fascicolo sanitario elettronico del cittadino, messa in rete dei centri unici di prenotazione (CUP), innovazione delle aziende sanitarie. Lo scopo è quello di migliorare il rapporto costo-qualità dei servizi limitando sprechi e inefficienze.

Sulle strategie finanziarie da mettere in atto per lo sviluppo di progetti di sanità elettronica, è intervenuta recentemente la Direzione Generale Info&Media della Commissione Europea che nel volume "Financing e Health" ha fornito agli Stati membri indicazioni puntuali circa lo sviluppo e il finanziamento di progetti di e-health precisando innanzitutto che se è vero che senza l'ICT non è possibile migrare al nuovo mondo digitale, è anche vero che le tecnologie info-telematiche non sono in grado di per sé di generare innovazione. Secondo la ricerca, nella realizzazione dell'e-health l'attenzione va spostata dai costi del progetto agli obiettivi di innovazione e cambiamento, necessariamente di lungo periodo, e la maggior parte delle risorse andrebbero impiegate per le attività di formazione delle risorse umane e per la creazione di adeguate professionalità.

**IV.** La Legge 6 agosto 2008, n. 133, la cosiddetta "Manovra d'estate", in materia sanitaria prevede, tra l'altro, la stipula di una specifica intesa fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, da sottoscrivere entro il 31 ottobre 2008 che, ad integrazione e modifica dell'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, e dell'intesa Stato-Regioni relativa al Patto per la Salute del 5 ottobre 2006, contempli ai fini dell'efficientamento del sistema e del conseguente contenimento della dinamica dei costi:

- a) una riduzione dello standard dei posti-letto, diretto a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale;



- b) l'impegno delle Regioni, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento dell'area ospedaliera, alla riduzione delle spese di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale anche attraverso:
1. la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale;
  2. la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale.
- Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le Regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione, in conformità a specifici protocolli di valutazione. L'individuazione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali.

Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio di inappropriata individuata dalle Regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, d'intesa con il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

- La funzionalità del sistema tariffario regionale alle caratteristiche organizzative e di attività delle strutture, verificate in sede di accreditamento.
- L'incremento del finanziamento cui concorre lo Stato in relazione agli oneri per il rinnovo degli Accordi collettivi nazionali con il personale convenzionato, anche per l'attuazione del Progetto *Tessera Sanitaria* e, in particolare, per il collegamento telematico in rete dei medici e la ricetta elettronica.

Dai contenuti di una legge che reca “Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria” non possono certo trarsi contenuti più specificatamente organizzativi e di programmazione, ma alcuni aspetti vanno sottolineati proprio perché le misure legislative che dovrebbero scaturire dal Libro Bianco ne tengano conto nell'individuare le linee di sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale, nonché per la stipula della nuova, specifica intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in precedenza ricordata che, secondo quanto previsto dall'articolo 22, Settore sanitario, del Decreto Legge 1 luglio 2009 n. 78 recante

“Disposizioni urgenti per fronteggiare la crisi economica, il sostegno alle famiglie, la semplificazione e la stabilizzazione della finanza pubblica, nonché proroga di termini previsti da disposizioni legislative e della partecipazione italiana a missioni internazionali”, che modifica l’articolo 79 della Legge 6 agosto n. 133, andrà definita entro il 15 settembre 2009.

In particolare dovranno essere tenuti presenti gli aspetti relativi ai seguenti problemi:

1. La prevista, ulteriore, riduzione dei posti-letto non può essere compensata solamente dalle attività ambulatoriali, ma richiede un forte impulso della assistenza domiciliare e residenziale secondo le tipologie e caratteristiche individuate dalla Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), che ha operato ininterrottamente dal 2004 al 2007.
2. Per quanto riguarda le attività ambulatoriali ospedaliere, alle quali la norma sembra riferirsi, già in sede della citata Commissione LEA era stato sottolineato come l’aver attribuito la specialistica ambulatoriale ospedaliera al Livello di assistenza Distrettuale poteva comportare fenomeni di distorsione interpretativa, sia per quanto riguarda la funzione che i costi dell’assistenza ospedaliera. Tale dubbio, per quanto riguarda la funzione dell’assistenza ospedaliera è stato confermato da un rapporto dell’AGENAS del 2008, nel quale si afferma che si deve tener conto della «non indipendenza della frequenza di un settore assistenziale con quelle di un altro settore».

Osservando, infatti, «la relazione tra i costi pro-capite regionali, standardizzati per età relativi a due grandi settori assistenziali, quello dell’assistenza specialistica e quello dell’assistenza ospedaliera, risulta evidente come vi sia una relazione inversa: dove il primo è più elevato, il secondo è meno elevato e viceversa».

«Tale comportamento può essere dovuto in particolare all’operazione di scorporo dai costi ospedalieri dell’attività specialistica svolta in ospedale per gli esterni non ricoverati».

Per quanto riguarda, invece, la distribuzione dei costi, da una ricerca FIASO-Bocconi-Cergas del 2008, effettuata in 13 ASL distribuite in 11 Regioni, si rileva che, rispetto alla media del costo pro-capite pesato per la struttura demografica dei residenti, pari nel 2006 a 1.689 euro, 598 euro si riferivano ai ricoveri ospedalieri e 47 euro al pronto soccorso. Scomponendo, poi, i costi della specialistica pesati per residente, sul totale di 394 euro, 209 (53%) si riferivano alla specialistica ospedaliera, che nella ricerca è ricompresa sotto la voce “Specialistica diagnostica e ambulatoriale” per le prestazioni erogate *NON* in regime di ricovero.

I costi ospedalieri, quindi, sommando i ricoveri, il pronto soccorso e la specialistica ambulatoriale per esterni, ammontavano a 854 euro, pari al 50,5% del totale pro-capite di 1.689 euro.

La ricerca sottolinea, altresì, che utilizzando i costi pesati per la struttura demografica dei residenti, sulla base delle tabelle di pesatura indicate dal Ministero, il valore per i Ricoveri ospedalieri si mantiene sostanzialmente analogo, si ridimensiona in parte il valore della Farmaceutica, mentre diventa significativamente più rilevante il valore della Specialistica, che diventa il secondo valore in termini di costo in tutte le Aziende. Da notare che nel periodo 2003-2006, i Ricoveri ospedalieri presentano un aumento dei costi dell'1%, la Farmaceutica (convenzionata + distribuzione diretta dei farmaci) del 2%, la Specialistica, invece, aumenta del 6%.

La ricerca, relativamente a questo ambito, conclude affermando che la Specialistica ambulatoriale, che rappresenta il 12% sul totale dei costi per residente e che ha presentato negli ultimi anni variazioni in aumento del 6%, nel prossimo futuro assumerà un ruolo sempre più centrale in virtù della sua relazione significativa con:

- la riduzione delle liste d'attesa;
- la riduzione dell'accesso inappropriato al Pronto Soccorso;
- lo sviluppo dell'ospedale del futuro, in cui le innovazioni tecnologiche renderanno il ruolo della Specialistica sempre più rilevante.

Così, in effetti, rischia di essere il futuro se la Medicina di Famiglia (che nella ricerca comprende i medici di medicina generale e di continuità assistenziale nonché i pediatri di libera scelta) seguirà ad avere il peso rilevato dalla ricerca stessa, cioè 96 euro, pari al 5,7% del totale pro-capite di 1.689 euro.

Se, invece, ci si renderà conto che la costituzione della Assistenza Primaria è un obiettivo comunemente ritenuto non più eludibile e che è capace di rendere più di quanto si sia investito per la sua realizzazione, allora si comprende perché il volume tratti dei diversi modelli organizzativi disponibili per realizzare le integrazioni tra i professionisti medici e con gli altri professionisti sanitari, sulla adozione dei team multiprofessionali che lavorano, in un'unica sede o in sedi comunque correlate, le implicazioni che ne derivano in termini di spazi, tempi, orari e giornate di disponibilità per le persone da assistere nelle comunità di riferimento, nonché una stima dei relativi costi.

Accanto a questi problemi ne vengono trattati altri, che da un lato riguardano gli aspetti giuridici correlati al passaggio dalla condizione di libero professionista "solista" a quella di partecipante a modelli di lavoro aggregativi, con le relative implicazioni previdenziali. Dall'altro lato, invece, si propone il problema della Valutazione delle Tecnologie per stabilire, in termini scientifici ed organizzativi, quali attività specialistiche sono praticabili da parte dell'Assistenza Primaria e da quali professionisti, rispetto alla Specialistica ospedaliera nelle sue componenti che richiedono alte tecnologie, elevata competenza professionale e adeguati volumi di attività per ottenere risultati positivi, in termini di efficienza e di costo/efficacia.

3. Per quanto riguarda il sistema dei controlli, la Legge 133 del 2008 non tiene conto delle linee guida n. 1/1995, con le quali il Ministro della Sanità pro-

tempore ha stabilito formalmente (G.U. del 29 giugno 1995) la applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle «tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera» con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera e alle sue relazioni con i presidi e i servizi extraospedalieri.

Trattandosi, infatti, di introdurre dal 1° gennaio 1995, come stabilito dalla Legge Finanziaria 724 del 1994, la remunerazione dei ricoveri ospedalieri secondo le tariffe predeterminate secondo raggruppamenti omogenei di diagnosi, sulla base della metodologia dei DRG utilizzati dal 1983 negli Stati Uniti, da un lato si davano indicazioni organizzative sottolineando che il nuovo sistema richiedeva una profonda revisione della organizzazione e del funzionamento degli ospedali, dei rapporti tra il direttore generale e i suoi collaboratori con la dirigenza medica, ma anche un nuovo rapporto collaborativo ed integrativo tra i servizi ospedalieri e i presidi e servizi extraospedalieri, compresa la funzione dei medici e dei pediatri di base.

Dall'altro lato, consapevoli che il sistema adottato si poteva prestare sia ad errori che a manipolazioni, il 6° ed ultimo paragrafo, prima delle considerazioni finali, dava precise istruzioni sui controlli, sia quelli “esterni” da effettuare da parte della Regione e delle aziende USL acquirenti, ma anche quelli “interni”, conseguenti a «sistematiche iniziative di audit medico» da realizzare nell'ambito dei dipartimenti su obiettivi ben definiti nel testo delle linee guida.

Nel volume, infatti, sarà trattato l'argomento del Governo clinico che implica, appunto, la responsabilità dei medici di «rendersi conto per rendere conto agli altri» del proprio operato, attraverso periodiche e formali riunioni di audit che vanno effettuate sia nei dipartimenti che, almeno formalmente, sono stati attivati in tutte le aziende sanitarie locali e nelle aziende ospedaliere, ma che debbono oramai essere parte anche delle attività distrettuali, così come rilanciate dal decreto legislativo 229 del 1999, venendo a costituire anche un elemento essenziale delle attività del Collegio di Direzione, che in alcune Regioni è stato già individuato come organo dell'Azienda.

Anche questo argomento dovrebbe rientrare nell'ambito delle norme con le quali migliorare la operatività del Servizio Sanitario Nazionale per adeguarlo ai problemi da affrontare nel corso del XXI secolo, nonché nella prevista, nuova, intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome, nell'ambito della quale si creano le condizioni per rendere coerenti le norme di principio stabilite dalle leggi con la organizzazione e gestione delle attività e dei servizi, che ciascuna Regione o Provincia deve adattare al proprio contesto inteso nel senso più ampio del termine. Ciò tornerà particolarmente utile nelle prospettive del quinto ed ultimo avvenimento del 2008 che viene individuato ai fini del presente volume, cioè quello che di seguito viene esposto.

**V.** Il 3 ottobre 2008 il Consiglio dei Ministri ha approvato il disegno di legge delega sul federalismo fiscale, dando così avvio ad un processo che è attualmente in corso e che assumerà, man mano, dei contorni e contenuti sempre più precisi, anche per quanto riguarda i tempi stabiliti per arrivare a regime.

Nel disegno di legge viene previsto 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».

Tale argomento ha sollevato un ampio dibattito, perché occorrerà intanto individuare se, per quanto riguarda il Servizio Sanitario Nazionale, i livelli essenziali delle prestazioni fissati dalla legge statale si riferiscono agli attuali 3 LEA, cioè l'Assistenza Collettiva e Sanità pubblica, l'Assistenza Distrettuale e l'Assistenza Ospedaliera. Se così è, per la appropriatezza è possibile che ci si indirizzi verso quanto previsto dalla Legge 133 del 2008 in materia di controlli delle cartelle cliniche ospedaliere, per le quali le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza debbono essere individuate dalle Regioni «tenuto conto di parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze».

Nel volume l'argomento sarà trattato sottolineando, intanto, come sia discutibile l'attuale definizione per decreto della inappropriatezza dei ricoveri ordinari attraverso la indicazione di specifici DRG. In tal modo, infatti, si individua la prestazione in relazione alla singola patologia da trattare, ma non in rapporto alla persona assistita, con la relativa età, il genere, le comorbidità, le complicanze, la situazione logistica e il supporto familiare. Ciò diventerà praticamente impossibile quando la appropriatezza dovrà essere valutata per l'intera gamma delle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso i LEA, quindi occorrono nuove metodologie che nel volume vengono proposte.

Per quanto riguarda, invece, i costi, i mezzi di informazione hanno riportato delle iniziative che in qualche modo si ispirano a quanto indicato dalla Legge 133 del 2008 che, con riferimento alle tariffe, cita anche i «costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza, come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario».

Considerato che attualmente non esiste un modello di Assistenza Primaria quale viene proposto nel volume, che pertanto per il futuro i criteri di riparto per la determinazione del fabbisogno finanziario delle singole Regioni e, al loro interno, tra le diverse attività e servizi, saranno necessariamente diversi, e che esistono elementi finora non adeguatamente valutati per quanto riguarda le differenze esistenti in Italia circa i cosiddetti determinanti della salute, il volume conterrà anche considerazioni, dati e proposte relative alle condizioni di equità da realizzare per la soddisfazione dei bisogni rilevati nelle diverse aree geografiche del Paese.

Nella speranza che il lungo e complesso percorso individuato, possa contribuire a far sì che l'Assistenza Primaria, nell'ambito dei Distretti, diventi il terzo pilastro a sostegno del Servizio Sanitario Nazionale, gli autori di ciascuno dei capitoli hanno posto il massimo impegno nella esposizione di dati, considerazioni e proposte che sono fondate, quanto più possibile, su elementi scientifici, pratici e tra loro coerenti, pur nella diversità delle culture e discipline da cui traggono origine.

## Riferimenti bibliografici

- Osler W. *Aequanimitas*, Blackiston, Philadelphia 1904.
- Guzzanti E, Tripodi P. *L'Ospedale e la Medicina Sociale*. Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma 1966.
- Guzzanti E, Longhi T. *Medicina di base e Medicina Ospedaliera*. Federazione Medica, 1985; 9:1005-1011.
- Cosmacini G. *Storia della Medicina e della Sanità in Italia*, Edizioni Laterza 1987.
- Venediktov D. *Alma-Ata and after*. World Health Forum 1998; 19:79-86.
- Mastrobuono I, Guzzanti E, Cicchetti A, Mazzeo MC. *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie: il ruolo delle forme integrative di assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1999.
- Consiglio Nazionale Fimmg, *La Ri-fondazione della medicina generale*, Documento approvato all'unanimità, Roma, 9 Giugno 2007.
- Guzzanti E. *Le prestazioni garantite dal SSN*, Salute & Territorio 2007; 164:292-295.
- Damiani G. et al. *Assistenza Primaria: significato e prospettive di sviluppo organizzativo*. Organizzazione Sanitaria n°2, Roma 2007.
- CERM, Quaderno 2/2007, *Regolazione, innovazione e ciclo di vita prodotti*.
- Milillo G. *Il nuovo ruolo dei medici di medicina generale nell'Assistenza Primaria in Italia*. Monitor, Trimestrale dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali. Anno VII numero 20, Roma 2008.
- Cislaghi C et al. *Bisogni, Consumi, Costi: determinazione e riparto delle risorse del SSN*. AGENAS, Roma 2008.
- Lawn JE et al. *Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant and time to revitalise*. Lancet 2008; 372:917-927.
- Un modello per il governo del territorio delle Aziende Sanitarie*. FIASO-BOCCONI-CERGAS 2008.
- The World Health Report 2008. *Primary Health Care: now more than ever*. World Health Organization, Geneva 2008.
- Milillo G., Panti A., Mazzeo MC. *Come è cambiata la medicina di famiglia*. In: *1978-2008: trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale e di Fondazione Smith Kline*. Il Mulino, Bologna 2008.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *La vita buona nella società attiva. Libro verde sul futuro del modello Sociale*. Documento per la consultazione pubblica, Roma, 25 luglio 2008
- Gray M, Ricciardi W. *Per una Sanità di valore: come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse*. Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma 2008.
- Meridiano Sanità - Rapporto Finale 2008, The European House Ambrosetti.
- XVIII Rapporto sull'Immigrazione - CARITAS-MIGRANTES, Ottobre 2008.
- The Business of Ageing, Global Economics, NOMURA Equity Research, November 2008.
- European Commission, Dg Info&Media, *Report on: Sources of financing and policy recommendations to Member States and European Commission on boosting eHealth investment*. Final Study Report. December 2008.
- Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, Piano e-government 2012, Gennaio 2009.

## capitolo 1

---

### *L'evoluzione dell'Assistenza Primaria in Italia: concetti e cenni storici*





# 1.1 L'evoluzione dell'Assistenza Primaria nell'Italia pre e post unitaria: il ruolo delle condotte mediche

**Elio Guzzanti**

Come si potrà rilevare dai fatti e dai dati che verranno esposti in questo capitolo, l'esigenza di provvedere alla assistenza delle persone nei luoghi di loro residenza, cioè nei Comuni, già avvertita in Italia da molto tempo, è stata realizzata dalle condotte mediche, la cui attività organizzata appare ben delineata a partire dal XVIII secolo. Naturalmente la dizione usata per riferirsi a questa istituzione non era quella che si propone nel presente volume, cioè l'Assistenza Primaria, ma di fatto i compiti assegnati alle condotte erano concettualmente riferibili alla assistenza della persona nella sua totalità e nella sua comunità, quindi si può ben dire che le radici dell'Assistenza Primaria, qui riportata senza le iniziali maiuscole per le anzidette ragioni, sono state profondamente piantate ed ampiamente diffuse nel nostro Paese già da molto tempo.

Le condotte mediche non avevano, però, la stessa diffusione nelle differenti aree geografiche dell'Italia, per la diversità delle istituzioni politiche responsabili, ma anche per le marcate differenze, storiche e culturali, che tanto profondamente hanno segnato il Paese oramai da molti secoli.

Il Lombardo-Veneto è certamente l'ambito nel quale la condotta medica assumeva dimensioni numeriche e qualitative tra le più rilevanti, frutto della più generale riforma dello Stato iniziata, in tutti i campi e in tutti i territori dell'Impero, da Maria Teresa, regina dell'Austria dal 1740, il cui interesse per la vaccinazione contro il vaiolo, dimostrava quanto considerasse importanti i problemi della salute e dei mezzi per prevenire e controllare le malattie.

In queste riforme si inquadra la costituzione in Lombardia del Direttorio medico, il cui responsabile intorno al 1780 condusse una indagine sullo stato quantitativo e qualitativo dell'assistenza medica rurale in Lombardia, da cui emerse una distribuzione ineguale delle condotte. Le cause di ciò vennero attribuite alla scarsa ed incerta remunerazione dei condotti ed alla loro condizione di subalternità ai rappresentanti dei Comuni, con la relativa precarietà del posto a seconda degli interessi in gioco.

Complessivamente, era priva dell'assistenza comunale il 66% della popolazio-

ne rurale dello Stato di Milano, l'81% nel principato di Pavia e Cremona, il 79% a Como e il 75% a Lodi.

Nominato responsabile del Direttorio medico, Johann Peter Frank dettò le sue "Proposizioni preliminari al Piano della sistemazione medica della Lombardia austriaca", che delineavano il sistema delle condotte come una responsabilità dello Stato.

Titolare presso la Facoltà medica di Pavia, dal 1783, dell'insegnamento di medicina teorico-pratica, Frank era sostenitore e autore di opere sulla "Polizia medica", che esprimeva la metodologia della efficienza dello Stato autoritario e paternalistico, propria delle Monarchie dell'Europa Centrale. Egli riteneva, appunto, che fosse opera dello Stato assistere a proprie spese i malati di ogni classe e di mantenere decorosamente i medici e i chirurghi, coerentemente con la rifondazione della università che conferiva il titolo di studio, a nobili e non nobili, con l'apprendimento e l'apprendistato nella nuova facoltà scientifica.

Tuttavia, non mancando di realismo, J.P. Frank mantenne la responsabilità dei Comuni nella nomina dei condotti, ma introdusse una remunerazione mista, cioè uno stipendio per la cura dei poveri, ed un onorario stabilito tra i condotti e le persone abbienti.

Peraltro, alla evoluzione del numero delle condotte, ma anche al miglioramento delle condizioni professionali ed economiche dei medici e dei chirurghi addetti, partecipavano anche istituzioni di carità ed opere pie, come il Pio Istituto di Santa Corona di Milano che gestiva un certo numero di condotte, delle quali alcune provvedevano anche all'assistenza domiciliare e alla distribuzione di alcuni farmaci.

Frank introdusse, inoltre, l'obbligo per i condotti di inviare alla Facoltà medica dei rapporti semestrali sulle malattie curate, con l'indicazione dei dati anagrafici dei pazienti, del decorso clinico, delle terapie usate e di considerazioni sulla natura dell'infermità, entro quadri nosostatici preparati dagli stessi vertici delle professioni sanitarie dello Stato di Milano.

Dai rapporti inviati emergeva come le osservazioni dei condotti si allargavano all'analisi della morbilità prevalente, ad una eclettica individuazione delle concause delle malattie nelle condizioni meteorologiche, ma anche nell'alimentazione, nel tipo e nei ritmi di lavoro dei pazienti, nelle loro condizioni abitative.

Nell'area veneta, la rete delle condotte si incrementò agli inizi del secolo XIX, risentendo in parte della legislazione napoleonica del 1806 ma beneficiando anche, accanto ai condotti comunali, di medici di carità stipendiati da associazioni benefiche quali le Fraterne parrocchiali, attive fino ai primi anni sessanta dell'Ottocento.

Il Regolamento Napoleonico di polizia medica, emanato il 5 settembre 1806, attribuiva il potere di attuarne i provvedimenti al Ministero dell'Interno del Regno d'Italia napoleonico che, tra l'altro, doveva assicurare una capillare distribuzione delle condotte mediche e chirurgiche, affidando, tuttavia, alle Facoltà Mediche delle Università di Pavia, Padova e Bologna le funzioni di Direzioni mediche, quindi con compiti di vigilanza sul modo di operare delle condotte stesse.

I principi del Regolamento Napoleonico furono mantenuti in vigore dagli austriaci durante la Restaurazione, ed infatti nel Regno Lombardo-Veneto, dal 1817, i medici condotti, pur dipendenti dai Comuni, accanto ai compiti assistenziali dei non abbienti, avevano anche il dovere della trasmissione di un periodico rapporto alla Delegazione provinciale sull'andamento delle malattie endemiche ed epidemiche nella condotta, nonché gli obblighi di pubblico vaccinatore.

Si profilava, quindi, un duplice ruolo per il medico condotto, da un lato come professionista tenuto ad assistere i residenti nell'ambito della condotta e con il compito della registrazione e descrizione nosologica delle visite effettuate, e dall'altro lato con l'assolvimento di funzioni proprie della sanità pubblica, delle quali non rispondeva più solo al Comune ma alle superiori Autorità.

Sotto tale aspetto si può dire che si ravvisavano già le radici di quello che sarà il duplice ruolo richiesto ai medici condotti dell'Italia post-unitaria, ed infatti con circolare del 3 gennaio 1859, contenente Statuto ed Istruzioni per i medici condotti lombardo-veneti, si faceva esplicita menzione del loro ruolo di ufficiali sanitari.

Tuttavia in Lombardia, come in Toscana, Umbria e Marche, presso le amministrazioni comunali, da sole o in consorzio quando la dimensione e la condizione del singolo Comune non consentiva la presenza di un medico residente, il modello prevalente era la cosiddetta condotta "piena", cioè tenuta ad assistere non solo i poveri, ma anche i cosiddetti "estimati", cioè i soggetti con reddito imponibile da proprietà immobiliari.

Pressati così tra il potere politico dei Comuni, che potevano disporre sia l'assunzione come il licenziamento per le più diverse ragioni, e gli estimatori, che come notabili del luogo avevano interessi personali da salvaguardare, il medico condotto non aveva una vita facile ed era generalmente remunerato poco, anche rispetto alla necessità di munirsi di una cavalcatura, dei mezzi per il lavoro e del pagamento di un sostituto in caso di malattia.

Malgrado queste difficili condizioni, le aree geografiche precedentemente descritte erano in condizioni migliori rispetto al Piemonte sabauda, che non aveva assunto iniziative significative riguardo alle condotte e, fino a tutto l'Ottocento pre-unitario, per l'assistenza ai non abbienti contava molto sulle Congregazioni di Carità, tanto che a metà Ottocento, nella provincia di Torino oltre il 40% dei Comuni aveva medici condotti stipendiati dalle Congregazioni di Carità.

Nello Stato Pontificio, d'altra parte, Pio VII, ritornato a Roma dopo l'invasione francese, dovendosi confrontare con una popolazione che tornava a crescere ma nella quale la condizione di povertà era diffusa, abolì il codice napoleonico ma ne mantenne lo spirito di polizia sanitaria con un *Motu proprio* del 6 luglio 1816 che creava, tra l'altro, l'"Istituto Generale della Carità", poi trasformato, nel 1826, da Leone XII nella "Commissione de' sussidi".

La Città di Roma, che contava allora 135 mila abitanti, venne allora articolata in dodici "Regioni", all'interno delle quali operavano le quarantacinque parrocchie "urbane" e le sei parrocchie "suburbane", in ciascuna delle quali era istituita una

“congregazione” composta dal parroco, da un cittadino, da una dama di carità, da un medico e da un chirurgo.

In molte parrocchie, le Sorelle della Carità di S. Vincenzo de' Paoli prestavano assistenza a domicilio ai malati poveri e ai cronici *«servendoli anche gl'intieri giorni e notti, quando sia di bisogno»*, fornendo il letto, se occorreva, la biancheria e il cibo, e pagando il medico, il chirurgo e lo speziale.

Ai medici e chirurghi condotti, oltre alla cura degli infermi, era affidato il compito d'intervenire in via preventiva sulle abitudini igienico-sanitarie e sui costumi della popolazione, al tempo stesso riqualificando il loro ruolo attraverso la ristrutturazione delle scuole di medicina, chirurgia e chimica.

Si può, quindi, affermare che, per molti aspetti, lo Stato Pontificio si era avvicinato al modello lombardo-veneto per quanto riguarda la cosiddetta polizia sanitaria, poggiando tuttavia sulle organizzazioni di carità, in coerenza con le tradizioni storiche in questo campo della Chiesa di Roma.

Per tornare al Regno di Casa Savoia, a metà Ottocento i condotti laureati in medicina erano 1 ogni 2258 abitanti, rispetto a 1 ogni 1491 della Lombardia, e così in Savoia, a Genova e nella Valle d'Aosta la carenza di medici residenti era tale, in molti Comuni, da rendere difficilmente accessibile l'assistenza per un milione e ottocentomila persone.

Il caso della Sardegna, dal 1718 entrata a far parte del Regno di Casa Savoia, presentava, poi, aspetti particolari, perché qui, con il Regio Editto del 1826, che suddivideva il territorio in Distretti ed istituiva le condotte medico-chirurgiche e vacciniche, si riteneva di poter superare le ben note difficoltà di rapporti tra i medici condotti e i rappresentanti dei Comuni, cosa che risultò anche in questo caso assai difficile, tanto da provocare nuove disposizioni che davano alla Giunta di Sanità il potere di vagliare i rapporti di collaborazione prestata ai medici condotti da parte dei chirurghi e dei flebotomi.

Queste figure, infatti, di minore qualificazione e spesso operanti accanto ai “pratici”, cioè empirici privi di qualsiasi qualificazione, riuscivano più facilmente dei medici a penetrare nella mentalità e nelle tradizioni della popolazione, come del resto avveniva in molte altre parti d'Italia.

Da un lato ciò era dovuto al modo di parlare sapiente ed involuto dei medici, in gran parte conseguente alla sostanziale mancanza di conoscenze e di interventi efficaci della medicina dell'epoca, che solo nella seconda metà del XIX secolo si gioverà degli straordinari progressi compiuti circa la conoscenza delle malattie e sulle loro cause, ma anche con la disponibilità di nuovi ed efficaci interventi preventivi e curativi. Dall'altro lato, però, pesavano anche le condizioni di forte arretratezza della popolazione, in termini economici, sociali e culturali.

Basta ricordare, a tale proposito, che nel 1861, all'atto della proclamazione del Regno d'Italia sotto Vittorio Emanuele II della Casa Savoia, con capitale a Torino, i cittadini erano 27.777.000, tra i quali 8 milioni di agricoltori e 3 milioni di lavoratori dell'industria e dell'artigianato.

Nella media, gli analfabeti erano il 75%, con punte dell'85-90% nel Sud e nelle Isole, rispetto al 54% del Nord.

Trovandosi di fronte ad un incoerente mosaico di leggi, regolamenti, ordinamenti giudiziari ed amministrativi, nonché di tradizioni locali, come logica conseguenza della autonomia degli Stati pre-unitari, molti dei quali di modeste dimensioni, il 20 marzo 1865 venne emanata la legge sulla "Unificazione amministrativa del Regno", della quale l'allegato C stabiliva l'organizzazione della sanità pubblica nello Stato Unitario, nel giugno successivo puntualizzata dal regolamento di attuazione.

Il disegno complessivo concentrava nel Ministero dell'Interno le funzioni di tutela della salute pubblica, e quindi ai prefetti, ai sottoprefetti e ai sindaci, coadiuvati rispettivamente da un consiglio superiore di sanità, da consigli sanitari provinciali e circondariali, nonché, dal 1874, anche dalle commissioni municipali di sanità, le quali, peraltro, prive di poteri effettivi e senza un diretto collegamento con i consigli provinciali, avevano ben pochi poteri.

Le norme dichiaravano obbligatorie per i Comuni le spese per il servizio dei medici, dei chirurghi e delle levatrici per i poveri, mentre erano a carico delle province le spese di mantenimento dei "mentecatti" poveri.

Era palese la impostazione puramente amministrativa del concetto di Polizia medica, e la estraneità dei medici rispetto alle scelte da compiere, malgrado le difficili condizioni igieniche del Paese. Eppure i medici condotti erano cresciuti nell'impegno professionale e sociale, e l'Italia doveva ancora attrezzarsi adeguatamente per combattere le endemiche condizioni di arretratezza economica e sociale, alla quale si accompagnavano le ricorrenti fiammate epidemiche di malattie infettive, il colera in primo luogo.

Dal punto di vista dell'impegno culturale e sociale dei medici condotti, rilevante è da considerare il fatto che Agostino Bertani, medico chirurgo e deputato radicale, per conoscere a fondo "le condizioni varie e complesse nelle quali si svolge la vita comune delle povere masse rurali", nel 1872, con l'approvazione del Ministro dell'Interno, Agostino Depretis, avviò l'inchiesta mediante l'invio di un questionario contenente oltre 100 quesiti "ai colleghi medici condotti di tutti i Comuni d'Italia", per conoscere "l'ambiente fisico nel quale l'agricoltore vive e si muove", "lo stato sanitario di fatto della popolazione rurale", "le influenze educatrici e i fatti economici" richiedendo altresì di esprimersi sui "provvedimenti di facile e immediata applicazione che si ritenessero adatti a soddisfare i bisogni e riparare i mali lamentati".

Dalle oltre 4000 risposte ricevute era emersa «*la generale fisionomia igienico-sanitaria delle varie Regioni italiane*», nonché «*la condizione di inferiorità e di impotenza dei medici condotti a praticare i consigli della scienza nella tutela del benessere generale, a fronte di ignoranze prepotenti e interessate avverse per tradizionale indolenza ad ogni utile riforma*».

Di fronte a questa situazione, il Bertani predispose un progetto di "codice per la pubblica igiene", fondato sul principio che «*lo Stato deve vigilare e tutelare la salute*

*pubblica» e quindi «prevedere ogni possibile influenza malefica e provvedervi poi». L'igiene «è stimata il mezzo più pratico e più sicuro per raggiungere il miglioramento della nostra razza e ad assicurare la sua maggiore prosperità e operosità produttiva». Occorre quindi «coordinare allo scopo gli enti amministrativi ed il personale tecnico-scientifico che vi deve infondere vita e valore».*

La morte di Bertani, nel 1886, non impedì che la sua opera gettasse radici così profonde da preparare una riforma che oramai si imponeva, considerata anche la inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie dei Comuni del Regno, predisposta nel 1885 dal Ministro dell'Interno Agostino Depretis, attraverso un questionario, preparato di concerto con il Consiglio superiore di sanità e con la Direzione generale della statistica ed inviato ai circa 8000 Comuni italiani.

Dai risultati, pubblicati nel 1886, emergeva, tra l'altro, che in 6404 Comuni mancavano le fognature, in 1286 mancavano le latrine, in 1350 le immondezze si raccoglievano nei cortili, in 1142 non si provvedeva alla nettezza delle vie.

Negli anni tra la prima legge sanitaria del Regno, quella del 1865, ed il 1887, l'Italia aveva subito otto violente epidemie di colera, ma fortunatamente, sin dai primi anni '80 dell'Ottocento si stavano manifestando gli straordinari progressi compiuti nelle conoscenze e nelle possibilità della medicina, con la nascita dell'igiene come scienza, con le scoperte di Pasteur e di Kock, con l'avvento, quindi, della microbiologia e della epidemiologia, e con le scoperte di Pettenkofer e delle scuole tedesche e italiane sui rapporti tra ambiente e malattie.

Inoltre, l'istituto delle condotte mediche si era notevolmente rafforzato nel Paese, tanto che nel 1882 la media nazionale faceva registrare il 93% di Comuni associati, in esclusiva o in consorzio, ad un medico, con valori inferiori in Piemonte e in Liguria, rispettivamente all'80 e 86%, mentre il Veneto era al 98,9% e la Lombardia al 99,3%.

Accanto alle forme istituzionali occorre ricordare che funzioni assimilabili a quelle delle condotte venivano svolte tradizionalmente dalle varie organizzazioni di carità e beneficenza esistenti in diverse aree geografiche del Paese.

Permanevano, peraltro, gravi problemi di arretratezza sia sul piano sanitario, attestati da una speranza di vita alla nascita di 35,4 anni nel 1882, ma anche sociali, con un tasso di analfabetismo che, pur ridotto nel 75% di media nazionale nel 1861, era ancora al 62% nel 1881.

In questo quadro, la nomina a primo ministro di Francesco Crispi, il 7 agosto 1887, imprimeva una decisa svolta alla questione sanitaria.

Tra il 18 agosto e il 4 settembre 1887 si istituiva la Direzione sanitaria presso il Ministero dell'Interno, con l'assegnazione del relativo responsabile. A dirigere l'Ufficio, veniva chiamato il prof. Luigi Pagliani, che dal 1877 era in cattedra a Torino per l'insegnamento dell'igiene, ed in occasione dell'incarico di affrontare la grave epidemia colerica che imperversava in Sicilia nel 1885 aveva già indicato la metodologia epidemiologica e le misure profilattiche da adottare.

Crispi, con la collaborazione di Pagliani, predispose quindi un testo di riforma

che, in buona parte recependo i principi e le proposte di Bertani, come più volte ricordato da Crispi nel dibattito parlamentare, se ne discostava però per la snellezza del testo, contenuto in circa 70 articoli rispetto ai 188 del codice Bertani.

Il dibattito parlamentare, tenutosi tra marzo e dicembre del 1888, sia alla Camera sia al Senato, si svolse con un profilo di alto livello, istituzionale e professionale, essendo tutti i partecipanti ben consapevoli che la posta in gioco era alta, per l'interesse dell'Italia tutta e per quello di ciascuno dei residenti, che non erano ancora in grado di fruire dei benefici che la scienza aveva apportato in altri Paesi, come più volte venne sottolineato nei singoli interventi svolti nel corso del dibattito.

Nella seduta del 18 giugno 1888, era lo stesso Crispi a dichiarare che:

- 1) *«Il servizio pubblico che ha per scopo la tutela dell'igiene e della salute delle popolazioni»* doveva essere affidato, almeno in parte, a cultori delle discipline sanitarie dotati di un sapere tecnico ed una pratica che non sono comuni a persone di altra cultura, così da provvedere sia ad un lavoro di informazioni e statistico, indispensabile ai legislatori e al Governo per conoscere le condizioni sanitarie del Paese, sia per vigilare sull'esecuzioni delle leggi sanitarie ed applicare i provvedimenti che il Governo nell'interesse pubblico crede opportuno di emanare.
- 2) *«Poiché, d'altra parte, l'elemento tecnico che nei Comuni ha l'assistenza clinica degli infermi non è chiamato ad interessarsi dell'igiene pubblica, l'Italia è un Paese pressoché ignoto dal punto di vista della statistica generale e locale sanitaria»*. Solo talune inchieste hanno rilevato la gravità di molte situazioni, come il confronto internazionale della mortalità in Italia paragonata agli altri Stati europei che è data da queste cifre, che rappresentano la **proporzione dei morti su 1000 abitanti**:

• Italia	27,9
• Germania	25,7
• Francia	22,6
• Belgio	21,0
• Inghilterra	19,9
- 3) Il medico provinciale sanitario è il fulcro ove si impernerà il nuovo ordinamento sanitario.
- 4) Il riordinamento sanitario è stato iniziato dal Governo istituendo la Direzione della sanità, ed il presente disegno di legge istituisce il medico provinciale, che veglia sul servizio sanitario dei Comuni della Provincia di riferimento, e per questo si tiene in corrispondenza con gli uffici sanitari comunali per tutto ciò che riguarda l'igiene e la Sanità pubblica.
- 5) *«La mirabile istituzione dei medici condotti, che molte nazioni ci invidiano, ha agevolato al*

*legislatore l'assunzione di questo provvedimento. L'ufficiale sanitario comunale sarà nella grandissima maggioranza dei Comuni il medico condotto, o sarà scelto tra i medici condotti». Si dovranno, quindi, tutelarne la indipendenza e garantirne la stabilità, perché non abbiano a soffrire delle conseguenze dei provvedimenti che la legge richiede che vengano attuati.*

- 6) Tutto ciò è indispensabile, perché se la falange degli ufficiali sanitari al servizio dell'igiene e della pubblica salute che sta alla base, non fosse collegata alla Direzione sanitaria, che sta all'apice della piramide, per l'intermezzo del medico provinciale, l'intero riordinamento sanitario proposto dal presente Disegno di Legge non darebbe in pratica alcun risultato. Sarà, quindi, il medico provinciale, sorreggendoli nelle loro attribuzioni, *«che difenderà gli ufficiali sanitari contro ogni soggezione e capriccio di consorzierie locali».*

Sia alla Camera, sia al Senato, pur con diverse angolature ed espressioni, il giudizio degli intervenuti nel dibattito era stato sostanzialmente positivo rispetto alle tesi esposte da Crispi ad illustrazione del Disegno di Legge in discussione.

Non mancarono le comparazioni internazionali, citando *«ciò che è avvenuto in Inghilterra che dopo l'opera dell'ordinamento sanitario interno, la mortalità scese dal 22 al 19 per mille, e la mortalità per la febbre tifoide da 934 per milione di abitanti a 307, ed ove inoltre il colera non è più attecchito».*

Il riferimento era al *The Public Health Act for England and Wales* del 1848, quindi anteriore agli sviluppi della batteriologia e della patologia, che per la prima volta assumeva un atteggiamento proattivo e permanente di fronte ai problemi della sanità pubblica e delle epidemie. Rilevante era l'impianto organizzativo, con lo Stato come responsabile della rete di Sanità pubblica, nella quale le autorità locali erano fortemente coinvolte attraverso gli uffici sanitari distrettuali composti di elementi tecnici, ai quali era affidata la tutela dell'igiene e la diretta esecuzione di tutti i provvedimenti.

Furono anche sollevati i problemi della formazione del personale tecnicamente preparato che il nuovo assetto prevedeva, con un intervento nel quale si affermava che: *«In cinque Università italiane, e fra queste alcune di primo ordine, l'insegnamento dell'igiene e quello della medicina legale sono uniti, e vi sono delle Università nelle quali manca addirittura il professore d'igiene. L'Italia conta quattro Università libere, ebbene nelle tre Università libere nelle quali vi è una Facoltà medico-chirurgica manca completamente l'insegnamento dell'igiene».*

In un altro intervento veniva considerata molto positivamente la proposta di Crispi di fondare una Cassa Pensioni per i medici condotti, *«che sono un elemento di forza per il paese e servono nobilmente la patria, la scienza, la libertà ed il progresso».*

Al termine dei dibattiti, veniva promulgata la Legge 22 dicembre 1888, n° 5849 sulla tutela dell'Igiene e della Sanità pubblica, composta da 71 articoli.

Il contenuto di alcuni articoli, a completamento dei principi esposti da Crispi



alle Camere, viene di seguito sinteticamente esposto per la attinenza rispetto alle finalità del volume del quale fa parte il presente scritto.

- La formale attribuzione ai Comuni dell'assistenza medica, chirurgica e ostetrica gratuita per i poveri, e di quella zooiatria, limitata ai luoghi ove ne sarà riconosciuto il bisogno, stabilendo che dove non risiedono medici e levatrici liberamente esercenti, tale assistenza deve essere fatta almeno da un medico chirurgo condotto e da una levatrice residente nel Comune e da esso stipendiati con l'obbligo della cura gratuita dei poveri. Dove esistono Opere pie o altre fondazioni che provvedono in tutto o in parte all'assistenza gratuita dei poveri, i municipi ne saranno esonerati e saranno obbligati a completarla.
- I Comuni che, per le loro condizioni economiche, per la loro speciale posizione topografica e per il numero esiguo di abitanti, non sono in grado di provvedersi di un proprio medico-chirurgo o di una levatrice sono obbligati a stipendarli uniti in consorzio con altri Comuni.
- La nomina dei medici e chirurghi stipendiati dai Comuni fatta al Consiglio comunale dopo tre anni di prova acquista carattere di stabilità compiuto il triennio. Il Comune non può licenziarli se non per motivi giustificati colla approvazione del Prefetto, sentito il Consiglio provinciale di sanità. Contro la deliberazione del Prefetto è ammesso il ricorso al Ministro dell'Interno.
- Sarà ufficiale sanitario comunale il medico condotto ove non risiedano altri medici. Nei Comuni dove risiedono più medici esercenti, l'ufficiale sanitario sarà nominato dal prefetto sulla proposta del Consiglio comunale, udito il Consiglio provinciale sanitario. In tal caso durerà in carica tre anni e potrà essere rinominato.
- L'ufficiale sanitario comunale:
  - Vigila sulle condizioni igieniche e sanitarie del Comune e ne tiene costantemente informato il medico provinciale;
  - Denuncia sollecitamente a quest'ultimo e contemporaneamente al sindaco tutto ciò che nell'interesse della Sanità pubblica possa reclamare speciali e straordinari provvedimenti nonché le trasgressioni alle leggi ed ai regolamenti sanitari;
  - Assiste il sindaco nella vigilanza igienica e nella esecuzione di tutti i provvedimenti sanitari ordinati sia dall'autorità comunale, sia dalle autorità superiori;
  - Raccoglie gli elementi per la relazione annuale sullo stato sanitario del Comune, uniformandosi alle istruzioni che riceverà dal medico provinciale.
- È sottoposto a vigilanza speciale l'esercizio:
  - della medicina e chirurgia
  - della veterinaria
  - della farmacia
  - dell'ostetricia

- La vigilanza si estende sui titoli e modi che rendono legale e regolano l'esercizio delle professioni sanitarie e nella preparazione, conservazione e vendita di farmaci.

Con l'approvazione del regolamento per l'applicazione della legge sulla tutela dell'Igiene e della Sanità pubblica (R.D. 9 ottobre 1889) l'opera di Crispi e Pagliani completava il suo corso legislativo ed avviava l'Italia verso la strada della scienza applicata al corpo sociale, così come stava avvenendo nei più avanzati Paesi europei già da qualche tempo.

L'importanza del provvedimento consisteva soprattutto nel ribadire che, malgrado l'organizzazione del Regno non poteva sottrarre al Ministero dell'Interno i poteri in materia sanitaria, tuttavia era indispensabile contare su un ordinamento di gerarchia funzionale tecnico-sanitario che, partendo dal citato Ministero, si collegasse alle Province, e queste ai Comuni.

Sotto tale aspetto, si può dire che si era così avviato il "governo" dei medici nella sanità, non per essere al comando della stessa, ma per arrecare un contributo essenziale sia alle strategie da adottare, sia alle misure che le rendessero effettive. Allora, come oggi, si chiedeva ai medici di assumersi la responsabilità delle proprie azioni per garantire ai cittadini una effettiva tutela della salute, che nei riguardi delle epidemie dell'epoca non poteva certo contare più sulle anacronistiche misure di quarantena, cordoni sanitari e suffumigi.

Al tempo stesso occorre mantenere nel vivo degli 8000 Comuni l'assistenza ai poveri, divenuta ora un diritto organizzato dallo Stato, e non totalmente lasciato alle istituzioni di beneficenza, per quanto benemerite fossero nel passato come nel presente.

Circa i medici condotti, basterà ricordare quanto unanimemente affermato nel dibattito parlamentare per sottolineare non solo il valore loro attribuito, ma anche tutte le misure legislative adottate per tutelarli, da un lato dalle insidie dei politici e dei notabili locali, dall'altro lato per definirne in modo preciso le caratteristiche professionali, così da distaccarli in modo chiaro e definitivo rispetto agli empirici e ai pratici che ne insidiavano il prestigio e l'opera, contando soprattutto nella credulità di una popolazione ancora poco evoluta in senso socio-economico e culturale.

Circa la formazione dei medici condotti ai compiti loro assegnati dalla riforma, e considerate le già ricordate condizioni dell'insegnamento universitario dell'Igiene, una menzione speciale merita la Scuola di perfezionamento in Igiene pubblica, istituita e diretta da Pagliani che *«per un'applicazione di cinque mesi ininterrotti e per l'intera giornata, con l'abbandono completo delle loro occupazioni e dei loro interessi personali»*, consentì in otto anni di attività *«a decine e decine di laureati»* di acquisire una formazione igienistica.

La Scuola cessò le sue attività nel 1898, quando Angelo Celli, rivendicando all'Università i compiti della formazione, istituì a Roma i "Corsi complementari di igiene pratica per gli aspiranti alle carriere sanitarie".

Per tornare al nuovo ordinamento sanitario, questo doveva fare i conti con la grande diversità delle differenti aree geografiche italiane, e il retaggio del Lombardo-Veneto, della Toscana e di altre aree del Centro Nord, non poteva confrontarsi con quello del Regno delle Due Sicilie.

Del resto, ancora oggi chi nel passato è stato governato in modo ordinato ed organizzato trova difficoltà a capire certe situazioni che, nel loro complesso, costituiscono la “questione meridionale”.

Tuttavia la riforma del 1888, pur nelle difficoltà che si riscontrano nell'attribuire relazioni lineari tra le cause e gli effetti, nel periodo successivo alla sua attuazione, ha fatto registrare significativi risultati, ovviamente riferiti all'Italia nel suo complesso, con la possibilità che taluni ne abbiano fruito più di altri.

Si poteva rilevare, infatti, che tra il 1882 e il 1901:

- la popolazione era aumentata da 28.400.000 a 32.400.000;
- la mortalità generale era diminuita dal 29 al 20% per 1000 abitanti
- la speranza di vita alla nascita era aumentata da 35 a 43 anni;
- l'analfabetismo era diminuito dal 62 al 48% per 1000 abitanti.

Il percorso successivo della riforma del 1888, e dei molti altri provvedimenti assunti nel campo della sanità, non si dimostrerà semplice così come non sarà in grado di tutelare la popolazione da eventi straordinari, come il terremoto di Messina del 28 dicembre 1908 che provocò circa 120 mila morti e la distruzione delle città di Messina e Reggio Calabria.

Neppure l'annoso problema dei rapporti tra il ruolo delle Istituzioni e quello dei medici nella programmazione, organizzazione e gestione della Sanità ha avuto, e tuttora ha, vita facile.

Tuttavia è doveroso ricordare la Legge Crispi-Pagliani del 1888 come una pietra miliare fondamentale per il progresso del paese, alla cui edificazione i medici condotti, le ostetriche e i veterinari hanno apportato un contributo decisivo, in qualche modo preparatorio degli eventi più vicini alla nostra epoca e propiziatorio del movimento che si viene creando intorno alla esigenza indifferibile di attuare l'Assistenza Primaria, così come si intende delineare nel presente volume.

### Riferimenti bibliografici

- Morichini CL. *Degli Istituti di Carità in Roma*. Stabilimento Tipografico Camerale. Roma 1870.
- Petragnani G. *La Legislazione sanitaria e l'Amministrazione sanitaria viste in ordine storico*. In: Amministrazione della Sanità pubblica. Casa Editrice Nocchioli. Firenze 1957.
- Mahan A. *Maria Teresa d'Austria*. Egizio dall'Oglio, Milano 1958.
- Rosen G. *From Medical Police to Social Medicine*. Science History Publications. New York 1974.
- Cosmacini G. *Storia della Medicina e della Sanità in Italia*. Editori Laterza, 1987.
- Della Peruta F. *Condotte mediche e medici condotti*. In Sanità e Società, Vol. II: Veneto, Lombardia, Piemonte, Liguria. Secoli XVII-XX. Casamassima editore, 1987.
- Murgia G. *Medicina e società rurale: le condotte sanitarie nella Sardegna carlo-albertina*. In: Sanità e Società, Vol. III: Sicilia e Sardegna. Secoli XVI-XX- Casamassima editore, 1988.
- Cent'anni fa la Sanità. La Legge Crispi-Pagliani del 1888*. Nuova CEI, Milano 1988.
- Il dibattito parlamentare sulla Legge Crispi del 1888*. Nuova CEI, Milano 1988.
- Alderslade R. *The Public Health Act of 1848*. BMJ 1998;317:549-550.
- Braghin A. *Normativa e Strutture sanitarie nello Stato Pontificio*. Difesa Sociale 1999;1:117-129.

## 1.2 L'Assistenza Primaria e le assicurazioni sociali di malattia

**Elio Guzzanti**

Al termine della guerra Franco-Prussiana (1870-1871), Guglielmo I Re di Prussia divenne Imperatore della Germania ed il principe Otto von Bismark fu nominato Cancelliere del Reich. Convinto che l'industrializzazione del Paese non si poteva realizzare senza misure di protezione dei lavoratori, il Cancelliere introdusse nel 1883 l'assicurazione contro le malattie, nel 1884 l'assicurazione contro gli infortuni e nel 1889 l'assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia.

Così, alla fine dell'Ottocento la Germania era all'avanguardia in molti campi dell'industria e della tecnologia, ma anche nell'avanzamento delle scienze mediche e delle loro modalità di insegnamento. Rappresentava, altresì, un modello sociale che rimarrà tale anche dopo le sconfitte nella Prima e nella Seconda Guerra Mondiale, la Repubblica di Weimar e il Nazismo, proponendosi come il modello “*Bismark*” di assistenza sanitaria che si confronterà poi con il modello “*Beveridge*”, inglese, del Servizio Sanitario Nazionale, rispetto al quale risulterà però più diffuso nei Paesi avanzati.

A caratterizzare e ad accentuare il valore di assicurazione sociale sarà poi la “*Pflegeversicherung*”, cioè l'assicurazione per l'assistenza alle persone non autosufficienti, attuata dal 1995, che rappresenta, anche in questo campo, un importante modello di riferimento.

Rispetto ad altri Paesi che avevano importanti tradizioni nel campo dell'assistenza sanitaria, il modello “*Bismark*” ha avuto un effetto di stimolo, ed è proprio in Inghilterra che se ne riscontra un esempio concreto con le battaglie combattute dalla *British Medical Association*, costituita nel 1837, per la riforma della *Poor Law*, cioè della legge promulgata nel 1601 da Elisabetta I dopo la esclusione di tutte le opere di carità gestite dalla Chiesa Cattolica a favore dei poveri e delle persone in condizioni di bisogno.

Malgrado i numerosi tentativi, infatti, solamente *The National Health Insurance Act* del 1911 riuscì a modificare la lunga serie di difficoltà dei medici generali nei loro rapporti con le autorità laiche locali, assai differenti nella impostazione dei rapporti professionali, frequentemente basati sulla “gara” tra medici a chi offriva il minor prezzo per assicurare l'assistenza a un certo numero di persone.

Con la Legge del 1911 sulla assistenza obbligatoria ai lavoratori, i medici generali ottennero: la libera scelta del medico e la relativa accettazione dell'assistenza da

parte di quest'ultimo; la determinazione dei compensi stabilita con accordi locali e la presenza e il ruolo di responsabilità dei medici stessi nelle Sedi Amministrative del sistema.

I medici, inoltre, potevano esercitare la libera professione per i non assicurati e praticare quei piccoli interventi per i quali avevano la capacità e la strumentazione nonché avere accesso ai *cottage hospitals* per trattare alcuni tipi di pazienti.

Tale modello ha operato dal 1911 al 5 luglio 1948, quando cioè è stato avviato il *National Health Service (NHS)*, sul modello “*Beveridge*”.

### **L'Assistenza Primaria in Italia: il cammino verso l'assicurazione sociale di malattia**

Dell'Italia e del suo percorso verso l'Unità del Paese, partendo dai molti e differenti Stati esistenti prima del 1860, si è già scritto a proposito della evoluzione delle condotte mediche e dei movimenti, dei propositi e delle inchieste che, dopo l'Unità, cercavano di definire prima i problemi, ed ipotizzare poi le soluzioni. Si trattava di organizzare un sistema sanitario che fosse in grado di confrontarsi non solo con le epidemie ricorrenti nel Paese, in particolare il colera, ma che potesse altresì contare in ogni Comune, o tra più Comuni, sulla presenza di personale medico ed ostetrico per assistere la popolazione: i poveri attraverso l'incarico e la remunerazione stabilita con i Comuni, gli abbienti con accordi *ad personam*.

Nel percorso, lungo e difficile, verso questo obiettivo, la Legge Crispi del 1888 aveva rappresentato un grande successo, politico e sociale, ma anche una affermazione del bisogno di poter contare su medici preparati e dedicati, perché si trattava solo dell'inizio di un più lungo percorso che aveva come obiettivo la lotta contro i problemi della povertà materiale, economica e culturale, e contro le malattie che più facilmente conseguivano a tali condizioni. Questi problemi, oramai da secoli, erano stati affrontati dal sistema caritativo, cioè da una molteplicità di istituzioni autonome di origine privata nate dai lasciti di benefattori, e spesso destinate all'una o all'altra finalità nel rispetto della volontà del testatore o donatore.

Tra l'altro, come si è evidenziato a proposito della Legge Crispi del 1888 sulla tutela dell'Igiene e della Sanità pubblica, l'obbligo della cura gratuita dei poveri, posto in capo ai Comuni, prevedeva delle eccezioni «*dove esistono Opere pie o altre fondazioni che provvedono in tutto o in parte all'assistenza gratuita ai poveri*».

Ed è proprio Crispi che con la Legge 17 luglio 1890, n. 6972 sulle “Istituzioni pubbliche di beneficenza”, definiva come tali «*le opere pie ed ogni altro ente morale che abbia in tutto o in parte per fine: a) di prestare assistenza ai poveri, tanto in stato di sanità quanto di malattia; b) di procurarne l'educazione, l'istruzione, l'avviamento a qualche professione, arte o mestiere, od in qualsiasi altro modo il miglioramento morale ed economico*».

Si trattava di circa 22.000 opere, tra loro fortemente eterogenee per finalità, entità e patrimoni, ed infatti rispetto a 1.222 ospedali e 907 orfanotrofi censiti nel

1880, forti erano le carenze di altri settori, quali gli asili infantili.

Altrettanto eterogenea era la distribuzione delle opere sul territorio nazionale, sia come numero sia come entità dei patrimoni, con la conseguente inadeguatezza rispetto alle zone con i più alti tassi di povertà, nelle quali i lasciti e le donazioni rispecchiavano, nella loro minore entità, le condizioni socio-economiche locali.

Considerato che, malgrado questi squilibri, le istituzioni di beneficenza costituivano una grande risorsa per l'assistenza ai poveri, e tuttavia lo Stato non era in grado di valutare se e quanto esse rispondessero alle finalità dichiarate, e soprattutto quanto rispettosa fosse la loro amministrazione delle regole indispensabili per far sì che il patrimonio risultasse fruttuoso, nella citata Legge Crispi il capo V era intitolato alla “vigilanza e ingerenza governativa”, cioè proprio quello che tali istituzioni, più o meno palesemente, rifiutavano.

Rispetto ai compiti dei medici per l'assistenza delle persone al di fuori degli ospedali, la rete delle opere pie e le loro modalità di gestione assumevano notevole importanza. Infatti, mentre nel 1876, dei circa 18.000 medici, 8.903 risultavano inseriti nelle condotte, tra il 1885 e il 1905 i professionisti privati aumentano del 39%, i condotti, invece, del 20%.

Questo significa che tra la fine dell'Ottocento e la Prima Guerra Mondiale molti medici svolgevano la loro attività nelle opere pie, come nel caso di Napoli dove una miriade di confraternite, associazioni e sodalizi si servivano dei medici per compiti puntualmente definiti negli statuti di ciascuna istituzione.

Una parte consistente di tale attività riguardava la tutela della infanzia abbandonata, dato che nel 1896 risultavano assistiti nei brefotrofi circa 132.000 fanciulli, situazione che si aggravò al termine della Prima Guerra Mondiale per le centinaia di migliaia di orfani dei 680.000 caduti.

Ma anche nel campo degli adulti, le opere pie tentavano di aiutare centinaia di migliaia di reduci invalidi, compito che si presentava assai arduo per il crollo della rendita fondiaria conseguente alla generale situazione economica del Paese.

Per il timore che l'intera rete assistenziale crollasse, il R.D. 30 dicembre 1923, n. 2841 riprendeva, intanto, la dizione già adottata con la Legge 390 del 1904 voluta da Giolitti, e quindi riconobbe le “Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza”, in tal modo dando alle stesse il riconoscimento della pubblica funzione e, contemporaneamente, diminuendo la funzione di controllo rigido dello Stato, per il timore dell'inaridirsi delle fonti di sostentamento degli istituti.

Durante il fascismo, quindi, al di fuori della materia previdenziale che non è pertinente con le finalità del presente volume, le sole attività assistenziali sanitarie svolte al di fuori delle citate istituzioni sono state quelle relative alla costituzione, nel 1925, dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia (ONMI), inizialmente deputata all'integrazione e al coordinamento delle circa 5.700 opere pie dedicate a questo settore di attività, delle quali però oltre 3.000 insediate in Piemonte e Lombardia, rispetto alle poche centinaia esistenti nel Mezzogiorno e nelle Isole, il che obbligò lo Stato, con riforme dal 1933 al 1938, ad assumere un

diretto controllo per assicurarne un maggiore equilibrio territoriale e finanziario.

Le altre due attività sanitarie connesse con le finalità delle istituzioni riguarderanno, nel 1933, la trasformazione delle relative Casse nazionali in, rispettivamente, l'Istituto nazionale fascista di previdenza sociale, con lo sviluppo di una importante rete sanatoriale, e dell'Istituto nazionale fascista contro gli infortuni sul lavoro, con l'avvio della rete dei Centri Traumatologici Ortopedici (CTO), per la cura e la riabilitazione degli infortunati sul lavoro.

Con la Carta del Lavoro del 1927, il Governo provvedeva all'istituzione delle "corporazioni", che riunivano le organizzazioni nazionali dei vari fattori della produzione per un "determinato ramo" o per una o più "categorie di imprese".

In questo quadro si inserisce il passaggio dalle "Casse di mutua assistenza", già attive su base volontaria sin dalla fine dell'Ottocento, alle "Casse mutue malattia", cioè oltre 5.000 istituzioni tipicamente corporative, quindi legate alla capacità contributiva delle diverse categorie professionali, oltre tutto sprovviste di personalità giuridica, il che creava non pochi problemi nella definizione dei rapporti con i medici e con gli ospedali.

È anche con questo eterogeneo mondo, costituito nel 1938 da poco meno di 15 milioni, tra assicurati e familiari, che si dovevano confrontare, infatti, i circa 30 mila medici dell'epoca, ancora equilibratamente suddivisi tra condotti e liberi professionisti.

È solamente verso la fine della Seconda Guerra Mondiale che vengono costituiti:

- l'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per i dipendenti Statali (ENPAS) nel 1942;
- l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM) nel 1943, ed è dello stesso periodo l'obbligatorietà di iscrizione all'assistenza di malattia per
- l'Istituto Nazionale per l'Assistenza dei Dipendenti degli Enti Locali (INADEL)
- dell'Ente Nazionale di Previdenza per i Dipendenti da Enti di Diritto Pubblico (ENPDEDP).

Al termine della guerra, numerosi enti e casse verranno istituite accanto a quelle già citate, tra le maggiori la Federazione Artigiani, la Federazione Coltivatori Diretti, la Federazione Commercianti e le Casse Mutue di malattia di Trento e Bolzano.

Oltre ad una estensione a sempre più numerose categorie, una svolta decisiva sulla mutualità si ebbe con la Legge 841 del 1953, che estendeva l'assistenza di malattia ai pensionati dello stato e ai loro familiari, e con la Legge 692 del 1955, che estendeva tale beneficio a tutte le altre categorie di pensionati e ai loro familiari.

Una serie di ulteriori provvedimenti hanno poi compreso nell'assistenza il parto normale ed esteso il periodo di assistenza ospedaliera a 180 giorni, un provvedimento importante ma insufficiente rispetto a una popolazione che cominciava lentamente ad invecchiare, con 4.257.079 persone di 65 anni e oltre, pari all'8,6% della popolazione totale che, nel 1955, contava 49.190.511 unità.



Per questo motivo un D.M. del 21 febbraio 1956 stabiliva le “Malattie da considerarsi specifiche della vecchiaia”, precisando che le stesse erano assistibili senza limiti di durata *«quando gli accertamenti diagnostici, le cure mediche o chirurgiche non siano normalmente praticabili a domicilio, ma richiedano apprestamenti tecnici o scientifici ospedalieri»*.

Era in questo quadro che dovevano muoversi i medici di medicina generale, compresi i condotti, che contraevano rapporti convenzionali con istituzioni che avevano regole marcatamente differenti, tali da non consentire in modo ordinato e programmato la relativa attività. Lo stesso si può dire per i medici pediatri, ma non per gli specialisti ambulatoriali, perché molti enti, in primo luogo l'INAM, contavano sulle proprie strutture per la erogazione delle relative prestazioni, svolte spesso dai medici ospedalieri, ai quali tale pratica non era inibita.

Nel tempo il sistema non poteva reggere, soprattutto dopo la attuazione, nel 1968, della seconda riforma ospedaliera, dopo quella del 1938 che aveva dato un preciso assetto tecnico-sanitario alla rete ospedaliera, la quale, tuttavia, era costituita da presidi appartenenti alla IPAB, quindi geograficamente e patrimonialmente assai eterogeneamente distribuite, con la consueta, ed accentuata, differenziazione tra il Nord e il Centro, rispetto al Mezzogiorno con le Isole.

La Legge 132 del 1968, con i relativi decreti delegati del 1969, costituiva, invece, gli enti ospedalieri pubblici retti da consigli di amministrazione politici che si avvalevano del Consiglio dei sanitari, quale organo dell'ente a carattere consultivo per tutto ciò che atteneva la materia tecnico-sanitaria.

L'intento della legge era quello di programmare su scala nazionale e regionale, per tener conto della evoluzione scientifica, tecnologica ed organizzativa avvenuta rapidamente negli anni successivi alla fine della guerra, e di far ciò avvalendosi istituzionalmente del parere dei medici, un primo esempio quindi di “governo clinico”.

Purtroppo la programmazione su scala nazionale non fu attuata, il modello degli ospedali zionali, provinciali e regionali spinse molte amministrazioni a puntare verso le classificazioni di livello più elevato, il che consentiva non solamente maggior prestigio e potere, ma anche una retta giornaliera di degenza più alta.

La Legge 132/1968, infatti, mantenne come modalità di remunerazione degli ospedali la retta di degenza (art. 32), la quale veniva determinata dal consiglio di amministrazione di ciascun ente ospedaliero.

La conseguenza di tutto ciò, unitamente al naturale accrescersi delle esigenze assistenziali e tecnologiche, avviarono le premesse per il fallimento dell'assicurazione sociale di malattia.

### **Riferimenti bibliografici**

- Baldi GM. *Riforme assistenziali e previdenziali ed organi centrali della Pubblica Amministrazione*. In: Amministrazione della Sanità Pubblica. Editrice Nocchioli, Firenze 1957.
- Savoini V. *L'assistenza sanitaria all'anziano*. In: Atti del VI Congresso medico-sociale O.N.P.I. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1963.
- Guzzanti E. *Le assicurazioni sociali di malattia*. In: Guzzanti E, Tripodi P. L'ospedale e la Medicina Sociale. Istituto Italiano di Medicina Sociale. Roma 1966.
- Cosmacini G. *Storia della Medicina e della Sanità in Italia*. Edizioni Laterza, 1987.
- Cosmacini G. *Storia della Medicina e della Sanità nell'Italia contemporanea*. Edizioni Laterza, 1994.
- Frascani P. *I medici dall'Unità al fascismo*. In: Malatesta M. Storia d'Italia, Annali, Vol. X "I Professionisti". Edizioni Einaudi, Torino 1996.
- Sepe S. *Le amministrazioni della Sicurezza Sociale nell'Italia Unita (1961-1998)*. Giuffrè Editore, 1999.

## capitolo 2

---

### *Verso la istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*



## 2.1 La transizione dalle assicurazioni sociali di malattia al Servizio Sanitario Nazionale: il significato ed i contenuti della Legge 386/74

**Elio Guzzanti**

In un precedente capitolo del volume è stato ricordato il ruolo determinante sulla funzionalità ed i costi delle assicurazioni sociali per le malattie svolto dalle leggi del 1953 e del 1955, che hanno esteso, rispettivamente, l'assistenza di malattia ai pensionati dello Stato e ai loro familiari, e successivamente ai titolari di pensioni per invalidità, vecchiaia e superstiti, ai titolari di rendite da infortunio sul lavoro o da malattie professionali, nonché ai familiari dei pensionati, purché conviventi e a loro carico.

Considerato, peraltro, che le assicurazioni sociali per le malattie concedevano, in genere, non più di 180 giorni l'anno di assistenza ospedaliera, il 21 febbraio 1956 un D.M. stabiliva le “malattie da considerarsi specifiche della vecchiaia”, precisando che le stesse erano “assistibili senza limiti di durata, dopo l'età pensionabile, purché siano suscettibili di cure ambulatoriali e domiciliari”. Si considerava, altresì, che “per tali forme morbose è analogamente concessa la assistenza ospedaliera, quando gli accertamenti diagnostici, le cure mediche o chirurgiche non siano normalmente praticabili a domicilio, o richiedano apprestamenti tecnici e scientifici ospedalieri”.

Per comprendere il complesso intreccio tra queste norme, oltre le altre che verranno di seguito citate, e la dinamica assistenziale e finanziaria delle assicurazioni sociali per le malattie, è opportuno fissare alcuni elementi caratterizzanti l'anno 1955, cioè la situazione presente all'avvio delle nuove modalità assistenziali stabilite dallo Stato per tener conto della evoluzione demografica ed epidemiologica in corso.

<b>Anno 1955</b>		
Popolazione	49.190.511	
Persone di 65 anni e oltre	4.247.079	8,6%
Posti letto	380.610	7,7 x 1000 abitanti
Dimessi dagli ospedali	3.099.046	63 x 1000 abitanti
Degenze	104.244.000	
Occupazione media	75%	
Degenza media	31 giorni	

Riguardo a questi dati occorre considerare che:

- Dei posti letto, solo il 59,1% si riferiva alla ospedalità per acuti, pubblica e privata, mentre i restanti erano per la psichiatria (25%) e la tubercolosi;
- Dei dimessi, il 95,6% si riferivano alla ospedalità per acuti, e gli altri alla psichiatria e alla tubercolosi;
- Delle degenze, il 52,5% si registrava nella ospedalità per acuti, il 30% nella psichiatria e le restanti nel settore sanatoriale per la tubercolosi;
- La degenza media dell'ospedalità per acuti era di 17 giorni.

Tenendo presente che in base alle norme vigenti, originariamente definite dalla Legge Crispi del 1890 sulle Istituzioni Pubbliche di Beneficenza, poi modificate dal regio decreto del 1923 come Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, nonché degli obblighi delle Province per l'assistenza psichiatrica e dell'INPS, per la parte sanatoriale, la Legge 251 del 1954, considerando il ruolo assunto da circa un decennio dalle assicurazioni sociali per le malattie, stabiliva gli obblighi al pagamento della retta di degenza ospedaliera da parte dell'istituto mutualistico o assicurativo di diritto pubblico al quale l'infermo era iscritto.

Si precisava, altresì, che “le controversie tra province, comuni, istituti mutualistici ed assicurativi di diritto pubblico, consorzi provinciali antitubercolosi ed istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza per il rimborso delle spese di ospedalità, sono decise in via amministrativa dal Prefetto della provincia in cui ha sede l'istituzione che ha effettuato il ricovero”.

Da questo quadro emerge come, sin dall'origine, l'assicurazione sociale per le malattie e gli altri enti ed organismi citati hanno sviluppato una tale complessità di rapporti da rendere difficile la propria attività anche ai medici, sia ospedalieri che extraospedalieri, anch'essi coinvolti nel contenzioso burocratico, talvolta anche oltre il già gravoso impegno clinico.

Per quanto riguarda l'assistenza extraospedaliera, sono significativi i dati rilevabili dall'INAM, che rappresentando oltre il 58% dei fruitori delle assicurazioni sociali per le malattie permette di confrontare l'impegno profuso nel tempo nei vari ambiti e per il complesso degli assicurati, con particolare riferimento ai pensionati titolari (esclusi, quindi, i familiari), che mentre nel 1956 costituivano il 16% degli assicurati, già nel 1961 erano aumentati al 23,2%.

Nel 1961 il settore pensionati, titolari e familiari, aveva fruito di 36 milioni di visite, pari a 9,64 prestazioni per assistibile contro 6,58 nel complesso degli assistiti.

Per le prescrizioni farmaceutiche i rispettivi valori erano 11,28 contro 8,97; per le prestazioni ambulatoriali e specialistiche 2,41 contro 2,14; per i ricoveri in ospedale 10,95 contro 8,75, con una degenza media del settore pensionati di 18,67 giornate contro 13,34 degli altri settori. L'incremento della spesa ospedaliera è stato pari al 158% tra il 1956 e il 1961.

Ai fini dell'Assistenza Primaria, è interessante notare la erogazione di prestazioni

medico- generiche a favore dei pensionati rispetto agli altri settori di assistiti dell'INAM, sia ambulatoriali, sia domiciliari.

Nel 1956, i pensionati fruivano di 3,50 visite ambulatoriali e 3,10 domiciliari, contro, rispettivamente, 2,88 e 2,12 del complesso degli altri assistiti.

Dati successivi, sempre riferiti all'INAM e che si spingono fino all'epoca della cessazione di attività dell'Istituto, non rendono possibile il separare i pensionati perché si riferiscono al totale degli assistiti, i quali:

- nel 1964 hanno fruito di 8,26 visite medico-generiche, di cui 5,89 in ambulatorio e 2,37 a domicilio (28,7%);
- nel 1976 il numero delle visite è aumentato a 12, di cui 9,65 in ambulatorio e 2,40 a domicilio (20,0%).

Come già accennato in un precedente capitolo del volume, la riforma ospedaliera di cui alla Legge 132 del 1968, con i relativi decreti delegati del 1969, ha avuto il merito di trasformare in enti ospedalieri pubblici le preesistenti istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, ma anche di adeguare gli ospedali agli sviluppi delle tecnologie e delle specializzazioni che pochi anni prima, negli Stati Uniti, avevano portato alla formulazione ed alla adozione del concetto della *"Progressive Patient Care"*. Si prendeva atto, cioè, che il progresso delle conoscenze e delle pratiche mediche richiedeva la differenziazione delle attività ospedaliere per intensità di cura, concetto che si estendeva anche alla programmazione extraospedaliera, con *l'home care* e la *long-term care*, concetto quest'ultimo raccolto dalla Legge 132 a proposito del "piano regionale ospedaliero", che doveva distinguere il fabbisogno dei posti letto "per acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti".

Accanto a questi elementi positivi, avendo la legge mantenuto il finanziamento degli ospedali mediante la retta giornaliera di degenza, che doveva tener conto non solo delle spese correnti, ma anche di una parte della spesa per il rinnovo e l'ammodernamento delle attrezzature, si sono in tal modo determinate le condizioni per la tendenza ad aumentare i posti letto, e quindi le giornate di degenza remunerate, ma anche per puntare al riconoscimento dell'ente ospedaliero verso la parte più alta della gerarchia degli ospedali stabilita dalla legge, cioè gli ospedali di zona, quelli provinciali e gli ospedali regionali, vuoi per ragioni di prestigio delle istituzioni locali, vuoi per la più sostanziosa retta da poter ottenere.

Accanto a queste ragioni, l'evoluzione demografica ed epidemiologica veniva accentuando i bisogni di una popolazione che invecchiava, e contemporaneamente, il progresso scientifico, tecnologico e farmacologico faceva sentire tutto il suo peso.

I dati in precedenza ricordati circa l'evoluzione nel tempo delle prestazioni erogate dall'INAM, già di per sé significative, uniti a quelli del restante ambito delle assicurazioni sociali per le malattie, hanno delineato un quadro complessivo tale da determinare la promulgazione della Legge 17 agosto 1974, n. 386, recante "norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il

finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria” .

Prima di entrare nel merito del provvedimento, appare opportuno esporre dati e considerazioni derivanti dalla relazione tenuta alla Camera dal Ministro della Sanità pro-tempore (On.le Vittorino Colombo), nel 1974, in occasione della presentazione di un disegno di legge sulla “istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”.

Veniva, intanto, riportato l'andamento della spesa mutualistica nell'ultimo decennio, passata da meno di 900 miliardi nel 1964 ad oltre 4500 miliardi nel 1974, con un incremento annuo del 17,45%, rispetto ad una crescita annua del PIL dell'11,4%. Tale andamento era legato all'azione congiunta dell'aumento della popolazione assicurata (12%), dell'aumento della frequenza delle prestazioni (24%) e dell'aumento del costo unitario delle prestazioni (64%).

Analizzando i dati INAM per gli anni 1962-1972 si rilevava che il numero medio di prestazioni per assicurato era così aumentato nei diversi ambiti:

Medicina generale	55,3%
Farmaceutica	72,8%
Ospedaliera	70,6%
Radiologia	67,7%
Laboratorio	398,1%

In termini di costo (valori assoluti in miliardi) tra il 1964 e il 1974 nei maggiori enti mutualistici:

La Medicina generale era passata da	158	a	596	miliardi	(+ 438)
L'Assistenza ospedaliera era passata da	304	a	2.364	miliardi	(+2.060)
La Farmaceutica era passata da	213	a	736	miliardi	(+ 523)
La Specialistica e altre era passata da	113	a	550	miliardi	(+ 437)
<b>Tutte le prestazioni sanitarie da</b>	<b>788</b>	<b>a</b>	<b>4.246</b>	<b>miliardi</b>	<b>(+3.458)</b>
Spese di amministrazione da	102	a	288	miliardi	(+ 182)
	<b>890</b>		<b>4.534</b>		

In termini percentuali di costi, la evoluzione dei singoli ambiti era stata la seguente:

Medicina generale:	dal 17,7 del 1964 al 13,1 del 1974
Assistenza ospedaliera:	dal 34,1 del 1964 al 52,1 del 1974
Farmaceutica:	dal 23,9 del 1964 al 16,2 del 1974
Specialistica e altre:	dal 12,7 del 1964 al 12,1 del 1974
Spese di amministrazione:	dal 11,5 del 1964 al 6,4 del 1974

La citata relazione del Ministro affermava, tra l'altro, che “il passaggio delle competenze statali alle Regioni, in attuazione dell'art. 117 della Costituzione ha mes-



so in atto un processo politico nuovo, attraverso il quale viene maturando sempre più nella coscienza del Paese un marcato apprezzamento delle prospettive che si aprono ai singoli e alla comunità per superare antiche contraddizioni o contrapposizioni, quali quelle di “indigente-abbiente”, e “lavoratore-cittadino”, e per raggiungere nella dimensione locale un qualificato livello di vita comunitaria”.

Il riferimento è al D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4, che aveva trasferito alle Regioni a statuto ordinario una serie di funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria, tra le quali alcune assai rilevanti ai fini dell’Assistenza Primaria, quali la “istituzione, modifica e soppressione delle condotte medico-chirurgiche e ostetriche e gli altri servizi comunali e provinciali di assistenza sanitaria”; “i concorsi, lo stato giuridico, il trattamento economico e l’interinato dei medici e delle ostetriche condotti e degli altri sanitari addetti ai servizi comunali e provinciali di assistenza sanitaria”; “la costituzione di consorzi per il servizio di assistenza medico-chirurgica ed ostetrica”.

La situazione di questo settore, rilevabile dalle tabelle allegate alla relazione e riferite al 31 dicembre 1972, mostrava la presenza in Italia di 9.015 condotte mediche (di cui 327 scoperte), e di 7.110 condotte ostetriche (di cui 911 scoperte).

Si evidenziava, altresì, che su 8.144 Uffici sanitari comunali, 6.329 erano “con incarico attribuito al medico condotto”.

A commento dei dati e delle informazioni riportate, la relazione affrontava il problema della mutualità, “sistema certamente benemerito ma decisamente superato” perché “basato sui concetti assicurativi che consentono di intervenire solo al verificarsi dell’evento protetto, cioè al verificarsi della malattia”. Poiché la spesa sanitaria complessiva sostenuta in Italia nel 1971 assommava a 4.300 miliardi, di cui 2.700 di spesa mutualistica e 1.000 di spesa sostenuta direttamente dai singoli cittadini, erano solo 600 i miliardi spesi dalle Regioni e dagli enti locali, cioè dalle istituzioni alle quali faceva capo l’attività di prevenzione. Di questi ultimi miliardi, inoltre, il 50% era stato utilizzato per finanziare prestazioni mediche ed ospedaliere.

Si imponeva, quindi, un radicale cambiamento, e “non solo sotto il profilo economico-finanziario”, ma anche organizzativo e culturale.

Occorreva, infatti, “una radicale riallocazione delle risorse dalla cura alla prevenzione e riabilitazione, e nell’ambito dello stesso settore curativo, ove particolare attenzione va attribuita alla medicina di primo intervento”.

Commentando il dato di 101.300 medici iscritti agli albi professionali (30 settembre 1971), di cui 59.649 medici generici (compresi circa 9.000 condotti), 20.493 ospedalieri e universitari, 16.451 specialisti ambulatoriali (oltre a circa 10.000 medici pensionati), si affermava che “la domanda di prestazioni sanitarie è solo in parte determinata dall’assistito: in realtà essa viene interpretata ed espressa dal medico di primo intervento (l’attuale medico generico) dalla cui capacità e coscienza professionale e dalla integrazione con gli enti operativi e presidi sanitari, dipende in larga misura il buon andamento anche economico dell’intero settore sanitario. Non si esagera affermando che il buon esito della riforma dipende soprattutto dall’orga-

nizzazione periferica dei servizi medici di base che si saprà porre in atto e dalla preparazione di cui si sapranno dotare i medici di primo intervento”

A completamento della relazione, veniva presentata la tabella che segue, a dimostrazione della situazione della mutualità nel 1974, cioè l'anno nel quale è stata promulgata la Legge 386 del 17 agosto 1974, i cui contenuti essenziali verranno quindi esposti.

<b>Anno 1974</b>	
<b>Popolazione: 55.645.227, di cui 6.514.214 di 65 a. e oltre (11,7%)</b>	
<b>Enti</b>	<b>Assistiti (migliaia)</b>
INAM	30.008
ENPAS	5.520
INADEL	2.520
ENPDEDP	1.237
ENPALS	161
C.M. Trento	236
C.M. Bolzano	197
Feder. Artigiani	3.960
Feder. Coldiretti	4.688
Feder. Commercianti	2.825
<b>TOTALE</b>	<b>51.352</b>

<b>Spesa sostenuta dai 10 Enti (97% del totale della spesa mutualistica) (miliardi di lire)</b>			
4.534, di cui:	2.364	Ospedali	(52,1%)
	736	Farmaci	(16,2%)
	596	Med. Generale	(13,1%)
	550	Specialistica	(12,1%)

**Legge 17 agosto 1974, n. 386**

**Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria.**

La predetta legge è di grande significato perché ha rappresentato una fase importante di transizione tra i primi trent'anni di assistenza sanitaria attuata nell'Italia del

secondo dopoguerra, e gli anni che seguiranno, per arrivare fino al tempo attuale.

Le dinamiche, le caratteristiche, gli aspetti positivi, ma anche i limiti nel sistema delle assicurazioni sociali di malattia, sono stati già descritti, e tutto ciò dettava l'esigenza di una profonda riforma del complesso assistenziale, tanto profonda da non poter essere varata da un giorno all'altro, e tale tuttavia da richiedere una ragionevole "soluzione ponte".

In questa prospettiva, la legge stabiliva:

1. Le modalità e l'entità delle operazioni finanziarie da effettuare per l'estinzione dei crediti vantati dagli enti ospedalieri ed altri istituti di ricovero pubblici e privati nei confronti degli enti mutualistici e, nell'ambito delle residue disponibilità, dai comuni;
2. I compiti in materia di assistenza ospedaliera degli enti anche previdenziali che gestiscono forme di assistenza contro le malattie, nonché delle casse mutue anche aziendali, comunque denominati e strutturati, sono trasferiti alle Regioni a statuto ordinario e speciale le quali erogano le relative prestazioni in forma diretta e senza limiti di durata agli iscritti e rispettivi familiari che ne abbiano titolo avvalendosi degli enti ospedalieri nonché, a seguito di convenzioni stipulate, delle cliniche universitarie, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di altri istituti ed enti previsti dalle leggi vigenti, e qualora sia necessario, delle case di cura private in possesso dei requisiti previsti dalla Legge 132 del 1968.

Sino alla data di entrata in vigore della legge di riforma sanitaria, le Regioni erogano, altresì, l'assistenza ospedaliera in forma indiretta nei confronti dei soggetti assistibili che ne abbiano diritto in base ai vigenti ordinamenti dei rispettivi enti o casse mutue di malattia.

I soggetti non assistibili da enti o casse possono ottenere l'assistenza ospedaliera mediante l'iscrizione in appositi ruoli per un importo pari alla spesa media capitaria annua rilevata dall'INAM per l'anno 1974 e dalle Regioni di residenza o dalle Province Autonome di Trento e Bolzano per gli anni successivi.

3. Fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria è vietato:
  - a. Istituire da parte degli enti ospedalieri nuove divisioni, sezioni o servizi quando questi non rispondano a specifiche inderogabili esigenze di assistenza sanitaria delle comunità locali che non possano essere soddisfatte mediante utilizzazione di analoghe strutture esistenti in ospedali limitrofi e quando questi, nel caso delle cliniche e degli istituti universitari convenzionati, non rispondano ad imprescindibili esigenze didattiche e di ricerca.
  - b. Aumentare gli organi degli enti ospedalieri e assumere, anche temporaneamente, nuovo personale salvo la sostituzione del personale cessato dal servizio, in aspettativa, o in congedo per gravidanza e puerperio.

4. Con decreto del Ministro per la sanità, di concerto con i Ministri per il tesoro e il lavoro e la previdenza sociale, sarà stabilita la data, non successiva al 31 dicembre 1974, dalla quale diventa operativo il trasferimento alle Regioni a statuto ordinario e speciale dei compiti in materia di assistenza ospedaliera precedentemente citati.
5. A decorrere dal 1 gennaio 1975 nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità è istituito un capitolo denominato "Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera" destinato al finanziamento della spesa per l'assistenza ospedaliera stessa, per l'impianto, la trasformazione e l'ammodernamento degli ospedali, escluse le opere edilizie, per il rinnovo e l'adeguamento delle loro attrezzature sanitarie.
6. Con deliberazione del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro per il tesoro e del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale, sono determinati i parametri relativi al riparto alle Regioni del fondo per l'assistenza ospedaliera.

I parametri devono essere determinati numericamente per le singole Regioni in base agli elementi demografici, igienico-sanitari, al numero dei posti-letto, alla durata media della degenza, allo stato delle strutture, attrezzature e servizi ospedalieri, agli indici socio-economici, alla mobilità della popolazione, tenendo conto dell'esigenza di pervenire all'erogazione di prestazioni uniformi e di eliminare le differenze tra i servizi ospedalieri delle varie Regioni, con particolare riguardo a quelle meridionali e insulari.

7. Le Regioni provvedono alla ripartizione di tali fondi per la parte corrente in base a criteri obiettivi da determinare con legge regionale entro il 31 dicembre 1974.
8. Con effetto dal 1 gennaio 1975 è abolita in relazione al finanziamento della spesa ospedaliera previsto da presente decreto, la retta di degenza di cui all'articolo 32 della Legge 12 febbraio 1968, n. 132.
9. Il CIPE verifica annualmente l'andamento della gestione del fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera ed i livelli qualitativi e quantitativi di assistenza ospedaliera assicurati sull'intero territorio nazionale.
10. Con D.P.R., da emanarsi il 1 luglio 1975, sono sciolti i consigli di amministrazione dell'INAM, dell'ENPAS, dell'INADEL, dell'ENPDED, dell'ENPALS, e delle Federazioni nazionali delle casse mutue degli artigiani, commercianti, e coltivatori diretti. Con il medesimo decreto sono nominati i commissari straordinari per la temporanea gestione degli enti stessi fino al compimento del biennio

dalla data del decreto, quando sono estinti tutti gli enti e le gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, le cui funzioni e le relative strutture sono ripartite, secondo le rispettive competenze, tra lo Stato, le Regioni e gli altri enti territoriali per l'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale.

11. Con decreto del Presidente della giunta provinciale di Trento e del Presidente della giunta provinciale di Bolzano sono sciolti rispettivamente i consigli di amministrazione delle casse mutue provinciali di malattia di Trento e Bolzano.

Con il medesimo decreto sono nominati i rispettivi commissari straordinari per la temporanea gestione delle casse stesse, fino al compimento del biennio dalla data del decreto, quando sono estinti tutti gli enti e le gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico.

Alla attuazione delle norme fondamentali di riforma dei principi stabiliti dalla presente legge nella Regione Trentino - Alto Adige provvederanno rispettivamente la Regione Trentino - Alto Adige e le Province Autonome di Trento e di Bolzano secondo le rispettive competenze.

Nell'anno dell'avvio delle importanti norme di legge citate, la situazione si presentava nei termini seguenti:

Popolazione	56.014.166	
Persone di 65 a. e oltre	6.889.742	(12,3%)
Posti letto	588.103	(10,5 per 1000 abitanti)
Dimessi	9.714.107	
Degenza media giorni	16	
Occupazione media	76,3%	

Tra il 1955 e il 1975 si è registrata la seguente evoluzione:

La popolazione è aumentata di	6.823.655 unità	(+12,2%)
La popolazione di 65 a. e oltre è aumentata di	2.682.663 unità	(+38,3%)
I posti letto sono aumentati di	207.493	(+35,3%)
I dimessi dagli ospedali sono aumentati di	6.623.161	(+68,1%)
Le degenze sono aumentate di	59.546.000	(+36,3%)
Il numero di posti letto per 1000 abitanti è passato da	7,73 a 10,57	(+26,8%)

Oltre tutto, mentre alla metà degli anni '50 il totale dei posti letto era suddiviso in acuti 56,6%; psichiatrici 26,8; sanatoriali 16,6%; alla metà degli anni '70, invece, gli acuti rappresentavano il 75,4%; gli psichiatrici il 18,6% ed i sanatoriali il 6,1%.

Questo conferma come fosse oramai dominante nella spesa ospedaliera la com-

ponente mutualistica, sia numericamente, sia come costo della retta di degenza, certamente più elevata nel settore acuti, ma anche per il numero delle giornate di degenza, in relazione alla più elevata degenza media degli anziani, nonché della loro tendenza a ricorrere più frequentemente al ricovero ospedaliero. Ciò aveva determinato già nella seconda metà degli anni '60 la necessità di interventi dello Stato, volti a ripianare le gestioni mutualistiche in deficit per la sproporzione tra i contributi versati e le prestazioni erogate, tutte ragioni che hanno affrettato le misure adottate in vista della riforma sanitaria che, oltretutto, non era solo il modo per razionalizzare l'esistente, bensì la chiave per realizzare quel concetto di tutela della salute, individuale e collettiva, così fortemente affermato dall'art. 32 della Costituzione.

Nel complesso, quindi, le norme e i principi della Legge 386 del 1974 andavano nella direzione giusta, pur dovendo rimarcare che l'aver concesso la erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero "senza limiti di durata" aveva certamente lo scopo di favorire le esigenze di assistenza ospedaliera, in particolare degli anziani, oltre che di eliminare il contenzioso con i Comuni circa l'onere della ospitalità per gli indigenti, ma allora dovevano essere assunte altre misure sia a monte sia a valle degli ospedali.

Si è ricordato in precedenza, infatti, come in sede parlamentare si fosse affermato che "non si esagera affermando che il buon esito della riforma dipenda soprattutto dall'organizzazione periferica dei servizi medici di base che si saprà porre in atto e dalla preparazione di cui si sapranno dotare i medici di primo intervento". Se si fosse allora colta l'occasione per rendere possibile una nuova fisionomia dei servizi medici del territorio, si sarebbero rese migliori le condizioni dell'assistenza in genere e di quella degli anziani in particolare, per i quali adeguati servizi ambulatoriali, domiciliari e residenziali costituivano altrettante opportunità per evitare o limitare i ricoveri ospedalieri e la loro durata. Ciò non è avvenuto, ed anche la Legge 29 giugno 1977, n. 349, che al termine del biennio di gestione commissariale poneva fine al sistema mutualistico, non è riuscita a realizzare una Convenzione unica nazionale capace di attuare i principi affermati in Parlamento.

Comunque, la Legge 386 del 1974 ha imposto una svolta decisiva verso la riforma sanitaria, ma con aspetti non del tutto positivi per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, che è apparsa come la responsabile principale del fallimento dell'esperienza mutualistica, e questo ha pesato non poco sulla caratterizzazione della Legge 833 del 1978.

Per contro, l'aver affrontato con provvedimenti radicali il finanziamento degli ospedali, sia con l'abolizione della retta di degenza, sia e soprattutto con la creazione del Fondo nazionale, è stato fondamentale per riportare verso finalità più appropriate questa parte della assistenza sanitaria. Se i parametri di riparto del Fondo nazionale ospedaliero allora determinati saranno applicati al prossimo assetto federale del SSN, si potrà affermare che la Legge 386 del 1974 ha tracciato un percorso corretto per garantire che i Livelli essenziali di assistenza saranno erogati in tutte le Regioni secondo principi di equità e di solidarietà.

### **Riferimenti bibliografici**

- Savoini V. *L'assistenza sanitaria all'anziano*, in Atti del VI Congresso medico-sociale O.N.P.I., Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1963.
- Guzzanti E. *Le assicurazioni sociali di malattia*, in Guzzanti E., Tripodi F., *L'Ospedale e la Medicina Sociale*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma 1966.
- Coppini MA. *Gli aspetti tecnici ed economici della sicurezza sociale*, Corso di Cultura in Medicina Sociale 1971-1972, Arti Grafiche M. Danesi, Roma 1972.
- Colombo V. *Relazione alla Camera dei Deputati sulla crisi del sistema mutualistico e sul disegno di legge "istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"*, in *L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, Centro Studi del Ministero della sanità, Vol. I, Roma 1977.
- Frascani P. *I medici dall'Unità al Fascismo*, in Malatesta M., *Storia d'Italia*, Annali, Vol. X, "I professionisti", Edizioni Einaudi, Torino 1996.
- Sepe S. *Le amministrazioni della Sicurezza Sociale nell'Italia Unita (1861-1998)*, Giuffrè Editore, 1999.





## 2.2 I livelli essenziali di assistenza e le prestazioni garantite a seguito della istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

**Elio Guzzanti**

La Legge 23 dicembre 1978 n° 833, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, dichiara, anzitutto, che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale, che è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione.

Dichiara inoltre che 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 stabilimenti ospedalieri (in precedenza appartenenti agli Enti ospedalieri pubblici istituiti con la Legge 132 del 1968), sono strutture delle unità sanitarie locali. 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. Viene, quindi, affidato alla legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale, il compito di fissare: "i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini".

Nell'articolo 57 della stessa Legge si afferma che: "Con decreti del Presidente della Repubblica ... da emanarsi in conformità a quanto previsto dal piano sanitario nazionale, sono gradualmente unificate, nei tempi e nei modi stabiliti dal piano stesso, le prestazioni già erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome degli enti previdenziali".

Del piano sanitario nazionale tratta l'art. 53, stabilendo che: "le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale sono stabilite con il piano sanitario nazionale in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel Paese, particolarmente nelle Regioni meridionali".

È altresì previsto che: “Contestualmente alla trasmissione da parte del Governo al Parlamento del piano sanitario nazionale, il Governo presenta al Parlamento il disegno di legge contenente sia le disposizioni precettive ai fini della applicazione del piano sanitario nazionale, sia le norme per il finanziamento pluriennale del Servizio Sanitario Nazionale, rapportate alla durata del piano stesso, con specifica indicazione degli importi da assegnare al fondo sanitario nazionale”.

Dalla lettura di queste norme appare evidente che il legislatore fosse già allora ben consapevole delle difficoltà da superare e del lungo cammino da percorrere per attuare pienamente la riforma, ed ecco il perché della “gradualità” stabilita per l’assunzione dei provvedimenti volti a “unificare le prestazioni” sul territorio nazionale.

Era ben nota, infatti, la grande eterogeneità esistente tra gli erogatori in termini di organizzazione e distribuzione dei servizi e delle attività sanitarie, e quindi di tipologia e di numero delle prestazioni concesse, nonché di criteri per disciplinare la fruibilità delle stesse in termini di quantità massima consentita nel corso dell’anno per ciascuna tipologia.

Per arrivare alla “unificazione” occorre, quindi, riorganizzare i servizi nell’ambito della costituente Unità Sanitarie Locali, collegarli a quelli resi da altre istituzioni, pubbliche e private, riconosciute come erogatori, e disciplinare in modo unitario i rapporti con i professionisti non dipendenti ma convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale.

Solo così sarebbe stato possibile “fissare i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini”, un processo che si presentava complesso non solo per tutte le motivazioni sopra ricordate, ma anche assai oneroso sotto l’aspetto finanziario, data l’evoluzione in corso nella suddivisione specialistica e subspecialistica delle discipline mediche, in parallelo con l’affermarsi di nuove tecnologie a loro supporto.

Le “prestazioni sanitarie”, infatti, costituiscono l’insieme delle attività normalmente comprese tra le funzioni preventive, diagnostiche, curative e riabilitative svolte dagli esercenti le professioni sanitarie.

Poiché le funzioni non sono altro che i compiti assegnati a tali professionisti nell’ambito di attività organizzate per specifiche finalità, è evidente che il moltiplicarsi delle attività specialistiche e delle connesse tecnologie, e quindi l’ampliarsi della tipologia e del numero delle prestazioni sanitarie offerte, poneva allora, come pone tuttora, dei problemi di non facile soluzione, sia in termini organizzativi che sotto l’aspetto finanziario.

Da quanto sopra riportato sembra emergere, intanto, che il legislatore aveva ben chiaro il concetto che l’attuazione del Piano sanitario nazionale comportava degli oneri tali da non poterli considerare una “variabile indipendente” rispetto all’economia del Paese, soprattutto in un contesto internazionale già bruscamente risvegliato dalla illusione della crescita continua dopo le crisi petrolifere degli anni ’70, e divenuto molto più attento nei riguardi della spesa sanitaria, che presentava aspetti preoccupanti di incontrollabilità rispetto a tale contingenza.

Ed è stato verosimilmente l'intrecciarsi di queste difficoltà a far sì che il piano sanitario nazionale per il triennio 1980-1982, che a norma dell'art. 54 della Legge 833 del 1978 doveva essere presentato al Parlamento entro il 30 aprile 1979, ha trovato applicazione per la prima volta circa quindici anni dopo. Durante questo lungo periodo, peraltro, sono stati assunti dei provvedimenti che, pur non avendo caratteri di organicità tali da poter supplire alla mancanza del piano sanitario nazionale, ne hanno tuttavia affrontato taluni significativi aspetti.

Di particolare importanza appaiono quelli di seguito ricordati:

**A)** La Deliberazione CIPE 20 dicembre 1984, riguardante la ripartizione del fondo sanitario 1985 - parte corrente, che richiamandosi a quanto stabilito dall'art. 51, secondo comma, della Legge 833/1978, provvede alla ripartizione tra le Regioni dello stanziamento di detto fondo, stabilendo peraltro che: "al fine di garantire uniformità di livelli assistenziali ed eliminare progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le Regioni occorre prevedere standard di organizzazione e di attività cui debbono riferirsi le Regioni e le Unità Sanitarie Locali nell'impiego delle risorse del fondo sanitario nazionale".

I criteri adottati per la ripartizione di 38.060.500 milioni di lire sono i seguenti:

- a) assegnazione di una quota uniforme, pari al 34,4%, per funzioni e attività da finanziare su base capitaria, quali assistenza di base, farmaceutica, specialistica, altra assistenza, igiene e prevenzione;
- b) assegnazione di una quota relativa all'assistenza ospedaliera, pari al 59,8%;
- c) assegnazione di una quota per le attività a finanziamento differenziato, guardia medica e veterinaria, pari al 1,1%.
- d) assegnazione di una quota per le spese generali di gestione, pari al 4,7%.

Vengono quindi indicati i parametri adottati per la determinazione delle singole assegnazioni, mentre nell'Allegato A sono descritti gli "standard di organizzazione e di attività definiti ai sensi dell'art. 51, 2° comma, della Legge 23 dicembre 1978, n. 833".

**B)** La Legge 23 ottobre 1985, n. 595, recante "norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988", che introduce significative innovazioni, quali:

- 1) La definizione degli obiettivi generali del piano sanitario nazionale, e tra questi:
  - l'attivazione o il potenziamento dei servizi di prevenzione di utilità collettiva riguardanti il controllo sanitario dell'ambiente di vita e di lavoro, la vigilanza igienica sugli alimenti e la lotta alle sofisticazioni alimentari;
  - il potenziamento dei servizi territoriali di medicina di base e di igiene e sanità pubblica, nonché dei servizi specialistici ambulatoriali intra ed

- extraospedalieri anche per contenere i ricoveri nei limiti propri delle esigenze diagnostiche e curative;
- il potenziamento e coordinamento dei servizi di emergenza, con riguardo anche alle esigenze del servizio nazionale di protezione civile, con la distribuzione sul territorio e le modalità di coordinamento operativo, anche radioassistito, dei servizi di pronto intervento e di emergenza collegati funzionalmente ai servizi di guardia medica territoriale e ospedaliera, ai servizi di pronto soccorso e trasporto protetto degli infermi, ai servizi di cura intensiva e ai servizi trasfusionali.
- 2) La individuazione della “azione programmata”, quale impegno operativo in uno specifico settore sanitario in cui debba confluire l’attività di più servizi sanitari le cui competenze sono da considerarsi interdipendenti rispetto al fine proposto, nonché del “progetto obiettivo”, quale impegno operativo che funge da polo di aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, integrate da servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del progetto. Per ambedue queste iniziative sono previste risorse vincolate del FSN, eventualmente integrate da fondi di provenienza diversa nel caso dei progetti-obiettivo.
  - 3) Le disposizioni particolari in materia di organizzazione degli ospedali, che per la prima volta stabiliscono i parametri tendenziali di dotazione di posti letto per mille abitanti, una parte dei quali è destinata alla riabilitazione, unitamente alla definizione dei relativi standard di attività, al riconoscimento della ospedalizzazione a ciclo diurno, nonché alla introduzione del concetto delle aree funzionali omogenee quali misure di avvio della organizzazione dipartimentale.
  - 4) Il riconoscimento dei presidi e servizi di alta specialità, il cui elenco e i relativi requisiti verranno poi definiti dal D.M. 29 gennaio 1992, che rappresenterà il punto di riferimento principale per la individuazione delle Aziende Ospedaliere ai sensi del D.lgs 502 del 1992 e delle successive modifiche ed integrazioni.

Di particolare rilievo per la materia relativa ai Livelli essenziali di assistenza è poi la parte relativa al “Diritto alle prestazioni”, nella quale si stabilisce che per il triennio 1986-1988 sono confermate le prestazioni sanitarie e integrative attualmente erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, i cui livelli e le modalità di erogazione vengono annualmente verificati e comunicati dal Ministro della Sanità al Parlamento.

Al tempo stesso si delega il Governo ad emanare, entro novanta giorni, un decreto avente valore di legge ordinaria, per razionalizzare, coordinare e riunire in un testo unico le norme relative alle prestazioni da erogare da parte del Servizio Sanitario Nazionale al fine di garantire la loro uniforme applicazione in tutto il territorio nazionale.

**C)** La Legge 30 dicembre 1991, n. 412: “Disposizioni in materia di finanza pubblica”, nella quale si stabilisce, tra l’altro, che il Governo determina, con effetto dal 1 gennaio 1992, i livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità nel territorio nazionale, nonché gli standard organizzativi e di attività da utilizzare per il calcolo del parametro capitaro di finanziamento di ciascun livello assistenziale per l’anno 1992, tenendo presente peraltro che:

- detti standard sono determinati ai fini del finanziamento ma non costituiscono vincolo organizzativo per le Regioni e le Unità Sanitarie Locali;
- il parametro capitaro è finanziato in rapporto alla popolazione residente;
- nell’ambito del FSN è istituito un fondo di riequilibrio per sostenere le Regioni con dotazioni di servizi eccedenti gli standard;
- in ogni caso è garantita la somministrazione gratuita di farmaci salvavita ed il regime di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria già prevista dalle leggi vigenti.

**D)** Il D.P.R. 27 marzo 1992, “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”, un provvedimento che è nato sotto la spinta di fatti di cronaca negativi riguardo a tale problema, ma che ha comunque avviato un processo organico di razionalizzazione del settore, successivamente meglio articolato e dettagliato con l’Atto di intesa tra Stato e Regioni, dall’11 aprile 1996, di approvazione delle linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria.

**E)** La Legge 23 ottobre 1992, n. 421: “Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale”, che in materia sanitaria comprende anche il compito di definire principi relativi ai livelli di assistenza sanitaria uniformi e obbligatori espressi per le attività rivolte agli individui in termini di prestazioni, stabilendo comunque la individuazione della soglia minima di riferimento, da garantire a tutti i cittadini, e il parametro capitaro di finanziamento da assicurare alle Regioni e alle Province Autonome per l’organizzazione di detta assistenza, in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria.

**F)** La Legge 14 novembre 1992, n. 438 (di conversione del D.L. 19 settembre 1992, n. 384), che tra le “Misure urgenti in materia di previdenza, di sanità e di pubblico impiego”, comprende anche la definizione dei livelli uniformi di assistenza da garantire a tutti i cittadini a decorrere dal 1 gennaio 1993, da stabilire da parte del Governo, d’intesa con la Conferenza Stato-Regioni, e comunque: “ove tale intesa non intervenga, il Governo provvede direttamente entro il 15 dicembre 1992”.

**G)** Il D.P.R. 24 dicembre 1992, nel quale, in attuazione della Legge 438 del 1992,

si stabilisce che: “I livelli di assistenza si configurano come obiettivi che il Servizio Sanitario Nazionale assume di conseguire, a soddisfacimento di specifiche quote di bisogno sanitario, mediante un insieme di attività e prestazioni da porre in essere nell’ambito delle quote capitarie di finanziamento”.

I livelli di assistenza vengono così individuati:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- assistenza sanitaria di base
- assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale
- assistenza ospedaliera
- assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati
- attività di supporto alla organizzazione assistenziale.

Tale D.P.R. è stato annullato dalla Corte Costituzionale, con la sentenza 116 del 13 aprile 1994, per la mancata intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

**H)** Il D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502, nel quale si stabilisce che il piano sanitario nazionale dovrà indicare: “I livelli uniformi di assistenza da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione”.

**I)** Il D.P.R. 1 marzo 1994, con il quale viene adottato il Piano sanitario nazionale 1994-1996, adempiendo così dopo quindici anni a quanto stabilito in materia dalla Legge 833 del 1978.

Nel Piano si afferma, tra l’altro, che:

“La definizione di livelli uniformi di assistenza sanitaria intesi come l’insieme delle attività e delle prestazioni che debbono essere erogate dal SSN, è materia che risente più di altre della transizione da un sistema centralistico ad uno a responsabilità condivise tra Stato e Regioni. Da un lato appare marcata la finalità di garantire ai cittadini uguali opportunità di accesso e assicurare il soddisfacimento di una soglia minima di domanda di prestazioni sanitarie. Per altro verso, la indicazione di livelli si cala in contesti regionali molto diversi per cultura, caratteristiche socio-sanitarie, dotazioni strutturali, competenze tecnico-scientifiche, capacità gestionali nel settore sanitario (...).

Compete al Piano sanitario nazionale indicare i macrolivelli di assistenza sanitaria uniforme e gli obiettivi da conseguire per ognuno di essi in termini di domanda sanitaria da soddisfare. La funzione programmatica regionale dovrà poi definire le modalità organizzative per il perseguimento degli obiettivi secondo l’ordine di priorità definito dal Piano sanitario nazionale ed in funzione delle specifiche esigenze del territorio, e distribuire le risorse in relazione alle modalità organizzative adottate”. Il Piano poi conferma i sei “livelli uniformi di assistenza sanitaria” stabiliti dallo specifico D.P.R. del 24 dicembre 1992, e dettaglia le diverse funzioni che costituiscono la articolazione interna di ciascun livello.

**L)** Il Piano sanitario nazionale 1998-2000, approvato con il D.P.R. 23 luglio 1998, è ispirato al nuovo clima di cultura internazionale in tema di sanità, ed in particolare alla definizione delle priorità e alla individuazione di ciò che è essenziale attraverso la dimostrazione dell'efficacia clinica e della appropriatezza, senza peraltro rinunciare alla affermazione di taluni principi e valori fortemente sentiti dai cittadini.

Si afferma, infatti, nel Piano che il sistema delle garanzie del SSN si esprime operativamente nel processo di individuazione e specificazione dei livelli di assistenza che si realizza attraverso:

- la esplicitazione dei principi che guidano la definizione delle garanzie;
- la precisazione degli interventi e delle prestazioni da assicurare e l'individuazione dei criteri di appropriatezza dell'utilizzo dei servizi;
- la determinazione delle quote capitarie di finanziamento necessarie per i livelli di assistenza;
- la definizione degli strumenti operativi per il governo dei livelli di assistenza.

Si specifica poi che si tratta di livelli "essenziali" di assistenza, in quanto necessari per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione, che devono essere "uniformemente" garantiti su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute.

Vengono quindi così individuati i principi guida dei livelli di assistenza:

- il principio della dignità umana
- il principio della salvaguardia
- il principio del bisogno
- il principio della solidarietà nei confronti dei soggetti più vulnerabili
- il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi
- il principio dell'efficienza
- il principio della equità.

Il Piano tratta, inoltre, dei principi e criteri seguiti per escludere determinate prestazioni e servizi dai livelli di assistenza finanziati, ma questi verranno esposti a proposito dei contenuti del DPCM 29 novembre 2001, che per questa parte ha fatto riferimento al D.lgs 229 del 1999, nel quale sono riaffermati i principi e criteri contenuti nel Piano sanitario nazionale 1998-2000.

Quest'ultimo, circa la articolazione dei livelli di assistenza sanitaria, individua tre grandi aree di attività, e non sei come nel precedente Piano, e questo perché: "Le conoscenze acquisite nel corso del triennio 1994-1996 sui diversi modelli regionali di risposta ai bisogni di salute dei cittadini, le rilevanti modifiche inter-

venute in attuazione delle normative nazionali e regionali, nonché il mutato contesto socio-economico suggeriscono le precisazioni di una nuova articolazione dei livelli di assistenza”.

L’ “articolazione per aree di offerta” viene, pertanto, così individuata:

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro:
  - profilassi delle malattie infettive e diffuse
  - tutela dei rischi connessi con l’inquinamento ambientale
  - tutela dei rischi connessi con gli ambienti di vita e di lavoro
  - sanità pubblica veterinaria
  - tutela igienico-sanitaria degli alimenti
  
2. Assistenza distrettuale:
  - assistenza sanitaria di base
  - assistenza farmaceutica
  - assistenza specialistica ambulatoriale
  - assistenza territoriale e semiresidenziale
  - assistenza residenziale sanitaria
  
3. Assistenza ospedaliera:
  - assistenza per acuti (emergenza, ordinaria e in day hospital)
  - assistenza post-acuzie (riabilitazione ordinaria e in day hospital e lungodegenza)

Il Piano, che contiene altri rilevanti elementi che vengono qui omessi per brevità, sottolinea però un concetto importante che è di piena attualità, vale a dire che:

“Tutte le esperienze internazionali fin qui disponibili dimostrano che la definizione dei livelli di assistenza è un obiettivo socialmente e tecnicamente molto complesso, nonché in continuo divenire, in quanto deve tener conto del progresso scientifico e delle innovazioni tecnologiche che influenzano le valutazioni di efficacia e di appropriatezza delle prestazioni”.

In realtà il problema è ancora più complesso, perché le esperienze effettuate in diversi contesti, locali come nel caso dello Stato dell’Oregon negli Stati Uniti d’America, o nazionali, come la Svezia, i Paesi Bassi, la Nuova Zelanda e il Regno Unito, dimostrano che le scelte fondamentali da compiere in tema di assistenza sanitaria ruotano attualmente intorno a due concetti. L’uno riguarda l’efficacia clinica, della quale si è già fatto cenno, che peraltro presenta limiti oggettivi per la carenza di documentazioni attendibili in non pochi ambiti delle attività sanitarie e delle relative prestazioni, per non parlare del problema degli studi di costo-efficacia che allo stato attuale non possono davvero ritenersi risolutivi in molte circostanze.

L’altro concetto, invece, attiene ai valori sociali di riferimento, i quali sono perseguiti con grande attenzione dai cittadini, che oltre ad essere sempre più informati



delle tematiche sanitarie rispetto al passato, sono anche più consapevoli che la soddisfazione delle loro esigenze non può prescindere dagli aspetti qualitativi e di equità del sistema sanitario.

**M)** Il DPCM 29 novembre 2001 di Definizione dei Livelli essenziali di assistenza.

### **Principi e criteri generali**

I principi e criteri generali ai quali si ispira la definizione dei LEA sono così individuati nelle premesse al decreto:

- l'art. 1, commi 1,2,3,6,7,8 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, che riprendono e confermano le indicazioni del PSN 1998-2000 nei riguardi dei Livelli essenziali di assistenza;
- gli Accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, in particolare l'accordo dell'8 agosto 2001, che prevede l'impegno del Governo ad adottare, entro il 30 novembre 2001, un provvedimento per la definizione dei Livelli essenziali di assistenza, in relazione con le risorse definite nello stesso accordo, nonché quello sancito il 22 novembre 2001, relativo alla definizione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza;
- la Legge 16 novembre 2001, n. 405.

Da quanto sopra si ricava, in sintesi, che:

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività è garantita attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto;
2. Il Servizio Sanitario Nazionale assicura, in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale, nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;
3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio Sanitario Nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria.

Le prestazioni sanitarie comprese nei Livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e con le modalità previste dalla legislazione vigente;

4. I Livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi a:
  - l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
  - l'assistenza distrettuale
  - l'assistenza ospedaliera.
5. Sono posti a carico del Servizio Sanitario Nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche e di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate;
6. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio Sanitario Nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:
  - non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale;
  - non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
  - in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare la medesima esigenza, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.
7. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche e di efficacia, possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della Sanità.
8. Le prestazioni individuate dagli Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni per il raggiungimento degli obiettivi del PSN, ai sensi dell'art. 4 del D.lgs 28 agosto 1997, n. 281, fanno parte dei LEA nei limiti previsti dal grado di coerenza degli Accordi medesimi, desumibile da quanto in essi convenuto.

Sulla base dei principi e criteri sopra indicati, il DPCM 29 novembre 2001 definisce quindi “i livelli di assistenza sanitaria di cui agli allegati 1,2,3 e 3.1 che costituiscono parte integrante del presente decreto e alle linee-guida di cui all'allegato 4”.

Va peraltro ricordato che successivamente, il DPCM 16 aprile 2002 ha stabilito che al DPCM 29 novembre 2001 è aggiunto, come allegato 5, “l'allegato al presente decreto recante “Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa”.

Tutto ciò in considerazione che “il criterio dell'appropriatezza e quindi anche l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei Livelli essenziali di assistenza”.

**N)** La Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza.

A seguito di quanto disposto dalla Legge 15 giugno 2002, n. 112, con decreto del Ministro della Salute del 25 febbraio 2004 è stata costituita la “Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza” con il compito di “valutare, in relazione alle risorse definite, i fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione e all'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni in esse contenute”.

La Commissione, presieduta dal Ministro della Salute è composta da 14 membri (più altrettanti supplenti) designati per metà dal Ministro e per metà dalle Regioni; ne fanno parte il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, e partecipa ai lavori il direttore dell'Agenzia per i Servizio regionali.

La Commissione fin dal suo insediamento, nel luglio 2004, ha adottato una modalità di lavoro caratterizzata dalla divisione in sottogruppi, che hanno svolto l'istruttoria su tematiche specifiche, alle quali hanno partecipato come esperti sia rappresentanti delle Società scientifiche, sia i componenti dei 15 “Mattoni del SSN”, operanti presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con lo scopo di definire specifiche tematiche e comuni linguaggi da inserire nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

I sottogruppi, gli esperti e i rappresentanti dei singoli Mattoni relativi agli argomenti all'ordine del giorno, hanno poi riferito alla Commissione riunita in seduta plenaria, in media ogni 15 giorni per tutto il periodo 2004-2007.

Il 30 novembre 2004 è stato presentato alla Commissione un documento che sottolineava talune criticità, presenti nel già citato DPCM 2001, e proponeva un chiarimento su alcuni concetti e termini relativi alla materia in argomento, così da tracciare un percorso concettuale ed operativo per arrivare a:

- Concordare sui Livelli essenziali di assistenza, intesi come le tre grandi aree di offerta alle quali fanno riferimento le specifiche attività/servizi che sono ritenuti fondamentali per la tutela della salute vista nelle sue diverse espressioni;
- Identificare all'interno dei livelli la gamma delle attività/servizi che debbono essere organizzati per rispondere a ben definite finalità;
- Individuare nell'ambito di tali attività/servizi le singole prestazioni erogabili nei differenti ambiti assistenziali.

Per operare in tal senso, la Commissione ha adottato le seguenti definizioni:

<b>Livello</b>	Macro aree del sistema sanitario rappresentate, rispettivamente, dall'attività preventiva, dall'assistenza territoriale e dall'assistenza ospedaliera
<b>Sotto livello</b>	Sotto specificazione dei livelli che individua specifici settori di attività
<b>Servizio</b>	Insieme di attività organizzate unitariamente con la stessa struttura produttiva e con la stessa direzione operativa
<b>Attività</b>	Insieme di azioni con caratteristiche operative comuni e affidate ad una specifica equipe professionale che le realizza
<b>Prestazione</b>	È l'unità di prodotto che unificando diversi atti è destinata a raggiungere un obiettivo non ulteriormente scindibile

Sotto questo punto di vista, l'elenco che costituisce l'allegato 1 al DPCM e che si potrebbe definire la lista positiva, riporta i tre Livelli essenziali di assistenza attualmente riconosciuti, che rappresentano i pilastri su cui poggia l'intero Servizio Sanitario Nazionale, la Sanità pubblica, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Le voci riportate sotto ciascuno dei tre livelli, viceversa, individuano per lo più attività/servizi, le cui prestazioni non sono in gran parte codificate, o almeno non lo sono in maniera sufficientemente dettagliata.

Attualmente, infatti, in relazione ai concetti, metodi e modalità dei flussi informativi disponibili, è possibile rilevare in modo sufficientemente attendibile le prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero e le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Molto meno inquadrabili appaiono attualmente le prestazioni sanitarie riferibili a molte attività che ricadono negli attuali livelli di assistenza, in particolare per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, ma anche nell'assistenza distrettuale e nella stessa assistenza ospedaliera per alcuni ambiti particolari. Tutto ciò ha notevoli riflessi, sia nella prospettiva di fissare gli standard qualitativi e quantitativi dei Livelli essenziali di assistenza, come per l'esigenza di determinare la remunerazione delle prestazioni su base tariffaria, oppure definendo i costi di specifici programmi assistenziali ai quali il sistema tariffario non è agevolmente applicabile.

Partendo da queste premesse, poiché l'attuale disciplina dei LEA è quella che fa riferimento al DPCM 29 novembre 2001, è dall'esame di questa normativa che la Commissione deve partire per rispondere al mandato istituzionale di: "valutare, in relazione alle risorse definite, i fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione e all'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni in esse contenute".

Per tali finalità, vengono di seguito riportati i contenuti degli Allegati 1, 1C e 2C del citato DPCM.

## **ALLEGATO 1**

### **I. A Classificazione dei livelli**

“Le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio Sanitario Nazionale sono quelle riconducibili ai seguenti Livelli Essenziali di Assistenza”:

#### **I. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**

- A. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- B. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche in riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- C. Tutela della collettività e dei singoli rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro
- D. Sanità pubblica veterinaria
- E. Tutela igienico-sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- F. Attività di prevenzione rivolte alle persone
  - vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
  - programmi di diagnosi precoce
- G. Servizio medico-legale

#### **2 Assistenza distrettuale**

- A. Assistenza sanitaria di base
  - medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare
  - continuità assistenziale notturna e festiva
  - guardia medica turistica (su determinazione della Regione)
- B. Attività di emergenza sanitaria territoriale
- C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali
  - fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici classificati in classe A (e in classe C a favore degli invalidi di guerra), nonché dei medicinali parzialmente rimborsabili (Legge 405 del 2001)
  - fornitura di medicinali innovativi non autorizzati in Italia, ma autorizzati in altri Stati o sottoposti a sperimentazione clinica di fase II o impiegati per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate
- D. Assistenza integrativa
  - fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari
  - fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito
- E. Assistenza specialistica ambulatoriale
  - prestazioni terapeutiche e riabilitative
  - diagnostica strumentale e di laboratorio
- F. Assistenza protesica
  - fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali
- G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
  - assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale)

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

#### H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone anziane non autosufficienti
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

#### I. Assistenza termale

- cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie

### 3. Assistenza ospedaliera

- A. pronto soccorso
- B. degenza ordinaria
- C. day hospital
- D. day surgery
- E. interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle Regioni)
- F. riabilitazione
- G. lungodegenza
- H. raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
- I. attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti

Relativamente a quanto sopra esposto, non è condivisibile l'affermazione che le voci riportate sotto ciascuno dei tre livelli siano le "prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal SSN", perché la grande maggioranza sono attività/servizi, le cui prestazioni in gran parte non sono codificate, o almeno non lo sono in maniera sufficientemente dettagliata.

Ad esempio, per quanto riguarda la Prevenzione collettiva si afferma, a proposito della normativa vigente, che quest'ultima non contiene la lista delle relative presta-

zioni. Vengono quindi proposte “tutte le funzioni previste dalla normativa vigente”, vale a dire una lista di attività/servizi all'interno dei quali occorrerà tracciare ambiti qualificabili come prestazioni.

Per quanto riguarda l'Assistenza distrettuale, sono molte le attività/servizi le cui prestazioni sono definite come “genericamente descritte”, ad esempio con riferimento a taluni progetti obiettivo ed alle linee guida 7 maggio 1998 per le attività di riabilitazione.

Circa l'Assistenza ospedaliera, vi è da notare che non vi è compresa la specialistica ambulatoriale e questo può comportare dei fenomeni di distorsione interpretativa, sia per quanto riguarda la funzione che i costi dell'assistenza ospedaliera.

La mancata inclusione quasi certamente è dovuta al fatto che tutte le “prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale” sono comprese nella Assistenza distrettuale, ma così non è di fatto.

Occorre, quindi, fare chiarezza, organizzativa e finanziaria, circa attività/servizi ambulatoriali, e relative prestazioni, rese rispettivamente presso gli ospedali, i poliambulatori delle Aziende Unità Sanitarie Locali e presso gli specialisti convenzionati esterni.

Allo stato attuale questa chiarezza esiste certamente presso alcune realtà, Regionali e Aziendali, ma non esiste un quadro di riferimento nazionale, che è invece necessario anche ai fini di una corretta applicazione del nuovo modello LA per la rilevazione dei costi per livelli di assistenza, di cui al Decreto 18 giugno 2004.

Sempre a proposito dell'Assistenza ospedaliera, per quanto riguarda i ricoveri in regime ordinario, inclusi i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie, a proposito delle prestazioni il DPCM 29 novembre 2001 omette, a proposito di questi ultimi, i puntuali riferimenti contenuti nelle Linee guida 7 maggio 1998 per le attività di riabilitazione, che peraltro vengono citate nel quadro della Assistenza Distrettuale.

## **ALLEGATO 1C**

---

### **Area integrazione socio-sanitaria**

Circa le criticità relative a tale ambito, va ricordato quanto è stato convenuto in sede di Conferenza Stato-Regioni, il 29 luglio 2004, a proposito della Priorità 1 - Sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza. Si legge nel testo che “i progetti regionali in materia di sviluppo dei LEA non potranno prescindere dalla individuazione di concrete misure per l'applicazione dell'allegato 1C al DPCM 29 novembre 2001 relativo all'area della integrazione socio-sanitaria. Dall'analisi dei provvedimenti regionali di attuazione emerge infatti ancora con chiarezza la difficoltà della gran parte delle Regioni nell'applicare tali disposizioni. Per quanto concerne in particolare l'area della residenzialità e semi-residenzialità per le diverse tipologie di soggetti ospiti (anziani non autosufficienti, disabili in fase post-acuta e affetti da disabilità stabilizzate, malati in fase terminale, soggetti con problemi psichiatrici,

tossicodipendenti) le criticità evidenziate sembrano da attribuire principalmente al fatto che, in numerose Regioni, non è stato attivato un flusso informativo corrente che consenta di disporre, a cadenza regolare, dei dati indispensabili ad una corretta gestione del settore. Pertanto i soggetti regionali dovranno evidenziare eventuali strumenti di classificazione adottati anche per metterli a disposizione del “Progetto Mattoni”, nonché le procedure utilizzate per la rilevazione e la trasmissione delle informazioni ai competenti organi aziendali e regionali. Inoltre i progetti dovranno tendere a favorire l'integrazione inter-istituzionale delle aziende sanitarie locali e degli Enti locali per la definizione di percorsi integrati di assistenza socio-sanitaria a favore dei soggetti fragili, tramite l'elaborazione dei percorsi condivisi”.

## **ALLEGATO 2C**

### **Prestazioni potenzialmente inappropriate in rapporto alle modalità di erogazione**

Particolare attenzione merita tale Allegato che individua 43 DRG potenzialmente inappropriati se erogati in regime di ricovero, tra i quali se ne individuano 18 che sono riferibili a interventi e procedure invasive che potrebbero ricadere sotto il regime di ricovero ospedaliero in day surgery, attività che è citata nel Livello di Assistenza Ospedaliera unitamente al day hospital, ricordando peraltro che solo per l'attività di quest'ultimo si può risalire al D.P.R. 20 ottobre 1992.

Stando così le cose, inappropriato appare il criterio utilizzato per elencare i relativi DRG perché questi ultimi indicano solo le patologie, le quali vanno sempre valutate in rapporto alle singole caratteristiche delle persone che ne sono portatrici.

D'altro lato, nelle Linee di guida n.1/1995, sull'applicazione del D.M. 14 dicembre 1994 relativo alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, si ricordava, tra l'altro, che “anche a seguito dei lavori svolti da Commissioni del Consiglio Superiore di Sanità a partire dal 1993, è possibile adesso delineare le caratteristiche organizzative e funzionali della day surgery”, e venivano quindi fissate le tariffe relative ai “pacchetti” predefiniti di trattamento da applicare alle prestazioni di ricovero diurno di carattere chirurgico (day surgery).

La Circolare Ministeriale del 01/04/1997, recante le prime indicazioni per l'applicazione del D.M. 22 luglio 1996 sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali e le relative tariffe, riporta infatti che, nella seduta della Sezione II del Consiglio Superiore di Sanità, del 14 giugno 1995, il relatore così si esprimeva: “La Sezione III del precedente CSS ha già approfonditamente preso in considerazione il problema della regolamentazione delle attività chirurgiche, o assimilabili, da effettuare in regime di assistenza ospedaliera a ciclo diurno e, più estensivamente, a livello ambulatoriale, e la relazione della Commissione presieduta dal Professor Guzzanti verrà qui in gran parte direttamente ripresa”.

In ambedue le relazioni, quella del 1993 e quella del 1995, a titolo orientativo venivano allegati degli elenchi delle patologie trattabili in regime ambulatoriale o in day surgery, distinti per specialità, sempre sottolineando che l'inclusione in un elenco



non deve costituire alcun obbligo ad eseguire quel trattamento nel regime ivi indicato, così come non è escluso che l'esperienza e l'organizzazione di alcuni centri consenta di trattare in day surgery patologie non comprese nell'elenco.

Il ritardo accumulato in questo settore in Italia è grave, particolarmente nel momento in cui si insiste tanto sulla ricerca traslazionale e la innovazione, salvo a dare scarso rilievo alla ricerca sulla organizzazione e gestione dei servizi sanitari che pure, ed è il caso della day surgery, si era già mossa in questo ambito da oltre dieci anni. Peraltro, l'Accordo Stato-Regioni sulle Linee guida per l'organizzazione delle attività di Day surgery (1 agosto 2002, come rettificato il 25 settembre 2002), raccoglie le precedenti esperienze e i relativi studi, e allega un "elenco orientativo ed esemplificativo degli interventi e procedure chirurgiche effettuabili in day surgery", comprensivo di quelli che possono richiedere un unico pernottamento (contrassegnati con l'asterisco) e sottolinea l'esigenza di stabilire in modo esplicito i criteri di selezione e di esclusione dei pazienti, sia di natura clinica che socio-familiari. Sulla base di un aggiornamento di tale documento, sarà quindi più agevole formulare un concetto meglio articolato di appropriatezza o meno, così che i giudizi espressi siano sempre più vicini alla realtà clinica, a quella delle singole persone ed alle capacità dei gruppi assistenziali e non dipenda, invece, da automatismi di inclusione/esclusione.

L'Accordo in materia sottolineava, inoltre, che: "gli aspetti relativi alla disciplina dell'attività chirurgica ambulatoriale richiedono, per la loro complessità, una specifica valutazione e approfondimento nell'ambito di un separato provvedimento, da emanarsi in tempi ristretti...".

Non risulta che si sia ancora provveduto in tal senso, ed è invece necessaria ed urgente tale disciplina, sia in relazione a quanto sopra detto circa l'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera, sia per la auspicata attivazione di una nuova organizzazione della Assistenza Primaria territoriale, che potrà avvalersi di erogatori pubblici e privati, ospedalieri e non ospedalieri.

Sempre per quanto riguarda tali prestazioni, l'Allegato 2 C nell'elenco dei 43 DRG potenzialmente inappropriati, comprende anche 17 DRG che riportano tra parentesi la dizione "eccetto urgenze", il che lascia francamente perplessi perché in molte delle circostanze elencate l'urgenza sarà verificabile solo dopo l'avvenuto ricovero, l'osservazione clinica e la diagnostica nelle sue varie espressioni strumentali.

Va detto, infine, ma non certo per l'importanza che l'argomento riveste, che la Commissione ha ritenuto di individuare **percorsi metodologici per l'inserimento o l'esclusione di una prestazione dai LEA.**

Si è ritenuto, infatti, necessario individuare due diversi percorsi metodologici a supporto delle decisioni della Commissione volti, da un lato, ad includere nuove aree prestazionali o singole prestazioni nei Livelli di assistenza e, dall'altro, a modificare o ad escludere aree o prestazioni oggi incluse.

Con questa procedura non si è voluto costruire un sistema di regole astratte e vincolanti, che forzerebbero il processo decisionale in una rigida successione di operazioni, quanto di arrivare ad esplicitare una logica della valutazione, individuando le domande fondamentali che è necessario porsi nell'intraprendere il percorso rendendo così trasparenti i motivi sottostanti le decisioni.

## Conclusioni

Il lavoro compiuto dalla Commissione, con le modalità e per le finalità precedentemente descritte, ha consentito al Ministro della Salute di presentare, nell'aprile 2008, un testo che rappresenta un aggiornamento delle prestazioni garantite dal SSN, non solamente cogliendo le innovazioni scientifiche e tecnologiche che si sono venute ad affermare negli ultimi anni, ma valorizzando anche taluni aspetti della prevenzione, delle esigenze territoriali e della integrazione socio-sanitaria ritenute indispensabili rispetto alla evoluzione delle domande espresse come conseguenza dell'accentuarsi dei fenomeni di cronicità, fragilità e disabilità di una popolazione nella quale aumenta sia il numero delle persone anziane, sia la durata della speranza di vita alla nascita, degli anziani ma anche delle persone disabili sin dall'età evolutiva. Nella impossibilità di descrivere tutti i contenuti, si riportano di seguito alcune delle innovazioni ritenute significative:

- a) Per quanto riguarda il primo dei Livelli essenziali, si è ritenuto opportuno ridefinire il titolo come “Livello di Assistenza: Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica”, non tanto e non solo per un doveroso richiamo alla prima, essenziale, legge di riforma dell'Italia post-unitaria, cioè la legge Crispi del 1888 sulla tutela dell'Igiene e della Sanità Pubblica, quanto per il fatto che le finalità allora perseguite da quella legge si presentavano ora con non minore urgenza, sia pure sotto diverso aspetto e con differenti denominazioni. Infatti nei nuovi LEA, assume una particolare importanza la “sorveglianza e prevenzione primaria delle malattie croniche, inclusi gli stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening”, e per questo, e non solo per questo, nell'Allegato 1 si sottolinea che “l'informazione epidemiologica, anche quando non espressamente citata tra le componenti del programma, dovrà comunque guidare le aziende sanitarie nella pianificazione, attuazione e valutazione dei programmi e nella verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute”.

Se si legge tutto questo, da un lato alla luce del significato oggi attribuito ai “determinanti della salute” e ai “fattori di rischio”, e dall'altro lato alla tendenza a riorganizzare le attività e servizi territoriali in un ambito integrato da definire come “Assistenza Primaria”, è allora possibile cogliere il significato di un riavvicinamento culturale e operativo, tra i professionisti della Sanità Pubblica e quelli della tradizionale attività di assistenza alle persone. Queste ultime, infatti, oltre ad essere considerate nella loro individualità, vanno viste anche come appartenenti ad una comunità con la quale condividono le abitudini, i valori, le condizioni abitative, di lavoro e di istruzione, quindi i determinanti della salute e i fattori di rischio.

- b) Circa l'Assistenza Distrettuale, si è riusciti nell'intento di:
- articolare l'assistenza domiciliare in quattro livelli caratterizzati da un grado

- crescente di complessità del bisogno e di intensità assistenziale;
- definire un'area specifica di assistenza domiciliare, di elevata intensità assistenziale, alle persone nella fase terminale della vita;
  - specificare le principali aree di attività dei consultori familiari, dei CSM, dei servizi neuropsichiatrici per i minori, dei servizi di riabilitazione per disabili gravi e dei servizi per le persone con dipendenze patologiche;
  - precisare le finalità e il contenuto dell'attività svolta, in regime residenziale e semiresidenziale a favore delle persone non autosufficienti, delle persone con disturbi mentali, dei disabili gravi, delle persone con dipendenze patologiche e delle persone nella fase terminale della vita.

Trattandosi di una revisione ed aggiornamento dei LEA e non di una legge riguardante una possibile, nuova, configurazione del SSN, nel documento viene compresa nell'Assistenza distrettuale l' "Assistenza sanitaria di base", riportando quanto previsto dai rispettivi accordi collettivi nazionali, rispettivamente per i MMG, i PDL, la continuità assistenziale e l'assistenza ai turisti.

Nel futuro ci si augura che l'Assistenza Primaria, configurata come il presente volume la delinea, possa assumere anche nei LEA il significato e i contenuti nuovi che sono oramai indifferibili.

## Riferimenti bibliografici

- Eddy D. *What Care is "Essential"? What Services are "Basic"?* JAMA 1991; 265:786-788.
- Taroni F. *I livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi?* In "I servizi sanitari in Italia". 2000 Ed. Il Mulino.
- Guzzanti E, Mastrobuono I. *I Livelli essenziali di assistenza: l'evoluzione e l'interpretazione della normativa, i problemi e le proposte.* Mondo Sanitario 2001;VIII:17-36.
- Guzzanti E. *I Livelli essenziali di assistenza e le residenze a carattere socio-sanitario.* Organizzazione Sanitaria 2001;V:13-21.
- Polikowski M, Eggiman B. *How comprehensive are the basic packages of health services? An International comparison of six health insurance systems.* J Health Serv Res Policy 2002;1:133-142.
- Medically Necessary: What is it, and who decides?* Commission on the Future of Health Care in Canada, Ottawa 2002.
- Arcà S. *I Livelli essenziali di assistenza.* Tendenze Nuove 2003, n. 3-4.
- Guzzanti E. *I Livelli essenziali di assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni garantite.* Salute e Territorio 2007;164:292-295.
- Falcitelli N. *L'evoluzione dei LEA attraverso leggi e provvedimenti dall'istituzione del SSN ad oggi.* Salute e Territorio 2007;164:299-300.
- Cislaghi C. *Criteri per la definizione dei LEA.* Salute e Territorio 2007;164:301-304.
- Collicelli C. *Il razionamento delle risorse sanitarie.* Salute e Territorio 2007;164:311-316.
- Agnello M. *La definizione degli standard dei LEA.* Salute e Territorio 2007;164:317-319.
- Cerbo M. *La partecipazione economica degli utenti.* Salute e Territorio 2007;164:320-325.
- Scaccabarozzi G. *Le reti di cura domiciliare.* Salute e Territorio 2007;164:326-330.
- D'Argenio P. et al. *La revisione dei LEA per la prevenzione.* Salute e Territorio 2007;164:331-336.

## 2.3 L'Assistenza Primaria nelle convenzioni del Servizio Sanitario Nazionale

**Giacomo Milillo, Maria Concetta Mazzeo, Franco Lupano,  
Carmela Fidelmina Le Rose**

*“I medici iscritti negli elenchi di cui alla presente convenzione sono parte attiva e qualificante di un servizio unitariamente proposto alla tutela globale della salute dei cittadini. La partecipazione diretta dei medici alla realizzazione delle finalità del servizio si attua nel campo dell’attività di diagnosi, cura e prevenzione, nel quadro di una reciproca collaborazione con le strutture poliambulatoriali e ospedaliere, anche attraverso collegamenti funzionali con i servizi di igiene, prevenzione e riabilitazione.”*

*Premessa dell’Accordo nazionale tipo per le convenzioni nazionali uniche per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici generici e pediatri.  
7 gennaio 1978*

### **La medicina generale prima della riforma istitutiva del SSN**

Fino all’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale con la Legge 833/78 l’assistenza medica sul territorio, l’antenata della medicina generale, veniva assicurata dal “medico condotto”, presente in ogni Comune, o nei consorzi dei Comuni minori, e dal medico “mutualista”.

In comune queste due figure hanno sempre avuto la distribuzione capillare nel territorio e la continuità nel tempo del rapporto con i loro assistiti, caratteristiche ancora conservate e fondamentali dell’attuale medico di medicina generale.

I medici condotti avevano il compito di supportare l’autorità sanitaria locale, il Sindaco, svolgendo anche funzione di ufficiale sanitario e di cura gratuita degli iscritti all’ “elenco dei poveri”.

Negli elenchi inizialmente confluivano quasi tutti gli abitanti, poi con il tempo ed il miglioramento delle condizioni economiche un numero di pazienti sempre mag-

giore uscì dagli elenchi e dovette rivolgersi allo stesso condotto o ad altri medici, ma in regime libero-professionale.

Questo contesto consentì uno sviluppo progressivo delle mutue, fondi prevalentemente alimentati dai contributi di singole categorie, che, con modalità diverse fra loro, assunsero il ruolo di “terzo pagante” della prestazione erogata dal medico libero professionista, cui si rivolgeva autonomamente l'assistito, o del medico preventivamente convenzionato con l'ente mutualistico.

Tra gli anni '50 e '70 ci fu un forte aumento e sviluppo degli enti mutualistici, tanto da arrivare ad una copertura quasi totale della popolazione con un sistema di tutela della salute estremamente frammentato.

Le mutue, pur portando alla copertura sanitaria pressoché “universale” della popolazione, si mostrarono inadatte allo sviluppo di una efficace assistenza sanitaria non prevedendo, ad esempio, per Statuto, la prevenzione, che rimase nel sistema sanitario complessivo nettamente distinta dalle cure ed affidata agli Uffici provinciali di Igiene ed ai singoli medici condotti.

Purtroppo le modalità di gestione sia dell'assistenza erogata dai Comuni ai poveri che del sistema delle mutue possono essere considerate anche all'origine dell'attuale burocratizzazione della professione; infatti, nel tentativo di intervenire sui trend di spesa, si cominciarono ad introdurre norme di contingentamento delle prescrizioni, quali la limitazione del numero delle confezioni di farmaci per ricetta.

Lo stesso sistema di retribuzione, che prevedeva il medesimo compenso sia per le visite che per le prescrizioni, il cosiddetto sistema di retribuzione a notula, può essere considerato alla base di un ulteriore significativo elemento di “squalificazione” della futura medicina generale italiana.

Non tutto però nel sistema mutualistico ebbe connotazioni esclusivamente negative, visto che comunque contribuì a facilitare in modo significativo l'accesso alle cure, innalzando così il livello di tutela della salute della popolazione.

Tuttavia, negli anni '70 emersero con forza i limiti e le contraddizioni di un sistema iniquo che legava i livelli di assistenza all'entità della contribuzione, correlando così l'assistenza al potere economico di ciascuna categoria.

Nel complesso, il sistema mutualistico si mostrava carente all'istanza politica di copertura assistenziale dell'intera popolazione, sia in termini di universalità, sia in termini di solidarietà e di equità del diritto alla tutela della salute. Inoltre, risultava poco efficiente a causa dei ricorrenti disavanzi dei vari enti mutualistici, che rendevano necessario un continuo intervento di ripiano da parte dello Stato.

Anche i medici libero professionisti convenzionati verso la fine degli anni '70 espressero l'esigenza di una uniformità normativa e tariffaria, come soluzione al clima di confusione creato dai diversi regolamenti degli enti mutualistici, ciascuno dei quali era caratterizzato da proprie tariffe e dotato di un proprio ricettario.

Nel 1971 a Tregasio, frazione del comune di Triuggio, in Brianza, si costituisce un comitato per richiedere un medico. In tutto il comune infatti, per i 6000 residenti sono presenti solo due sanitari, di cui uno prossimo alla pensione; la richiesta era

quindi logica e analoga ad altre portate avanti soprattutto in paesi e aree agricole, in un periodo in cui non era ancora scoppiata la plethora medica e avere la convenzione con le mutue era piuttosto semplice.

La notizia però è interessante perché il comitato elabora un profilo di medico che va molto al di là degli obblighi previsti dalla convenzione con le Casse Mutua. Infatti si afferma che *“Il medico a cui noi pensiamo dovrà essere qualcosa di più di un serio professionista, con un rapporto non burocratico o funzionariale con il paziente; e anche qualcosa di più che il medico di famiglia tradizionale. Egli, cioè, (...) dovrà far parte del Comitato, partecipare alle assemblee, vivere a contatto con la gente, utilizzare il giornalino per educare e sensibilizzare l'opinione pubblica sui più urgenti e importanti problemi di assistenza sanitaria”*. Scendendo in dettaglio *“è necessario un graduale lavoro di medicina preventiva, ma di tipo nuovo anche questo. Il medico, non deve limitarsi a mandare un operaio in sanatorio, o a curare un artigiano intossicato, e neppure a svolgere una ordinaria routine di dépistage, ma deve occuparsi delle condizioni in cui queste malattie sono nate, denunciando al Comitato (ogni volta che sia necessario) le malattie o gli infortuni professionali, in modo che la popolazione tutta ne sia informata e agisca a favore della collettività, per rimuovere le cause delle malattie stesse”*.

Era l'epoca in cui si sviluppava una forte presa di coscienza sulla nocività degli ambienti di lavoro, trascurando magari altri fattori di rischio come il fumo, ed era forte anche la speranza di realizzare forme di partecipazione più diretta alla vita politica del paese, speranza che oggi a molti può far sorridere e sembrare utopistica. Ma per chi vive tuttora la realtà della medicina di famiglia è difficile non trovare un riscontro delle parole del Comitato nelle dichiarazioni di ALMA ATA e nelle dieci definizioni WONCA, assai più recenti. D'altronde, nell'ambito della diffusa esigenza di una vera riforma sanitaria, si stava delineando anche quella di una nuova medicina primaria. Già nel 1961 Lucio Rosaia, cardiologo di La Spezia, si faceva promotore di un *“Movimento per la riforma sanitaria in Italia”* denunciando poi le storture del sistema mutualistico ma anche le pesanti responsabilità della classe medica nel libro *Anonima Mutuati*, pubblicato nel 1966 a cui fece seguito una seconda edizione ampliata nel 1970 presso gli Oscar Mondadori, segno di indubbio successo.

Ma anche tra le file dei mutualisti, la cui immagine resta pesantemente segnata dal libro, e successivo film, *Il medico della mutua*, sorgono voci nuove e orientate verso una rinata professionalità.

È il caso di Francesco Salvestroni, che esercita nel quartiere di San Siro a Milano, il quale pubblica nel 1968 un saggio dal significativo titolo di *Il medico della persona* dove, partendo dalla propria esperienza quotidiana, traccia il profilo di quello che dovrà essere il nuovo medico di medicina generale. Di fronte alla malattia che cambia nel mondo occidentale, anche il medico deve cambiare; un medico che deve prepararsi a un'opera *“di controllo clinico nel tempo su malattie croniche la cui diagnosi è stata già fatta”* e a *“un'opera altrettanto vasta di trattamento di sintomi psicologici e di prevenzione educativa di malattie”*; e quindi occorre *“curare l'uomo tutto e non soltanto la malattia”* e *“il nostro compito sarà non tanto quello di incidere l'ascesso, o guarire la polmonite, ma di essere l'amico, il consigliere, il direttore sanitario dell'uomo che ci ha scelto”*.

Non a caso egli cita i medici del National Health Service inglese e formula, forse per primo, la necessità di una formazione specifica per il medico di famiglia, di cui già si parlava nel Regno Unito.

Anche il sindacato dei mutualisti, la FIMM, fin dal 1960 aveva abbinato il suo XII congresso allo slogan “Matura ed urgente una riforma generale dell’assistenza sanitaria” e aveva poi continuato ad auspicarne la realizzazione nei congressi successivi e in particolare nel 1966, nel 1971, nel 1972 (“La FIMM per la rivalutazione della medicina di base”), nel 1973 (“la FIMM per una buona Riforma sanitaria contro la impiegatizzazione del medico di base”), nel 1977 (“Una riforma con i medici per i cittadini”).

Gran parte delle problematiche trovarono risposta nella Legge 349 del 1977 che sopprime gli Enti Mutualistici e trasferì alle Regioni l’Assistenza Sanitaria.

Il provvedimento avviò una stagione di profonde riforme della sanità italiana, da parte medica fortemente auspicata, che arrivarono a definire i confini entro i quali la medicina generale si sarebbe organizzata nell’ambito del nascente SSN: libera professione convenzionata, numero dei medici presenti negli elenchi calcolato con riferimento ad un rapporto ottimale, obbligo convenzionale (oltre che deontologico) dell’aggiornamento permanente, avvio della deburocratizzazione della professione, retribuzione fondata sulla quota capitaria, affidamento della previdenza dei medici mutualisti all’ENPAM.

Fu un intervento normativo che indubbiamente modificò sostanzialmente l’assetto dell’assistenza medica territoriale, strutturandola in modo propedeutico alla Riforma Sanitaria istitutiva del SSN, una legge che “guardava alla qualità del lavoro prestato, e sanciva in pratica per la prima volta la globalità, la peculiarità, la “specialità” della medicina generale e la sua unicità”. (Avvenire Medico n° 4, aprile 1977)

Dopo l’approvazione della Legge 349, divenne più urgente arrivare alla stipula della Convenzione Unica Nazionale per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici di medicina generale.

Si trattava di formulare un accordo nuovo, le cui linee fondamentali, già previste dalla Legge 349, si possono così schematizzare:

- semplificazione e uniformità degli adempimenti amministrativi;
- obbligo per tutti gli assistiti della scelta del medico di fiducia;
- definizione del massimale unico di scelte per ciascun medico in 1.500 assistiti, (con alcune deroghe a 1.800), e previsione di meccanismi ammortizzati di rientro per i professionisti che lo superavano;
- introduzione del rapporto ottimale, cioè la chiusura dell’albo unico della medicina generale, e ammissione all’elenco di un solo medico ogni 1000 assistibili;
- pagamento a quota capitaria;
- contribuzione previdenziale a favore dell’ENPAM;
- aggiornamento professionale obbligatorio.



La Convenzione Unica introduce pertanto strumenti ed elementi tuttora validi nella disciplina del rapporto di lavoro tra medici di medicina generale e SSN, e ancor più la premessa all'Accordo riesce ad introdurre quello che ancora oggi è il ruolo e l'attività svolta dai medici di medicina generale nel nostro sistema sanitario: *“I medici iscritti negli elenchi di cui alla presente convenzione sono parte attiva e qualificante di un servizio unitariamente proposto alla tutela globale della salute dei cittadini. La partecipazione diretta dei medici alla realizzazione delle finalità del servizio si attua nel campo dell'attività di diagnosi, cura e prevenzione, nel quadro di una reciproca collaborazione con le strutture poliambulatoriali e ospedaliere, anche attraverso collegamenti funzionali con i servizi di igiene, prevenzione e riabilitazione”*.

Tuttavia, la Convenzione Unica, nata in un clima di superamento della mutualità e in prossimità della istituzione del SSN con la Legge 833/78, non venne mai pienamente applicata sia a causa delle inadempienze degli Enti mutualistici che, pur dichiarati estinti per legge, continuarono in qualche modo a “gestire” di fatto l'assistenza, sia per le inottemperanze del Governo e delle amministrazioni regionali allora in carica.

Con l'approvazione definitiva della Legge 833, la Convenzione unica risultò di fatto superata ed insufficiente rispetto alla nuova situazione.

## **La medicina generale e l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale**

A partire dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), 30 anni fa, prese corpo in Italia la medicina generale, risultato dell'evoluzione dell'assistenza sanitaria dei 30 anni precedenti, dal dopoguerra al 1978.

Sviluppo e congiunture economiche, trasformazioni culturali conseguenti alla progressiva globalizzazione, provocarono sia profondi cambiamenti nella concezione del Welfare System, sia radicali modificazioni nei bisogni di assistenza della popolazione, nel modo di esprimerli e quindi anche nel rapporto fra medico e paziente.

La Legge 833/78, istitutiva del SSN prevede la medicina generale tra le competenze della Regione, che deve esercitare le proprie funzioni legislative nel rispetto del principio della *“organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali”* (art. 11); inoltre, la Legge individua le Unità Sanitarie Locali quali soggetti incaricati a provvedere, nel territorio di propria competenza, *“all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale”* (art. 14). Nell'articolo 25, si definisce *“l'assistenza medico-generica”* come prestazione di cura da erogarsi sia in forma ambulatoriale che domiciliare ad opera del *“personale dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Nazionale”*, scelto dal paziente sulla base di un rapporto fiduciario estinguibile in qualsiasi momento.

La medicina generale in Italia nacque dunque formalmente con l'istituzione del SSN, sotto l'influenza di un orientamento teso alla valorizzazione dell'Assistenza Primaria nei sistemi sanitari, che riconosceva la sua esplicitazione nella dichiarazione di Alma Ata dell'OMS, che per la prima volta focalizzava ed esplicitava l'importanza dell'Assistenza Primaria in un servizio sanitario, lo poneva al centro del sistema quale primo riferimento per il cittadino.

*“L'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria”.* (ALMA ATA Declaration on Primary Health Care, Conferenza Internazionale sull'Assistenza Primaria, ALMA ATA 1978).

Ma la centralità così prevista, in breve si dimostrò reale più nelle parole che nei fatti. In effetti il medico condotto, attore unico depositario della maggior parte delle competenze e abilità dell'arte medica, dovette confrontarsi con la frammentazione specialistica delle competenze e con la vertiginosa crescita di conoscenze e tecnologie mediche, che lo costrinsero ad un ruolo di co-protagonista di un processo di cura articolato ed in gran parte delegato agli ospedali, ove competenze specialistiche diverse e tecnologie trovavano la più facile integrazione.

Fu il primo Accordo Collettivo Nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale con il SSN, reso esecutivo con Decreto del Presidente della Repubblica del 13 agosto 1981 ai sensi dell'articolo 48 della Legge 833/78, a prevedere un inquadramento giuridico chiaro e preciso e un ruolo professionale definito per il medico di medicina generale.

Nel corso di questi 30 anni e a seguito di importanti riforme del nostro SSN, la figura del medico di famiglia ha subito profondi cambiamenti. In particolare l'organizzazione della sua attività professionale ha assunto aspetti sempre più complessi sia per esigenze collegate allo sviluppo del contesto sociale e del sistema valoriale dei cittadini, sia per gli spunti innovativi introdotti dai successivi Accordi collettivi nazionali (ACN). È emersa sempre più forte la necessità di integrazione con altri colleghi e soprattutto con diverse figure professionali.

### **Accordi collettivi della medicina generale e relativi istituti introdotti**

Il rapporto di lavoro tra medici di medicina generale e Servizio Sanitario Nazionale è regolamentato, secondo quanto previsto dall'art. 48 della 833/78, da un Accordo Collettivo Nazionale (ACN).

Nello specifico, l'art.48 descrive l'ACN come “atto convenzionale” di durata triennale del tutto equivalente agli altri accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, l'ANCI e le rappresentanze sindacali di ciascuna categoria, al quale i

competenti organi locali dovranno far seguire i dovuti atti deliberativi. I contenuti dell'ACN previsti dalla norma, sono:

- rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e pediatri di libera scelta, nonché il numero massimo degli assistiti (e delle ore) in base ad altri impegni di lavoro compatibili;
- istituzione degli elenchi unici per gli allora definiti “*medici generici*”, pediatri, ed altri professionisti convenzionati;
- accesso alla convenzione;
- incompatibilità con qualsiasi tipo di cointeressenza e di altre attività mediche;
- limitazioni del rapporto convenzionale;
- differenziazione del trattamento economico, strumenti di incentivazione e forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati;
- modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale;
- modalità per assicurare la continuità assistenziale anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione; collaborazione dei medici per la parte di competenza nella compilazione dei libretti sanitari;
- forme di collaborazione fra i medici e lavoro di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie;
- partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria.

Segue una breve esposizione degli ACN che hanno introdotto le più significative innovazioni, caratterizzando così la recente storia della medicina generale. Successivamente si propone una sintetica analisi degli istituti introdotti.

### **ACN 1978**

Con il primo contratto unico del 1978, che legava i medici a tutti gli enti con l'intermediazione delle Regioni da poco nate, e, poco dopo, con il contratto del 1980, si gettarono le basi strutturali della medicina generale nel Servizio Sanitario, istituito con la Legge 24 dicembre 1978 n. 833.

La convenzione fu detta unica in quanto, pur sussistendo ancora formalmente gli enti mutualistici, l'accordo si concludeva tra il Governo, le Regioni e i sindacati dei medici. Più che le singole condizioni normative, la vera novità consisteva nell'unificazione di tutte le regole. Ne conseguì che il ricettario divenne unico ma anche l'albo dei medici, il regime di incompatibilità, il massimale fissato a 1.500 scelte, con alcune deroghe, il meccanismo di accesso.

### **ACN 1987**

L'ACN dell'87 costituì un passaggio fondamentale nel riconoscimento del medico di medicina generale quale parte attiva, qualificante e integrata del Servizio Sani-

tario Nazionale. Per la prima volta vennero descritti in modo dettagliato i compiti affidati al medico di medicina generale, che non furono più circoscritti alla medicina preventiva individuale, cura ed educazione sanitaria, ma vi rientrarono a pieno titolo anche quelli di ricerca, in campo clinico ed epidemiologico, e di didattica sia nei confronti del personale che dei colleghi in fase di formazione. La novità più rilevante introdotta dalla Convenzione dell'87 fu comunque l'istituzione dell'assistenza domiciliare, che permette di affrontare oltre alle malattie acute i problemi sanitari di anziani, invalidi o ammalati cronici, di pazienti dimessi dagli ambienti di ricovero e di pazienti in fase terminale, e l'individuazione del medico di medicina generale quale unico responsabile. L'introduzione dell'assistenza domiciliare rappresentò in questa fase la risposta alla più importante sfida delle cure primarie nell'organizzazione sanitaria, quella della deospedalizzazione, invocata sia sul versante del controllo dei costi sia dell'umanizzazione delle cure.

### **ACN 1996**

La Convenzione del 1996 fu la prima Convenzione stipulata con la Conferenza delle Regioni, anche se l'influenza dell'allora Ministero della Sanità era ancora forte e determinante.

L'accordo ricalcava sostanzialmente i precedenti, con alcune innovazioni qualificanti:

- l'apertura alla possibilità di Accordi regionali, molto liberi, i cui contenuti erano solo tratteggiati, orientati allo sviluppo di progetti di assistenza di tipo clinico o alla diffusione di particolari prestazioni a essi collegate (ecg, spirometria ecc.);
- l'introduzione dei principi di appropriatezza e di razionalizzazione quale risposta alla pressione della parte pubblica con la previsione dei tetti di spesa (decreto legislativo 502/92).

Negli anni di applicazione, questa Convenzione permise sperimentazioni che si tradussero in un significativo progresso della medicina generale, grazie alla creatività delle sezioni regionali e provinciali che poterono proporre esperienze cooperative, di associazionismo semplice e in rete che andarono ad affiancarsi al precedente modello di medicina di gruppo.

Maturò anche la consapevolezza della necessità di una partecipazione della categoria alla programmazione e alla gestione dell'assistenza.

### **ACN 2000**

La Convenzione del 2000 restituì in un unico corpo la normativa della medicina generale, quella della guardia medica, quella dell'emergenza e quella della medicina dei servizi. Si reggeva su un tripode normativo costituito dalla definizione giuridica, culturale e professionale dell'area.

Inoltre aumentò il potere delle Regioni, pur conservando il Ministero della Sanità una funzione di supervisione e di intermediazione fra Regioni e sindacati.

La dichiarazione preliminare inseriva a pieno titolo i medici di famiglia, giuridicamente ancora liberi professionisti, nella logica del servizio; l'area culturale fu caratterizzata dai criteri di accesso, mentre l'area professionale fu individuata dagli Accordi regionali che elencarono analiticamente le molteplici possibilità della medicina generale.

Si legarono innovazioni e sperimentazioni con le attività di didattica e di ricerca e con ipotesi assistenziali concrete ed efficaci. Si lasciava molto spazio alle forme innovative di associazione tra i medici e al loro possibile legame con mansioni assai più ampie, in particolare con l'uso di strumenti informatici indispensabili per gestire notizie epidemiologiche e budget, con l'utilizzazione di personale infermieristico e di segreteria.

Il nuovo ACN, oltre a ricalcare l'impostazione generale del precedente, introdusse l'articolo sulle forme associative che cercò di recepire tutte le sperimentazioni e le iniziative già realizzate in diversi Accordi regionali. Fu introdotta la medicina in associazione semplice (contingentata al 40%), quella in rete (al 7%), quella in gruppo (al 6%).

### **ACN 2005**

Con la Legge 27 dicembre 2002, n. 289 (art. 52, comma 27) fu introdotta una modifica dell'art. 8 del decreto legislativo 502/92 e istituita la SISAC (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati), l'agenzia deputata dalla parte pubblica alla stipula delle convenzioni. Al fine di evitare il tanto contestato passaggio al Consiglio di Stato, la convenzione fu svincolata dall'obbligo di emanazione con Decreto Presidente della Repubblica (D.P.R.) e venne adottata una forma di contratto analoga a quella dei medici dipendenti. Ciò consentì all'ACN del 2005, di diventare operativo fin dal momento dell'approvazione da parte della Conferenza delle Regioni, con il solo atto di recepimento dell'Accordo stipulato con il Comitato di settore, dopo il parere – non più vincolante – della Corte dei Conti.

Principali istituti introdotti:

1. assistenza domiciliare
2. accordi integrativi regionali
3. modificazioni del massimale di scelte e del rapporto ottimale
4. tetti di spesa
5. collaboratore di studio e infermiere
6. prestazioni di particolare impegno professionale
7. informatizzazione
8. forme di associazionismo

Istituti	ACN							
	1978	1981	1984	1987	1990	1996	2000	2005
Assistenza Domiciliare Integrata								
Assistenza Domiciliare Programmata								
Assistenza Residenziale								
Prestazioni di Particolare Impegno Professionale								
Medicina di Gruppo								
Medicina in associazione semplice								
Medicina in Rete								
Tetti di spesa								
Collaboratore studio								
Infermiere								
Informatizzazione								
Massimale e relative variazioni								
Rapporto ottimale e relative variazioni								
Accordi integrativi regionali								

### Assistenza domiciliare

Riguarda l'assistenza rivolta ai problemi sanitari di anziani, invalidi o ammalati cronici, di pazienti dimessi dagli ambienti di ricovero e di pazienti in fase terminale.

Questo tipo di assistenza viene erogata sulla base di intese normative ed economiche raggiunte a livello regionale e si articola sin dall'ACN dell'87 in tre forme di interventi:

- a) assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti non ambulabili;
- c) assistenza domiciliare integrata;
- b) assistenza nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette.

In considerazione del progressivo invecchiamento della popolazione e del conseguente incremento delle patologie cronic-degenerative, nell'ACN del 2000 venne previsto un forte potenziamento dell'assistenza domiciliare e venne predisposto che gli Accordi regionali fossero prioritariamente indirizzati a dare impulso allo sviluppo e alla diffusione sul territorio dell'assistenza domiciliare ed in particolare dell'assistenza domiciliare integrata, e di nuove forme di assistenza residenziale e/o semiresidenziale in alternativa al ricovero ospedaliero.

L'assistenza nelle residenze protette e nelle collettività è erogata, nel rispetto dei

livelli essenziali di assistenza, con modalità definite nell'ambito di specifici Accordi rimessi alla trattativa regionale.

### **Accordi integrativi regionali (AIR)**

Gli Accordi regionali:

- definiscono i compiti e le attività svolte dai medici di medicina generale:
  - a) in forma aggiuntiva rispetto a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale;
  - b) in forma associativa complessa e integrata;
  - c) per il rispetto di livelli di spesa programmati.
- possono prevedere l'erogazione di prestazioni aggiuntive, anche tese ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali, per:
  - a) interventi sanitari relativi all'età anziana, a domicilio, nelle residenze sanitarie assistite e nelle collettività;
  - b) assistenza sanitaria ai tossicodipendenti, ai malati di AIDS, ai malati mentali;
  - c) processi assistenziali riguardanti patologie sociali;
  - d) assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase terminale;
  - e) sperimentazione di iniziative di telemedicina;
  - f) partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale;
  - g) prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto a quelle previste dall'accordo nazionale.

Agli Accordi regionali è demandata:

- a) tutta la disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende e medici di medicina generale per il rispetto dei livelli di spesa programmati;
- b) la materia della contrattazione aziendale, definendo le linee guida degli accordi decentrati aziendali, al fine di armonizzare la contrattazione periferica agli obiettivi generali della programmazione regionale;
- c) la disciplina in via esclusiva della sperimentazione di forme associative oltre a quelle previste nell'ACN, tra medici di medicina generale convenzionati. Tra le forme associative sperimentabili negli Accordi regionali, particolare rilievo assumono le associazioni integrate che prefigurino la presenza al proprio interno di differenti figure professionali mediche e non, con elementi di elevata integrazione dell'assistenza ambulatoriale o che realizzino livelli assistenziali, anche del tipo di ricovero residenziale e semi residenziale che possano costituire alternativa al ricovero in strutture ospedaliere.

## Massimale di scelte

Sin dalla prima Convenzione Unica del 1978 è stato previsto che i medici iscritti negli elenchi possano acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.500 unità. Cambiano tuttavia, nel succedersi degli ACN, le deroghe e le limitazioni che in relazioni a particolari situazioni locali possono essere autorizzate dalle Regioni, su proposta dell'Azienda e sentito il Comitato Aziendale. Proprio una norma transitoria della prima convenzione del 1978 aveva previsto per i medici convenzionati la possibilità di acquisire in deroga una quota individuale di scelte fino a 1800 unità. Tutte le convenzioni precedenti a quella del 2000 avevano previsto per i medici non soggetti a limitazione del massimale la possibilità di conservare la quota individuale di 1.800 scelte ai sensi del D.P.R. 13 agosto 1981. Solo con l'ACN del 2000 e del 2005 è stato previsto l'obbligo di un graduale rientro nel massimale di 1.500 unità mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.

## Rapporto ottimale

Il rapporto ottimale, un medico per ogni 1000 residenti o frazione di 1000 superiore a 500, esclusa la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, è rimasto costante sin dalla prima convenzione unica del 1978. Con l'introduzione degli Accordi Regionali nell'ACN del 1996 è stata prevista la facoltà delle Regioni di disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale secondo parametri diversi definiti nell'ambito degli Accordi regionali.

In particolare in base all'ACN del 2005 le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'Assistenza Primaria (settore della medicina generale) un diverso rapporto medico/popolazione residente. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e comunque fino ad un aumento massimo del 30%.

## Tetti di spesa

A partire dall'ACN del 1996 e in considerazione del riordino del Servizio Sanitario Nazionale, una particolare attenzione è stata dedicata alla previsione di modalità per concordare livelli di spesa programmati e per responsabilizzare il medico al loro rispetto.

Sono definiti livelli di spesa programmati gli obiettivi da raggiungere secondo percorsi condivisi e concordati, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, tra Azienda e/o Distretto e Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative

Tutti gli ACN a partire da quello del '96 affidano agli Accordi regionali la disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende e medici di medicina generale per il rispetto dei livelli di spesa programmati.



Gli Accordi prevedono che Livelli di Spesa Programmati siano sempre correlati a specifici indicatori di qualità dell'assistenza in modo da incentivare la ricerca dell'appropriatezza piuttosto che il solo risparmio economico.

### **Collaboratore di studio e infermiere professionale**

A partire dall'ACN del 1990, la presenza dei collaboratori di studio è riconosciuta quale priorità ad alto valore aggiunto per la qualità delle prestazioni della medicina generale, un investimento strategico per promuovere e sostenere forme innovative di erogazione dei servizi della medicina generale nei confronti dei cittadini.

Per promuovere ed incentivare il miglioramento dell'organizzazione degli studi medici mediante la presenza di personale collaboratore, prima il Servizio Sanitario Nazionale (ACN del '90) poi, con l'introduzione degli AIR, le Regioni mettono a disposizione una maggiorazione annua nel compenso dei medici di Assistenza Primaria che utilizzano un collaboratore di studio professionale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, categoria IV e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio.

Negli anni è costantemente cresciuta la percentuale di medici iscritti negli elenchi che utilizza un collaboratore di studio, prevista nell'ordine del 5% nel 1996, del 25% nel 2000 e del 40% nel 2005.

A partire dall'ACN del 2000 anche la presenza in studio dell'infermiere viene riconosciuta quale valore aggiunto al lavoro e alle prestazioni del medico di medicina generale e dunque viene promossa ed incentivata, come per il collaboratore di studio, con un compenso aggiuntivo.

### **Prestazioni di particolare impegno professionale**

Le prestazioni di particolare impegno professionale (quali ad esempio vaccinazioni non obbligatorie, medicazioni e suture) previste a partire dall'ACN del 1987, sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio professionale del medico a seconda delle condizioni di salute del paziente.

Gli ACN del 2000 e del 2005 lasciano la possibilità agli Accordi regionali di prevedere lo svolgimento, da parte del medico o dell'associazione di medici, di prestazioni aggiuntive retribuite, sia singole per il chiarimento del quesito diagnostico od il monitoraggio delle patologie, che programmate, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quanto altro venga concordato.

### **Informatizzazione**

L'ACN del 2005 individua nell'informatizzazione del sistema lo strumento ne-

cessario ed indispensabile per la realizzazione della auspicata riorganizzazione del servizio sanitario.

Lo stesso ACN prevede che l'informatizzazione del sistema, attuata secondo standard condivisi definiti a livello nazionale e regionale, dovrà coinvolgere tutti i soggetti operanti nel territorio, per una ottimale interrelazione fra professionisti sanitari, strutture organizzative territoriali, Distretti, ospedali ed altri poli della rete integrata socio-sanitaria.

Per completezza va tuttavia sottolineato che già a partire dall'ACN dell'84 per promuovere ed incentivare la informatizzazione degli studi medici, il Servizio Sanitario Nazionale prima, e le Regioni in seguito, misero a disposizione del medico di medicina generale un'indennità mensile aggiuntiva che nel corso dei rinnovi contrattuali è aumentata costantemente.

## Forme associative dell'Assistenza Primaria

Prima di passare ad una breve rassegna delle singole forme associative individuate sia dalla normativa che dagli atti della contrattazione nazionale, si ritiene opportuno richiamare l'attenzione sull'importante distinzione adoperata all'interno dell'art. 54 dell'ACN 2005 tra:

- *“forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi”*(art. 54, ACN 2005);
- *“forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di Assistenza Primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della Azienda, o dei Comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente [vedi comma 2 art. 54 ACN 2005]. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici”* (art. 54, ACN 2005).

Si è fatta una sostanziale differenziazione tra forme associative che garantiscono funzioni operative di carattere assistenziale, e forme associative che, invece, operano come società di servizio, fornendo beni e servizi alle prime, non potendo erogare prestazioni sanitarie. Riguardo alle forme associative definite *“società di servizio”* l'articolo 54 (ACN 2005), oltre a prevedere alcune delle caratteristiche già declinate per le prime, riporta le seguenti caratteristiche:

- possono parteciparvi anche medici già aderenti ad una, e soltanto una, delle forme del primo tipo, senza alcun diritto a ulteriori incentivi, salvo quanto disposto negli AIR;

- mettono a disposizione di altri medici operanti in regime di associazionismo o libero-professionale, i seguenti beni e servizi: sedi associative, studi professionali, poliambulatori, beni strumentali, servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali, servizi informatici, telematici, di raccolta dati e telemedicina, servizi di verifica e revisione di qualità, e ogni altro bene o servizio ritenuto appropriato a perseguire gli obiettivi assistenziali previsti dalla programmazione nazionale e regionale individuato nell'ambito degli AIR.

Ad entrambe le forme associative, però, non viene riconosciuto il carattere di “soggetto contrattuale” rispetto alla definizione di quantità, tipologia e termini di erogazione di beni e servizi (che rimangono competenza dei firmatari dell'ACN), ma viene loro riconosciuta la possibilità di proporre e promuovere iniziative assistenziali.

Il D.P.R. 270/00 recante l'ACN, nell'art. 40 titolato alle “*Forme associative di Assistenza Primaria*”, disciplina criteri e caratteri generali che portano ad una prima individuazione delle forme di associazionismo medico; le stesse vengono riproposte nell'art. 54 del successivo ACN approvato dalla Conferenza Stato Regioni tramite intesa del 23 marzo 2005.

Le forme associative così individuate sono:

- la medicina in associazione (tabella 1);
- la medicina in rete (tabella 2);
- la medicina di gruppo (tabella 3).

**Tabella 1 - Caratteristiche specifiche della medicina in associazione**

<b>Modelli organizzativi</b>	<b>Caratteristiche</b>
Medicina in associazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gli studi sono distribuiti sul territorio del Distretto e non sono vincolati a sede unica;</li> <li>• i medici aderenti mantengono l'attività presso i loro studi;</li> <li>• associati da un minimo di 3 a un massimo di 10 (tranne casi particolari);</li> <li>• chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19.00;</li> <li>• disponibilità a sostituirsi per le assenze temporanee;</li> <li>• momenti di incontro per confronto professionale e condivisione di linee guida diagnostiche terapeutiche per le patologie di più alta prevalenza.</li> </ul>

Fonte: A. Cicchetti, A. Ceccarelli, A. Palmieri, R. Vanacore; “Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale”; in: *Rapporto Osservasalute 2007*.

**Tabella 2 - Caratteristiche specifiche della medicina in rete**

<b>Modelli organizzativi</b>	<b>Caratteristiche</b>
Medicina in rete	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gli studi sono distribuiti sul territorio del Distretto e non sono vincolati a sede unica;</li> <li>• associati da un minimo di 3 a un massimo di 10;</li> <li>• chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19.00;</li> <li>• collegamento reciproco degli studi dei medici con i sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell'associazione;</li> <li>• gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;</li> <li>• utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;</li> <li>• gestione informatica comune della scheda sanitaria (in connessione telematica);</li> <li>• momenti di incontro per confronto professionale.</li> </ul>

Fonte: A. Cicchetti, A. Ceccarelli, A. Palmieri, R. Vanacore; "Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale"; in : *Rapporto Osservasalute 2007*

Oltre alle forme sopra elencate, l'ACN del 2000 presenta la possibilità di avviare forme di sperimentazione di altri "istituti associativi" come le équipes territoriali; tale invito viene riproposto nel successivo ACN del 2005 nel quale viene presentata una innovativa soluzione associativa: l'Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP).

Alcuni degli obiettivi che queste forme associative si ripropongono di raggiungere, sono:

- a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda;
- b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza individuate concordemente a livello aziendale;
- c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure attraverso modalità di integrazione professionale tra medici;

- d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante delle équipes territoriali di cui all'art. 26, se costituite;
- e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate;
- f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;
- g) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica;

---

**Tabella 3 - Caratteristiche specifiche della medicina di gruppo**

---

<b>Modelli organizzativi</b>	<b>Caratteristiche</b>
Medicina di gruppo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sede unica del gruppo articolata in più studi medici. Resta ferma la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale, ma devono farlo in orari aggiuntivi rispetto a quelli della sede principale;</li> <li>• presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati;</li> <li>• numero di medici non inferiore a 3 e non superiore a 8;</li> <li>• utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;</li> <li>• gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;</li> <li>• utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Asl e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittive interne alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla forma associativa;</li> <li>• utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo l'accordo interno.</li> </ul>

Fonte: A. Cicchetti, A. Ceccarelli, A. Palmieri, R. Vanacore; "Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale"; in: *Rapporto Osservasalute 2007*.

## Conclusioni

Il presente capitolo ha tracciato il percorso che via via nel tempo ha permesso di inserire obiettivi di Assistenza Primaria nelle Convenzioni della medicina generale con il Servizio Sanitario Nazionale.

Un percorso caratterizzato da una partenza frammentata, contraddistinta da un'estrema autorevolezza nel rapporto medico paziente; si è assistito quindi al graduale superamento della frammentazione attraverso la Convenzione Unica nazionale e la riforma istitutiva del SSN (1978).

È stata in seguito proposta un'analisi dei vari Accordi Collettivi Nazionali che si sono succeduti nel tempo dal punto di vista normativo, descrivendo in dettaglio gli istituti introdotti. Ciò ha permesso di evidenziare come l'assetto della medicina generale sia diventato sempre più complesso, in aderenza al progressivo aumento di complessità dei bisogni di assistenza della popolazione. La stessa figura del medico di medicina generale da solista autorevole e paternalista, si è man mano aperta alla partecipazione nelle forme associative fondando il rapporto con la persona assistita sull'informazione e sul consenso rispetto alla proposta assistenziale.

### **Riferimenti normativi**

- Legge 23 dicembre 1978, n. 833.
- Decreto Presidente della Repubblica 13 agosto 1981.
- Decreto Presidente della Repubblica 16 ottobre 1984, n. 882.
- Decreto Presidente della Repubblica 8 giugno 1987, n. 289.
- Decreto Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 314.
- Legge 5 giugno 1990, n. 135.
- Decreto del Ministero della Sanità 13 settembre 1991.
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.
- Piano Sanitario Nazionale 1994-1996.
- Decreto del Ministero della Sanità 22 luglio 1996.
- Decreto Presidente della Repubblica 22 luglio 1996, n. 484.
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229.
- Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56.
- Decreto Presidente della Repubblica 28 luglio 2000, n. 270.
- Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001.
- Legge 27 dicembre 2002, n. 289.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Intesa sottoscritta il 23 marzo 2005 sugli accordi collettivi nazionali per la medicina generale e per la specialistica convenzionata.

### **Riferimenti bibliografici**

- Salvestroni F. *Il medico della persona*, Vallecchi, Firenze 1968, pp. 203-204.
- Un paese alla ricerca del "medico nuovo"*, Tempo Medico, n. 94 luglio 1971, pp. 48-49.
- Avvenire Medico n. 4 aprile 1977.
- Declaration of Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- Pagni A. *L'equipe residente*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1980.
- Trecca P. *In risposta a Mario Boni: I medici dipendenti non temono il futuro*, Il Medico Condotta, a. 84, febbraio 1985.
- Guzzanti E, Longhi T. *Medicina di base e medicina ospedaliera*. Federazione Medica; 9:1005-1011 (editoriale) 1985.

- Panti A. *Il Medico di Medicina Generale*. Hippocrates, Vademecum - I edizione, 1996.
- Turziani G, a cura di. *Fimmg. 50 anni di storia. 1946-1996*, 1996.
- Wagner EH. Chronic disease care. *British Medical Journal*; 328; 177-178, 2004.
- AAVV. *Fimmg 1997-2006: la storia continua. Altri 10 anni vissuti intensamente*, 2006.
- Monteduro F. *Le aziende sanitarie non profit. Rilevanza, ruolo e collaborazione con il settore pubblico*. McGraw-Hill, 2006.
- Camboa P, Rollo R. *Il Distretto sanitario tra sviluppo e innovazione. Esperienze, opinioni e modelli a confronto*. P@ginae Edizione, 2006.
- Vanacore R. *L'organizzazione delle cure primarie in forma associata nel SSN: il caso di una U.C.P. nella ASL Roma / A*, 2007. Tesi di laurea.
- Cicchetti A, Ceccarelli A, Palmieri A, Vanacore R. *Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale*, in: Rapporto Osservasalute 2007.
- Consiglio Nazionale FIMMG. *La Ri-fondazione della medicina generale*, Documento approvato all'unanimità, Roma, 9 giugno 2007.
- Damiani G, et al. *Assistenza Primaria: significato e prospettive di sviluppo organizzativo*. Organizzazione Sanitaria n°2, 2007.
- Milillo G. *Il nuovo ruolo dei medici di medicina generale nell'Assistenza Primaria in Italia*, in: Monitor, Trimestrale dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, Anno VII numero 20, 2008.



## 2.4 L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e l'evoluzione delle convenzioni: il ruolo del Distretto per l'Assistenza Primaria nel D.lgs 229/99

**Antonio Panti**

Il 1978 fu un anno fondamentale per la sanità italiana. Finalmente fu approvata dal Parlamento la Legge 833 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale. Una legge nata anche perché i disavanzi degli Enti mutualistici pesavano troppo sul bilancio dello Stato, ma certamente figlia di un dibattito iniziato col documento della Consulta Veneta del 1946 e proseguito nei decenni successivi con grande partecipazione. Infine il Parlamento approvò la legge con larghissima maggioranza, unico voto contrario quello del partito liberale che, peraltro, ebbe il Ministero della Sanità due anni dopo.

La medicina generale esisteva già o, meglio, esistevano i medici generali. In parte erano i medici condotti che, di fatto, praticavano le cure primarie; oppure qualche medico si dedicava solo a questa professione, convenzionato con gli Enti mutualistici, allora in numero di qualche decina tra grandi e piccoli. Il panorama quindi era completamente diverso. Il medico praticava una medicina di attesa, soltanto curativa, la prevenzione era affidata ai comuni o a specifici enti. Delle cure primarie faceva parte anche il parto domiciliare e il vero problema era rappresentato dalle grandi epidemie influenzali. Già allora si era inventata la ripetizione di ricetta analoga, ai fini retributivi, alla visita medica, una delle cause di malcostume dura a sparire.

Ma cosa era allora la medicina generale? Poca cosa, al di là delle benemerienze del vecchio medico di casa, amico ascoltato e influente, pronto a prendersi cura dei pazienti ma poco dotato sul piano delle possibilità curative. Qualsiasi medico poteva ottenere la convenzione con gli Enti mutualistici, solo dichiarando di avere la disponibilità di un ambulatorio, in una farmacia o in casa propria. Nessuno aveva ancora riflettuto sulla medicina generale come disciplina autonoma e peculiare. In pratica si identificava la laurea in medicina con la competenza del medico di famiglia.

La situazione dei medici generali era quindi ancillare rispetto al restante mondo medico; purtroppo la stessa gloriosa figura del medico condotto si andava opacizzando in un ruolo incerto e ormai superato dalle esigenze sia dell'igiene moderna che della moderna organizzazione sanitaria. La riforma sanitaria rappresentò una svolta epocale per la medicina di famiglia. I principi fondanti il servizio richiedevano infatti, per potersi esplicare, di uno strumento cardine nei rapporti con i citta-

dini e questo non poteva che ritrovarsi nell'opera del medico generale, depositario della fiducia del paziente e primaria porta di accesso di questi alle cure specialistiche offerte alla popolazione.

Il servizio infatti, attuando il dettato costituzionale, rendeva possibili le cure mediche (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) per tutti i cittadini - principio di universalità-senza discriminazioni-principio di uguaglianza. Altri ancora erano i valori insiti nella Legge 833/78, ma questi si attagliavano bene all'evoluzione teorica e professionale che la medicina generale subiva in quegli anni. La riflessione dei medici infatti spostava sempre più l'interesse professionale sia verso la medicina preventiva e di iniziativa, uscendo dalle secche della medicina mutualistica, di attesa in quanto meramente assicurativa, sia verso la necessità di mettere al centro della sanità il paziente, individuando percorsi assistenziali che rendessero obbligatoria la collaborazione tra ospedale e territorio. Cardine del sistema delle cure primarie restava la relazione col cittadino, il rapporto di fiducia che avrebbe dovuto legare il medico e il paziente non in modo casuale, secondo il casuale presentarsi dei fatti morbosi, ma in modo permanente, consentendo così una conoscenza del contesto familiare e lavorativo nonché del vissuto del paziente, fatto, questo, fondamentale per la riuscita delle cure.

La legge di riforma conteneva già disposizioni per la suddivisione organizzativa delle unità sanitarie locali (gli organi in cui era suddivisa territorialmente la sanità che così trovava unitarietà di funzionamento) tra presidi ospedalieri e territoriali, questi ultimi comprendenti molteplici servizi (dalla salute mentale, alle tossicodipendenze, ai servizi ambulatoriali), i farmaci erogati nelle farmacie private e i presidi e ausili per disabili. Pesò subito sulla organizzazione del territorio un problema non ancora risolto, quello che i medici di famiglia, principali attori della sanità extraospedaliera,

---

### **Medicina generale: Il modello**

---

- *Attenzione al contesto della malattia*
  - *Approccio ai problemi sanitari in termini di complessità*
  - *Relazione con l'assistito ed il suo contesto*
  - *Attenzione al benessere globale del paziente*
  - *Rifiuto dell'aggressività della medicina specialistica*
- 

---

### **Il medico di medicina generale (MMG)**

---

- *è il medico della persona, non solo della malattia*
  - *conosce il contesto lavorativo e familiare dell'assistito, conosce i suoi problemi, quello che è stato fatto per affrontarli e spesso li segue per tutta la vita.*
- 

*È al MMG, scelto dal cittadino, che è delegato il compito di attivare le cure di secondo livello quando necessario.*

---

in realtà operavano singolarmente, mediante convenzioni, quindi formalmente al di fuori delle competenze dirette degli organi gestionali delle unità sanitarie. Pesava inoltre la difficoltà di gestire nel Distretto anche le molte e complesse attività di prevenzione; in pratica il Distretto si è andato sviluppando come una somma di diversi servizi non comunicanti, affiancati e intersecati con la medicina generale che non si riconosceva in alcuna gerarchia neppure funzionale ma si costituiva come una sommatoria di singoli professionisti gelosi della propria autarchia, resa dispersiva anche per la carenza - tuttora perdurante - di investimenti nella sanità territoriale.

Per quanto apparisse evidente come il Distretto fosse il luogo naturale ove avrebbe potuto esplicarsi al meglio la professionalità del medico generale, tuttavia si era appena cominciato a muovere i primi passi su questa strada.

Proprio all'inizio degli anni ottanta, dopo la prima convenzione con il servizio sanitario, anche grazie all'impulso dovuto alla neo costituita SIMG, Società Italiana di Medicina generale, rispetto alla definizione culturale e scientifica della medicina generale, si avviò anche nel nostro Paese (nonostante una certa iniziale diffidenza di gran parte del mondo medico e accademico) la formazione complementare post laurea in medicina generale, gestita dalle Regioni e affidata all'insegnamento dei medici di famiglia. Nasceva insomma anche la disciplina "medicina generale", oggi accettata da tutti e ormai titolo dirimente per l'accesso all'esercizio della medicina generale nel servizio sanitario. La figura professionale del medico generale si delineava quindi come quell'operatore sanitario che, ben distinto dall'internista, garantiva un rapporto lungo e permanente col paziente e con la sua famiglia, ben radicato nel contesto sociale comune a entrambi, che aveva la capacità di svolgere un'azione sanitaria preventiva e curativa, e di fondare la sua attività sulla relazione col paziente, non limitata all'incontro occasionale provocato da un evento morboso.

Un medico capace di affrontare i problemi del paziente senza alcuna primitiva selezione, secondo una metodologia peculiare e secondo un paradigma biopsicosociale, tentando di risolverne la maggior parte nel proprio ambulatorio. Quindi un operatore sanitario ma coinvolto a pieno titolo nelle problematiche sociali. Tutto ciò rende ragione di un problema ancora irrisolto. Classificare l'attività dei medici di famiglia nel bilancio della unità sanitaria sotto la voce "beni e servizi" è significativo dell'incerta posizione di questo medico, da un lato cardine del servizio pubblico, dall'altro collaboratore esterno. Eppure il medico generale vive pienamente la propria professionalità in un servizio pubblico. Il legame operativo con la collettività è essenziale e va perduto in un sistema privatistico.

La prima convenzione col servizio nazionale, stipulata nel 1980, si è tenuta a questi indirizzi e ha subito codificato gli istituti contrattuali principali, tuttora validi. Ciascun medico ha una lista di iscritti con i quali intrattiene un rapporto individuale di fiducia; la lista ha base territoriale secondo criteri geografici numericamente calcolati (in pratica un medico ogni mille abitanti sopra i 6 anni); l'elenco degli iscritti non può superare le 1500 scelte ed è ridotto su base oraria qualora il medico abbia altri incarichi, ovviamente compatibili con il convenzionamento; infine la retribuzione è a quota capitaria.

<b>DISCIPLINA</b>	<b>CULTURA</b>	<b>APPROCCIO</b>
Medicina interna	Olistica	Patient/Disease Centred
Specializzazioni subspecializzazioni	Meccanico riduzionista	Disease/Doctor Centred
Medicina generale	Bio-psico-sociale	Patient/Problem Centred

Ciò risponde a un criterio di equità nell'assistenza e di uguaglianza tra medici, forse eccessiva e oggi considerata meno utile per i cittadini. La differenza fondamentale rispetto al rapporto d'impiego consiste nella necessità di dover specificare, nella convenzione, qualsiasi compito sia assunto dal medico, lasciando un margine di discrezionalità nell'eseguirli a seconda che siano ricompresi nella retribuzione capitolaria oppure onorati a prestazione. Questo è senz'altro il primo e più importante limite a una reale integrazione del medico generale nel servizio che, in tal modo, non avrà mai garanzia che un intero settore di prestazioni sia coperto completamente dai medici di famiglia. Molto si è discusso, come dettagliatamente esposto nel capitolo dedicato all'argomento, sulla figura giuridica di questo strano convenzionato che è il medico di famiglia. A causa della sua necessaria integrazione col servizio pubblico si è discettato su una sorta di via intermedia chiamata rapporto di parasubordinazione. Un falso problema; ciò che conta, e che comincia solo oggi a realizzarsi, è che il legame tra medico generale e servizio sia globale nel senso che tutti i convenzionati svolgano le stesse prestazioni, liberando il servizio da ogni residuo obbligo.

L'Unità Sanitaria Locale, antenata dell'attuale Azienda sanitaria, riuniva tutte le sparse membra dell'assistenza in un governo unitario della prevenzione, degli ospedali e del territorio. Tuttavia, abbiamo già detto, al contrario dell'ospedale che già fisicamente si colloca in un unico edificio dove i medici operano insieme, il territorio è sia un coacervo di servizi che la somma degli ambulatori dei medici di famiglia. Proprio questo è il punto: solo oggi si comincia a superare questo gravissimo ostacolo funzionale e si avvia la costituzione di aggregazioni obbligatorie di medici, sotto varie forme e denominazioni, perché ci si è finalmente accorti che la moderna patologia richiede risposte che il medico singolo, operante nel suo isolato ambulatorio, non può garantire. Allora si pone una precisa domanda: cosa è il territorio? Questa domanda è stata sempre posta ma solo ora, come vedremo nel corso dell'esposizione, si tenta di darvi una concreta risposta.

In effetti l'impianto assai poco definito della Legge 833/78 relativamente al Distretto, la necessità immediata di riorganizzare il sistema ospedaliero frammentato, disomogeneo e poco rispondente alle innovazioni, infine l'eterogeneità della posizione della medicina generale, hanno lasciato in una posizione di stallo gli aspetti organizzativi e istituzionali della medicina di famiglia, affidando alle convenzioni nazionali che si sono succedute fino a oggi la definizione dei compiti del medico e di integrarne le funzioni coerentemente agli scopi dell'azienda sanitaria.

Non ha aiutato nell'opera di integrazione la stessa composizione dei bilanci che collocano gli oneri sostenuti per la medicina generale tra i beni e servizi, quindi al di fuori della gestione diretta dell'azienda. In definitiva l'evoluzione della medicina generale si evince dalla storia delle convezioni nazionali, e poi regionali, piuttosto che da quella del Distretto che solo oggi, e non in tutte le Regioni, sperimenta forme innovative di organizzazione istituzionale. Le convenzioni, dalla prima stipulata nel 1980 ad oggi, non sono molto cambiate, come già nel capitolo storico è stato ampiamente descritto. I principi fondamentali sono rimasti fermi e l'impianto complessivo è costante nel tempo; unica aggiunta importante è avventa nel 1996 con l'inserimento dell'obbligo di concludere Accordi regionali con lo scopo di adeguare il dettato nazionale delle norme alle situazioni locali e alla differente organizzazione dei servizi regionali, nonché alla specifica programmazione contenuta nei piani sanitari. Altre aggiunte importanti sono rappresentate dalla sia pur minima riduzione dell'incidenza della quota capitaria rispetto a alcune voci variabili inerenti l'informatizzazione degli studi, l'utilizzo di personale di segreteria o infermieristico, il lavoro in gruppo, l'assistenza domiciliare a particolari pazienti. Inoltre il medico di famiglia ha contribuito ad alcune iniziative preventive e a specifiche campagne vaccinali, come quella antinfluenzale.

Purtroppo resta costante fino ai nostri giorni un rapporto molto lasso tra medico di famiglia e Distretto. A parere di chi scrive di investimenti e di budget non c'è molto da parlare per carenza di bilancio; nello stesso tempo l'attività dei medici distrettuali nei confronti della medicina generale si limita al controllo di alcune pre-

---

## **Nuova organizzazione sanitaria**

---

### **OBIETTIVI**

---

- Adeguata ai nuovi bisogni di salute
  - Più orientata alla *presa in carico della **persona**, all'ascolto del problema e all'accompagnamento*
  - Finalizzata al **miglioramento dello stato di salute** e non solo alla risoluzione dello specifico problema espresso
- 

---

## **Territorio Territorio**

---

- Funzione **educativa e preventiva**
  - Gestisce le **pluripatologie croniche** e gli stati di **non autosufficienza** in continuo aumento
  - Costituisce il punto di prima accoglienza dei disturbi della popolazione e ne esegue un efficace filtro
-

stazioni, alla distribuzione dei vaccini, a qualche risposta organizzativa per l'assistenza domiciliare.

Il ruolo di questi medici non è ben definito, così come non è chiara l'architettura istituzionale del Distretto; ciò ha reso particolarmente arduo il governo della medicina generale con conseguenze negative sul controllo sia della domanda di prestazioni che sull'offerta, resa ancor più inappropriata dalla carenza di percorsi assistenziali efficaci e dall'assenza di controllo sull'azione induttiva della prescrizione specialistica. Il Distretto finora è stata in realtà una occasione mancata e, anche, una speranza tradita, una delle più cocenti delusioni rispetto alle promesse della riforma sanitaria.

Il D.lgs 229/99, ridisegnò il Distretto rispetto alla L. 833/78 inquadrandone più modernamente ruolo e funzioni, nella consapevolezza dei profondi cambiamenti della domanda di salute e dei mutamenti demografici nonché delle necessarie modifiche dell'organizzazione del territorio, indispensabili, tra l'altro, a causa della profonda riorganizzazione aziendalistica del sistema ospedaliero ormai in fase di avanzata progettazione e attuazione. Il D.lgs 229/99, come analizzato in modo particolare nel capitolo dedicato, demanda alle Regioni l'organizzazione distrettuale ma ne definisce alcuni fondamentali principi.

Insomma un programma di grande valore sanitario e sociale, realizzato molto parzialmente e con vistose differenze tra le diverse Regioni. I problemi meno risolti, che nel capitolo specifico verranno maggiormente e dettagliatamente analizzati e descritti, riguardano ovviamente l'integrazione sociosanitaria, sia per la difficoltà di definire l'assetto istituzionale dei rapporti tra aziende e comuni, sia per la difficoltà valutativa della casistica (si pensi al problema non ancora risolto della valutazione multidimensionale dell'anziano o di quella del possibile reinserimento del disabile).

In effetti l'evoluzione demografica e quella dei bisogni della popolazione rendono sempre più necessaria l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, e il medico di famiglia si trova spessissimo di fronte a casi, in particolare anziani, in cui deve o dovrebbe svolgere il ruolo di manager clinico del caso, coordinando le diverse risposte del sistema. Un compito particolarmente difficile sia perché i medici non sono del tutto preparati, né hanno il tempo a causa dell'organizzazione del loro lavoro per svolgere questo compito, sia perché in realtà il Distretto, così ben organizzato sulla carta, quasi mai è stato attuato completamente e reso funzionale alla realtà dell'assistenza di base. Inoltre i finanziamenti dei diversi servizi regionali sono stati riversati sul Distretto in modo insufficiente e, spesso, episodico.

Si pone allora una domanda: il Distretto così come è previsto dal D.lgs 229/99 è idoneo a rispondere a queste esigenze della popolazione assistita? Insomma come rendere un tutto coerente il Distretto e l'Assistenza Primaria? Come dovrebbe essere il Distretto alla luce della programmazione degli anni 2000?

I più recenti documenti di programmazione regionale, indipendentemente dall'assetto istituzionale che varia localmente, assegnano al Distretto (o alla zona Distretto, territorialmente più estesa) la valutazione dei bisogni sociali e sanitari della comunità e delle caratteristiche dei servizi necessari per soddisfare i bisogni assi-

stenziali della popolazione di riferimento. Inoltre, la programmazione assegna al Distretto l'integrazione sociosanitaria e il compito di assicurare lo svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici generali, garantendo ai cittadini l'accesso alle prestazioni offerte da tutti i presidi aziendali, coordinando le attività ospedaliere con quelle territoriali. Ma il compito più rilevante in capo al responsabile del Distretto è la gestione del budget assegnato e la negoziazione di questo con i diversi responsabili delle unità funzionali distrettuali. È evidente che la riorganizzazione delle cure primarie secondo il modello della medicina di iniziativa nei confronti della cronicità impone la contrattazione del budget con le singole unità di medicina generale. Una novità di grandissimo rilievo.

In pratica nel Distretto (o nella zona Distretto) debbono essere assicurate.

- le attività sanitarie di comunità comprese le cure primarie
- le attività di salute mentale
- l'assistenza ai tossicodipendenti e agli alcolisti
- l'assistenza sociale.

Tutto ciò ripropone un'antica domanda: come si può governare la domanda di prestazioni (o meglio trasformare i bisogni espressi e inespressi in domanda di servizi appropriata e congrua)? Perché indubbiamente è più semplice governare l'offerta attraverso il lavoro associato, l'approccio proattivo, l'incentivazione economica di modelli di qualità e appropriatezza clinica e organizzativa, l'analisi dei consumi sanitari e sociali, definendo fabbisogni e volumi di prestazioni sia specialistiche che ospedaliere, coordinando il percorso assistenziale e raccordando la continuità assistenziale con la medicina generale, gestendo protocolli per i pazienti in dimissione, infine integrando i progetti sociali e sanitari. Resta più arduo il controllo della domanda perché legato anche ad una educazione e promozione della salute che troppo risentono della distorsione informativa ad opera dei mass media nonché delle attese miracolistiche nella medicina moderna, condizionata dal prevalere di un malinteso diritto individualistico.

Questi problemi per ora più enunciati che affrontati ripropongono la questione dell'evoluzione della medicina generale quale cardine di un'assistenza moderna, in grado di rispondere all'invecchiamento della popolazione, alle modificazioni della patocenosi derivante dalla cronicità e dalle pluripatologie, dallo sviluppo della scienza e della tecnologia medica, il tutto in un mondo multi-etnico e quindi in crisi di valori comunitari.

Conviene allora, prima di affrontare il tema del Distretto oggi, come dovrebbe essere, indicare le linee di tendenza della medicina generale. Riteniamo che la riflessione più matura della categoria dovrebbe indirizzarsi sui seguenti temi:

- una job description attualizzata con la conseguente individuazione di una nuova organizzazione del lavoro,

- una definizione dei compiti del personale non medico, in particolare infermieristico,
- l'informatizzazione obbligatoria degli ambulatori e la fornitura di dati di governo,
- la definizione dei rapporti tra ospedale e territorio mediante precisi percorsi assistenziali condivisi,
- l'attuazione del modello di assistenza ai cronici,
- il ruolo del medico generale nelle strutture intermedie,
- la strutturazione del lavoro secondo criteri interdisciplinari,
- l'assistenza nelle 24 ore e criteri per il primo intervento,
- la medicina di iniziativa,
- la definizione degli indicatori di percorso e di esito,
- gli investimenti strutturali e di personale,
- i criteri per la definizione del budget di unità operativa,
- gli incentivi.

Il Distretto quindi è principalmente il luogo dove gli aspetti clinici e relazionali col paziente, propri dell'attività del medico di famiglia, si integrano con le attività di sanità pubblica, rivolte alla comunità, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti di salute. Infatti sono speculari alle indicazioni tratteggiate sul futuro della medicina generale, la capacità e la competenza di individuare un livello di strutturazione istituzionale dell'azienda sanitaria in grado di svolgere i seguenti compiti prioritari alla attuazione della programmazione regionale:

- l'analisi dei bisogni di salute della comunità,
- l'individuazione condivisa delle priorità,
- l'organizzazione dei servizi alla collettività,
- l'individuazione e l'organizzazione della rete dei professionisti riuniti in unità operative poliprofessionali,
- la collaborazione e la concertazione con le istituzioni locali,
- la definizione della partecipazione del volontariato,
- il monitoraggio dei risultati mediante la raccolta dei dati epidemiologici e dei registri di patologia,
- la negoziazione complessiva di budget con la azienda.

In pratica è necessario offrire un affiancamento e un supporto al team assistenziale non soltanto per sopperire alle necessità erogative dell'assistenza, ma in termini di progettazione, attuazione e verifica dei percorsi assistenziali, anche e più che altro al fine dell'integrazione sociosanitaria.

Questo ruolo moderno del Distretto si concretizza nella costruzione dei profili di salute della comunità di riferimento, condivisa tra tutti gli operatori, nella attivazione della rete dei servizi territoriali e nella gestione delle unità di valutazione multi-



dimensionali per costruire il piano assistenziale personalizzato. La rete dei servizi, comprendente le strutture intermedie, garantisce la continuità delle cure, coordinando i percorsi ospedaliero territoriali assistenziali e diagnostici - terapeutici. In pratica deve essere redatto il piano integrato di salute anche attraverso i registri di patologia e gli audit organizzativi orientati alla *evidence based health medicine*; infine deve essere attuato il monitoraggio e la valutazione dei risultati. Tutto ciò necessita di importanti modifiche istituzionali mediante la creazione della figura di un community manager, una sorta di direttore sanitario del Distretto. Scopo prevalente di una medicina orientata all'iniziativa è il coinvolgimento di pazienti informati e consapevoli, capaci in molti casi di una vera autogestione del processo di cura.

In conclusione la risposta ai bisogni di salute della popolazione necessita di una profonda revisione e ristrutturazione del modello sanitario di base e cioè dell'architettura del Distretto e del lavoro del medico generale. Occorre predisporre le condizioni strutturali, organizzative e contrattuali perché la professione di medico di famiglia si eserciti soltanto all'interno di aggregazioni ove operano team poliprofessionali secondo modelli assistenziali condivisi, inserite in un Distretto funzionale allo scopo di erogare la migliore assistenza possibile ai cittadini di quella comunità.

Il cambiamento richiesto alla medicina generale è profondo e radicale. Tuttavia una categoria che ha saputo gestire il passaggio da medico della mutua a medico del servizio sanitario non fallirà nell'affrontare questo ulteriore passaggio epocale.



## capitolo 3

---

*Il bisogno di Assistenza Primaria:  
aspetti demografici ed epidemiologici.  
Evoluzione e prospettive*



### 3. Il bisogno di Assistenza Primaria: aspetti demografici ed epidemiologici. Evoluzione e prospettive

**Alessandra Burgio**

I bisogni sanitari di Assistenza Primaria della popolazione sono determinati dalle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche del nostro Paese. L'attività del medico di medicina generale è fortemente determinata dalla tipologia di assistiti. Tanto più il suo bacino di utenza è caratterizzato da pazienti anziani, da pazienti affetti da patologie croniche e/o da disabilità o da pazienti con comportamenti a rischio per la salute tanto più il suo "carico di lavoro" è elevato.

L'analisi dell'evoluzione degli aspetti demografici ed epidemiologici consente quindi di capire quali bisogni sono andati crescendo nel tempo e quali caratterizzeranno la popolazione nel prossimo futuro.

A questo scopo di seguito si descrive l'andamento di alcuni indicatori demografici ed epidemiologici studiandone l'evoluzione nel recente passato e ipotizzandone la loro modificazione futura.

L'analisi puntuale dei singoli indicatori è effettuata a livello nazionale. Successivamente si approfondiscono i fenomeni a livello regionale mediante un'analisi complessiva degli indicatori demografici ed epidemiologici.

#### **Aspetti demografici**

Le fonti della statistica ufficiale consentono una descrizione dettagliata dei diversi aspetti demografici (popolazione e struttura per età, natalità, mortalità, flussi migratori), sia per quanto riguarda il passato che per il futuro. L'ISTAT, infatti, pubblica ormai da molti anni dati statistici di dettaglio sulla popolazione e periodicamente aggiorna le previsioni della popolazione residente. Le ultime previsioni si riferiscono al periodo 2007-2051 e sono disponibili per genere, anno di previsione, tipo di scenario (centrale, alto, basso), con dettaglio territoriale fino al livello di Provincia. Inoltre è stata introdotta un'apposita sezione delle previsioni dedicata ai cittadini residenti stranieri, con dettaglio territoriale fino al livello di Regione.

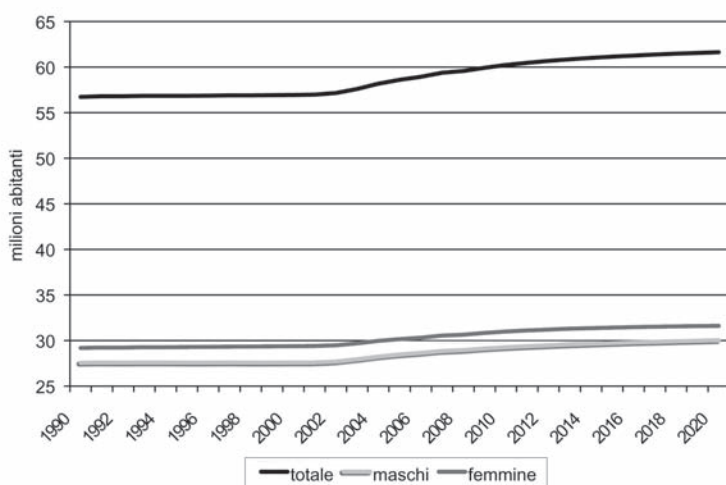
Per le finalità del presente lavoro si farà quindi riferimento a questi dati considerando in particolare per le previsioni i dati riferiti allo scenario centrale. Le previsioni

sono articolate secondo tre distinti scenari. Con lo scenario centrale viene fornito un set di stime puntuali ritenute “verosimili” costruite in base alle recenti tendenze demografiche. Con lo scenario alto si ipotizzano fecondità, sopravvivenza e flussi migratori (interni e con l'estero) più sostenuti, mentre vale esattamente l'opposto nello scenario basso.

## La popolazione residente

La popolazione residente in Italia è passata da 56,7 milioni nel 1990 a circa 60 milioni nel 2009 e crescerà ulteriormente nei prossimi anni assestandosi a 61,7 milioni nel 2020. L'incremento medio annuo è stato piuttosto contenuto e pari allo 0,3%. Tuttavia, come si evidenzia nella figura 1, vi è stata un'accelerazione negli anni 2003-2005, soprattutto per effetto delle politiche sui flussi migratori che hanno portato un numero elevato di cittadini stranieri a regolarizzare la loro presenza iscrivendosi nelle liste anagrafiche.

**Figura 1 - Popolazione residente per genere - Anni 1990-2020**



Fonte: ISTAT, dati popolazione residente per età, sesso e stato civile e previsioni della popolazione 2007-2051

Nella popolazione vi sono 106 donne ogni 100 uomini nonostante si registrino più nascite maschili che femminili. Ciò è dovuto al noto effetto della maggiore sopravvivenza delle donne. Il rapporto tra i sessi rimane costante nel tempo.

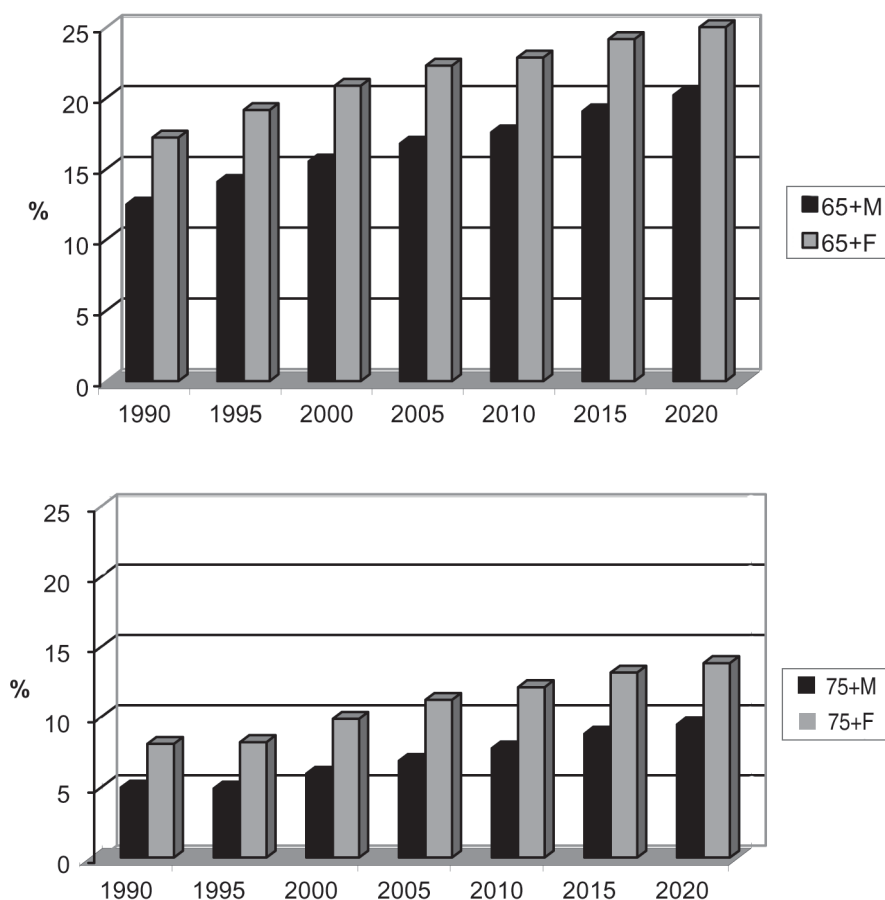
La popolazione italiana è tra le più anziane del mondo a causa di uno scarso

ricambio generazionale determinato da livelli di fecondità e di mortalità decrescenti registrati per gran parte del secolo scorso.

Attualmente gli ultrasessantacinquenni sono circa 12 milioni (il 20% del totale). Rispetto al 1990 sono aumentati del 40% e un ulteriore incremento del 18% si avrà entro il 2020 quando saranno diventati circa 14 milioni.

Maggior allarmismo determina il trend della popolazione molto anziana (75 anni e oltre) passata da meno di 4 milioni nel 1990 agli attuali 5,7 milioni (+52%) e che si prevede ammonterà a 7,2 milioni nel 2020 (12% del totale).

**Figura 2 - Percentuale di popolazione anziana per genere - Anni 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 2020**



Fonte: Istat, dati popolazione residente per età, sesso e stato civile e previsioni della popolazione 2007-2051

Questa popolazione è composta principalmente da donne: esse costituiscono il 58% degli ultrasessantacinquenni e il 63% degli ultrasessantacinquenni. Il rapporto tra i sessi è sempre stato e si manterrà costantemente a favore delle donne, anche se subirà una lieve flessione nel futuro, passando da 146 donne ogni 100 uomini nel 1990 a 132 nel 2020 nella popolazione di 65 anni e oltre, e da 172 a 154 nella popolazione di 75 anni e oltre. Tale fenomeno dipende da un numero crescente di uomini che raggiungerà queste età.

Il peso relativo della popolazione ultrasessantacinquenne rispetto alla popolazione complessiva aumenta nel tempo sia negli uomini che nelle donne (figura 2).

Se nel 1990 un uomo ogni 8 aveva 65 anni e oltre, nel 2020 ce ne sarà uno ogni 5. Nelle donne tale proporzione passa da una a 6 nel 1990 a una a 4 nel 2020.

Negli stessi anni tra i molto anziani la percentuale rispetto alla popolazione complessiva subisce quasi un raddoppio negli uomini passando dal 5% al 9,5%, mentre nelle donne varia dal 8% al 14%.

Una condizione che può aggravare la fragilità dell'anziano è rappresentata dal vivere da soli. Sebbene in Italia vi sia una tradizione molto radicata per quanto riguarda la rete familiare e gli aiuti che derivano dalla famiglia alle persone bisognose di cure e assistenza, il vivere senza altri conviventi in casa può costituire una condizione di maggiore esposizione a fattori di rischio per la salute. In Italia una famiglia ogni 7 è costituita da un anziano che vive solo. Sono infatti circa 3,2 milioni gli ultrasessantacinquenni che vivono soli (di cui 2,5 milioni sono donne) e rappresentano il 27% del totale degli anziani.

Tale percentuale sale al 37% tra le donne, mentre è pari al 14% tra gli uomini. Negli anni si osserva un andamento oscillante intorno a questi due valori, ma leggermente in aumento (figura 3). Difatti, se si prosegue il trend osservato in passato, le percentuali tendono ad aumentare (la previsione per questo indicatore è ottenuta mediante una semplice proiezione dei dati osservati, in quanto l'indicatore non è disponibile nelle statistiche prodotte dall'ISTAT relative alle previsioni della popolazione residente), in particolare nelle donne: nel 2020 avremmo quindi il 17% di uomini di 65 anni e oltre e il 41% di donne della stessa età che si troverebbero nella condizione di vivere da soli.

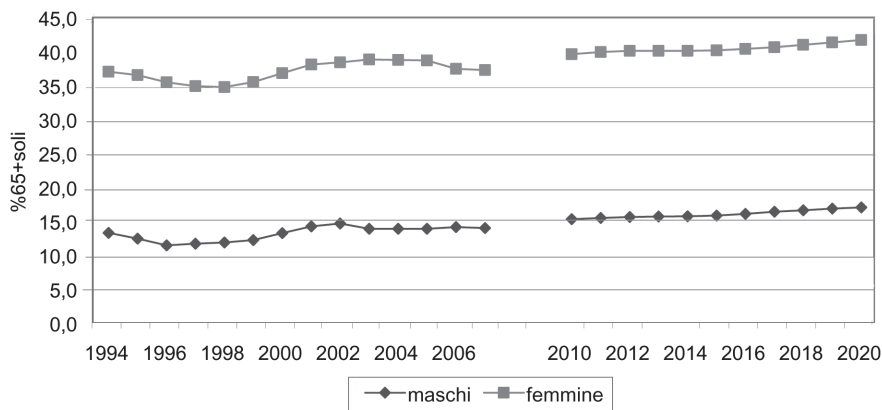
Un altro indicatore che può segnalare condizioni di particolare squilibrio tra i diversi gruppi di popolazione è l'indice di dipendenza degli anziani, calcolato rapportando l'ammontare della popolazione di 65 anni e oltre alla popolazione di 15-64 anni. Tale indice mette in relazione la popolazione che nella quasi totalità dei casi è fuoriuscita dal mercato del lavoro con la popolazione attiva. In termini socio-sanitari può anche essere letto come un indicatore di carico della popolazione che esprime bisogni socio-sanitari elevati rispetto ai potenziali "care givers".

L'indice attualmente è pari al 30%, è cresciuto di otto punti percentuali rispetto al 1990 e raggiungerà il 36% nel 2020.

Come per gli indicatori visti in precedenza, data la struttura per età più anziana delle donne, l'indice è più elevato nel sesso femminile (35% vs. 25%). Le differenze

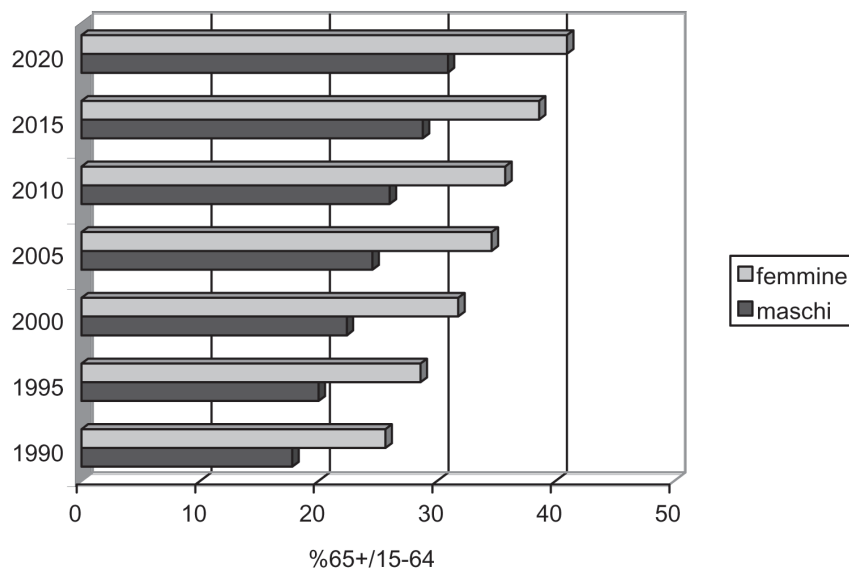


**Figura 3 - Percentuale di anziani di 65 anni e oltre che vivono da soli  
Anni 1994-2007; 2010-2020**



Fonte: ISTAT, indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

**Figura 4 - Indice di dipendenza degli anziani per genere  
Anni 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 2020**



Fonte: ISTAT, dati popolazione residente per età, sesso e stato civile e previsioni della popolazione 2007-2051

di genere si manterranno costanti anche nel prossimo futuro quando nel 2020 41 donne ultrasessantacinquenni potranno contare su 100 donne di 15-64 anni, mentre 100 uomini giovani-adulti dovranno prendersi cura di 31 uomini anziani (figura 4).

## La mortalità generale

L'Italia, come detto, ha una quota elevata di popolazione anziana anche per effetto di bassi livelli di mortalità.

La mortalità è piuttosto contenuta sia nel primo anno di vita che alle altre età.

La mortalità nel primo anno di vita è considerata in letteratura un indicatore di sviluppo del paese. In Italia attualmente si rilevano circa 2.100 decessi nel primo anno di vita, quindi in termini relativi ogni 1.000 nati si registrano meno di 4 decessi (tabella 1). I livelli di mortalità infantile si sono dimezzati negli ultimi 15 anni.

Come per la mortalità alle altre età muoiono più maschi che femmine. I tassi di mortalità infantile nel periodo 1990-2005 si sono ridotti del 56% nei maschi e del 53% nelle femmine.

Non si dispone di previsioni relative a questo indicatore, tuttavia si può ipotizzare che nei prossimi anni si registreranno ulteriori decrementi, sebbene di entità molto contenuta, dati i bassi livelli di mortalità ormai raggiunti.

La mortalità infantile può essere analizzata nelle sue componenti. Difatti la mortalità nella prima settimana di vita è in genere determinata da cause cosiddette "endogene" in quanto legate a problemi congeniti, mentre la mortalità dopo la prima settimana di vita è più frequentemente determinata da cause "esogene", ovvero legate a problemi insorti successivamente alla nascita.

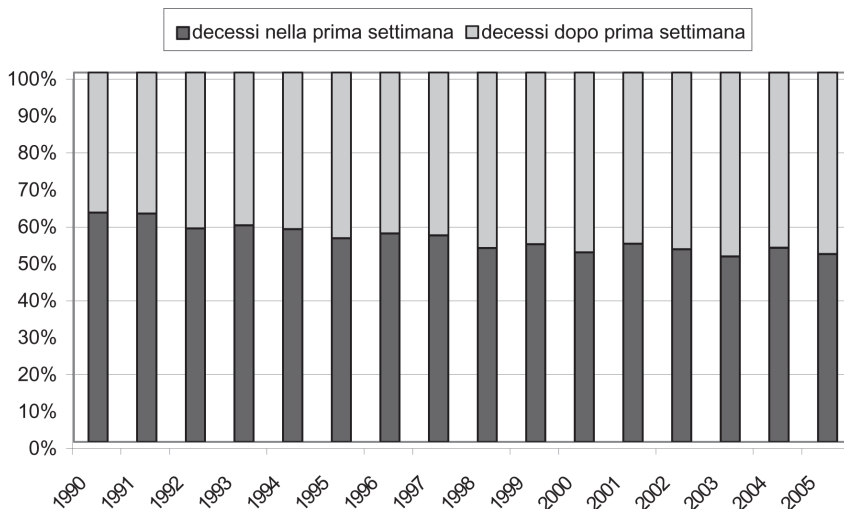
**Tabella 1 - Decessi e tasso di mortalità (per 1.000) nel primo anno di vita  
Anni 1990, 1995, 2000, 2005**

	Totale		Maschi		Femmine	
	<i>decessi</i>	<i>tasso</i>	<i>decessi</i>	<i>tasso</i>	<i>decessi</i>	<i>tasso</i>
1990	4.654	8,2	2.663	9,1	1.991	7,2
1995	3.257	6,1	1.887	6,9	1.370	5,3
2000	2.429	4,3	1.325	4,5	1.104	4,0
2005	2.108	3,7	1.169	4,0	939	3,4

Fonte: ISTAT, indagine sulle cause di morte

Attualmente i decessi nella prima settimana di vita rappresentano il 51% del totale. Tuttavia è interessante considerare come si è modificato il rapporto tra le due componenti nel tempo (figura 5).

**Figura 5 - Composizione percentuale dei decessi nel primo anno di vita Anni 1990-2005**



Fonte: ISTAT, indagine sulle cause di morte

Negli ultimi 15 anni la forte riduzione della mortalità infantile si è accompagnata ad un aumento della quota dovuta alla mortalità dopo la prima settimana di vita (dal 38% al 49%). Questo vuol dire che è diminuita più rapidamente la mortalità nella prima settimana di vita, forse grazie ad interventi medici che oggi consentono una maggiore sopravvivenza ai nati prematuri.

Ulteriori riduzioni della mortalità infantile potrebbero ottenersi prevenendo i fattori di rischio associati alla mortalità per sindrome da distress respiratorio neonatale, altre malattie respiratorie del feto e del neonato e SIDS (sindrome della morte improvvisa del lattante), che costituiscono le principali cause di morte nel primo anno di vita.

Per quanto riguarda la mortalità complessiva ogni anno in Italia si registrano circa 570.000 decessi, corrispondenti a poco meno di 10 decessi ogni 1.000 residenti. Il numero assoluto di decessi ha subito un lieve aumento dall'inizio degli anni '90 per effetto dell'invecchiamento della popolazione, con un picco di circa 590.000 decessi nel 2003, quando l'ondata di calore del periodo estivo causò un incremento della mortalità per l'anticipazione dei decessi di alcuni soggetti più fragili.

Ma eliminando l'effetto dovuto all'invecchiamento della popolazione, considerando la speranza di vita, appaiono evidenti i guadagni di sopravvivenza che

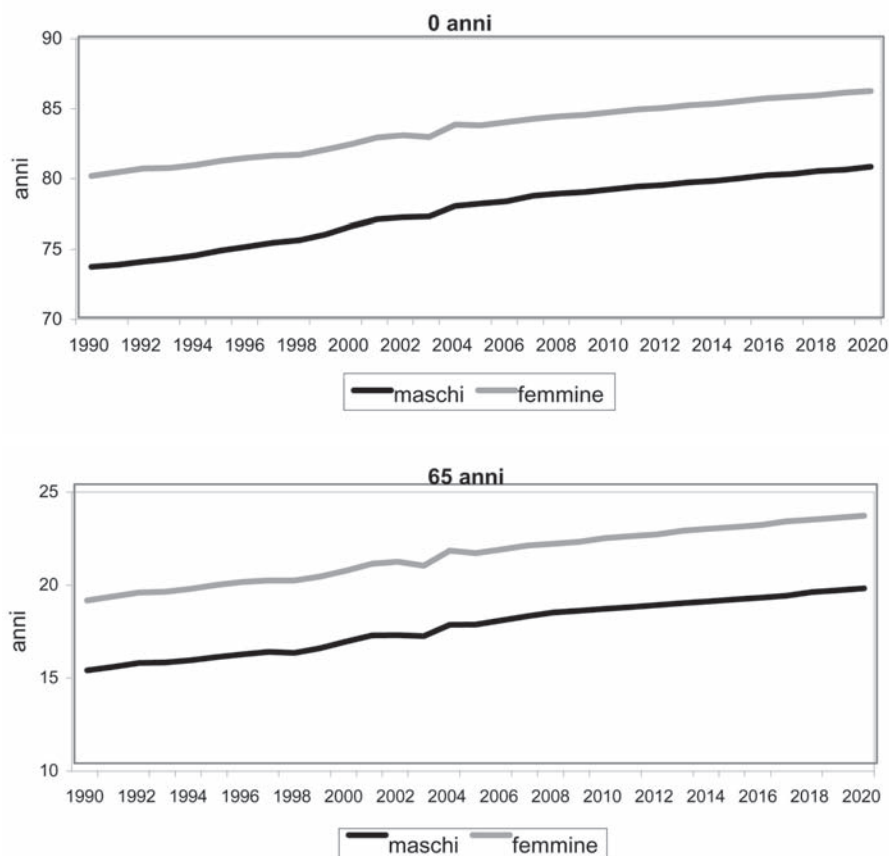
hanno caratterizzato la popolazione italiana negli ultimi anni e gli ulteriori incrementi previsti fino al 2020 (figura 6).

Attualmente l'attesa di vita di un uomo alla nascita è mediamente pari a 78,1 anni. In 15 anni il guadagno di sopravvivenza è stato pari a 4,5 anni e nei prossimi 15 anni si prospetta un ulteriore incremento di 2,6 anni, raggiungendo una vita media di 80,7 anni.

Le donne già oggi vivono mediamente 83,7 anni, hanno guadagnato rispetto al 1990 3,6 anni ed altri 2,4 anni guadagneranno nel prossimo futuro, arrivando ad una speranza di vita alla nascita pari a 86,1 anni.

I miglioramenti di sopravvivenza sono stati e continueranno ad essere ancora più consistenti per la popolazione anziana.

**Figura 6 - Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per genere - Anni 1990-2020**

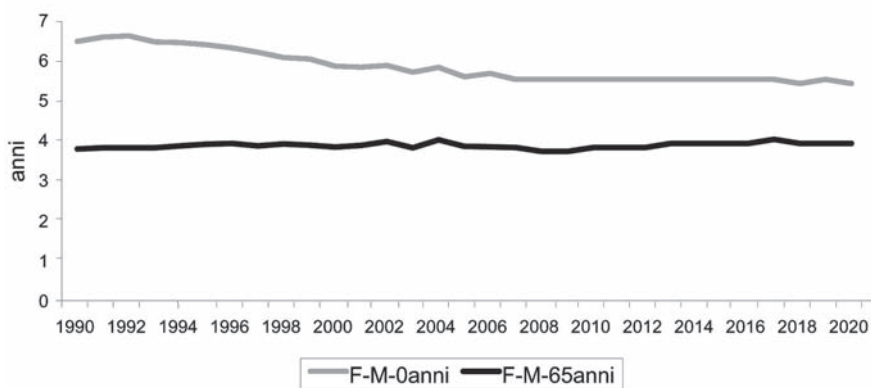


Fonte: Istat, indagine sulle cause di morte; previsioni della popolazione 2007-2051

Uomini e donne a 65 anni hanno guadagnato 2,5 anni di vita media dal 1990 ad oggi passando rispettivamente da 15 a 17,5 anni (+16,5%) e da 18,7 a 21,3 anni (+13,5%). Da qui al 2020 vi sarà un ulteriore incremento di circa 2 anni di vita media per entrambi i sessi, per cui un uomo a 65 anni avrà una speranza di vita di 19,4 anni ed una donna di 23,3 anni.

Le donne quindi vivono e continueranno a vivere mediamente di più degli uomini. Tuttavia le differenze di genere alla nascita tendono a ridursi nel tempo (da 6,5 anni nel 1990, a 5,5 anni dal 2007 in poi), mentre a 65 anni rimangono costanti (3,8-3,9 anni) (figura 7).

**Figura 7 - Differenze di genere per la speranza di vita alla nascita e a 65 anni - Anni 1990-2020**



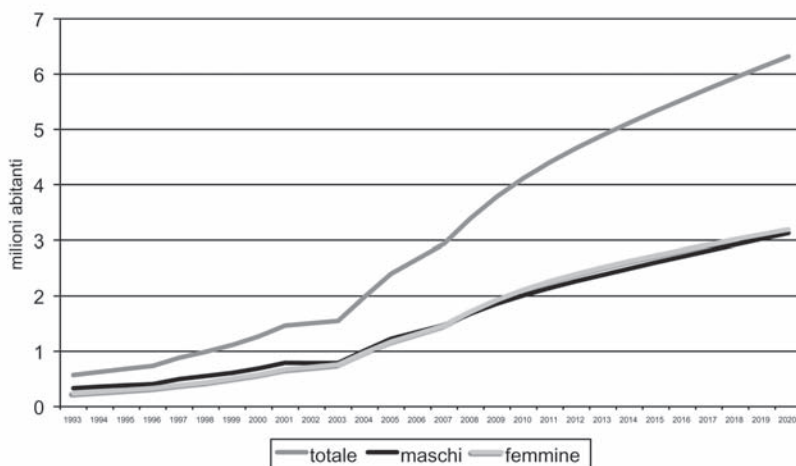
Fonte: Istat, indagine sulle cause di morte; previsioni della popolazione 2007-2051

## Gli stranieri residenti

L'Italia, Paese di emigrazione per gran parte del '900 è divenuto, alla fine del secolo scorso, Paese di immigrazione.

I cittadini stranieri regolarmente presenti nel nostro Paese, per le caratteristiche della normativa italiana, sono nella maggioranza dei casi anche residenti, per cui un'immagine della presenza regolare deriva dall'analisi dei cittadini stranieri registrati in anagrafe.

Gli stranieri residenti erano circa 570.000 nel 1993 e sono diventati attualmente 2,7 milioni (+366%). Un ulteriore incremento del 137% è previsto da qui al 2020 quando i residenti stranieri saranno 6,3 milioni (figura 8). È evidente l'aumento

**Figura 8 - Cittadini stranieri residenti in Italia per genere - Anni 1993-2020**

Fonte: ISTAT, popolazione straniera residente; previsioni della popolazione 2007-2051

improvviso registrato a partire dal 2003 per effetto della sanatoria prima e dell'ingresso nell'Unione europea poi di 10 nuovi Paesi (i Paesi entrati nell'Unione europea nel 2004 sono: Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Repubblica Ceca, Slovenia, Slovacchia, Ungheria) nel 2004 e di Romania e Bulgaria nel 2007.

Il rapporto tra i sessi era a favore degli uomini nel periodo iniziale, quando rappresentavano il 58%; si è andato poi equilibrando negli anni successivi al 2000 con un numero di uomini sostanzialmente uguale al numero di donne e si prevede che nei prossimi anni ci sarà una lieve predominanza di donne.

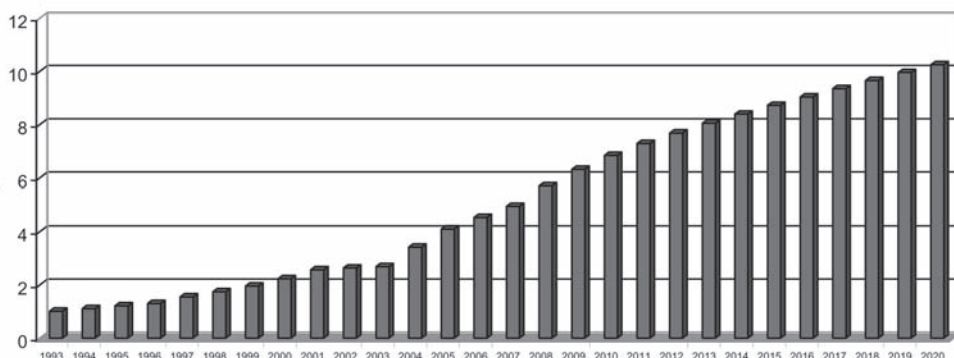
Il ritmo di incremento degli stranieri residenti è sensibilmente più elevato del complesso della popolazione: nel periodo 1993-2007 si è osservata una variazione media del 12,6% rispetto allo 0,3%.

Di conseguenza i cittadini stranieri stabilmente presenti nel nostro paese costituiranno una quota fortemente crescente della popolazione totale (figura 9). La percentuale di stranieri ammontava a circa l'1% nel 1993, è salita a oltre il 5% ai giorni nostri e si stima sarà pari al 10,2% nel 2020.

Le caratteristiche di questo gruppo di popolazione appaiono molto diverse rispetto alla popolazione complessiva (figura 10).

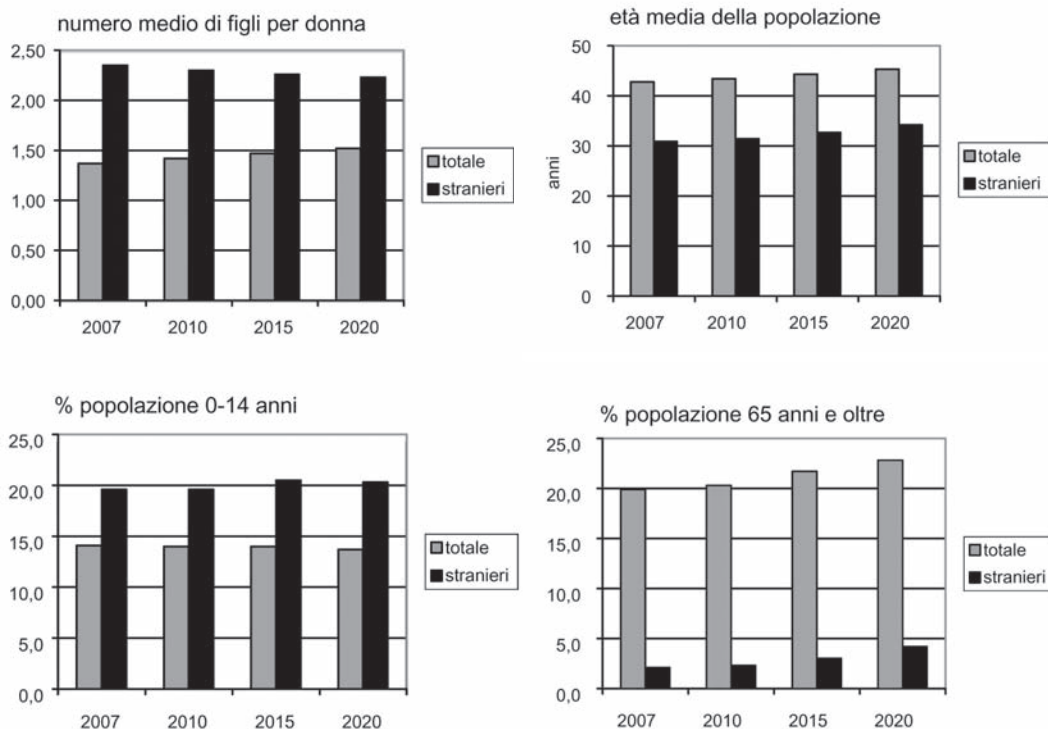
Il numero medio di figli per donna degli stranieri è al di sopra del livello di sostituzione della popolazione (il tasso di sostituzione, pari a 2,1 figli per donna, rappresenta il numero medio di figli che ciascuna donna dovrebbe avere per rimpiazzare nella generazione successiva se stessa ed il proprio partner, garantendo così il ricambio generazionale) e pari a 2,35 contro 1,37 per il totale delle residenti.

**Figura 9 - Percentuale di cittadini stranieri residenti - Anni 1993-2020**



Fonte: ISTAT, popolazione straniera residente; popolazione residente per età, sesso e stato civile; previsioni della popolazione 2007-2051

**Figura 10 - Alcuni indicatori demografici dei cittadini stranieri residenti e della popolazione residente totale - Anni 2007, 2010, 2015, 2020**



Fonte: Istat, popolazione straniera residente; popolazione residente per genere, età e stato civile; previsioni della popolazione 2007-2051

Nel tempo si prevede che le differenze tenderanno ad attenuarsi pur mantenendosi significative: nel 2020 gli stranieri continueranno ad avere livelli di fecondità 1,5 volte più elevati della popolazione complessiva (2,23 vs. 1,52). Questi comportamenti riproduttivi contrasteranno quindi il progressivo invecchiamento della popolazione residente in Italia e garantiranno un maggior ricambio generazionale.

Come è noto, la popolazione straniera ha una struttura per età molto più giovane di quella complessiva. Difatti l'età media è pari a 31 anni contro i 43 anni della popolazione totale. Tuttavia vi sarà un progressivo invecchiamento anche degli stranieri, con un aumento dell'età media a 34 anni nel 2020. Questo fenomeno si confermerà anche nella quota di popolazione di 65 anni e oltre che subirà un aumento nel prossimo futuro, sebbene raggiungerà valori sensibilmente più bassi di quelli relativi alla popolazione totale (4,2% vs. 22,8%). Sostanzialmente stabile nel tempo è la percentuale di popolazione in età pediatrica che risulta pari al 20% tra gli stranieri e al 14% tra tutti i residenti.

Gli indicatori demografici descrivono quindi una situazione attuale e futura relativa alla presenza straniera nel nostro paese che avrà come effetto principale un'attenuazione del processo di invecchiamento, tanto più forte quanto più elevata sarà la percentuale di stranieri residenti.

## Considerazioni conclusive per l'Assistenza Primaria

Il quadro demografico italiano, letto nell'ottica delle implicazioni per l'Assistenza Primaria, evidenzia:

- una popolazione in aumento soprattutto per effetto dell'aumento della presenza di cittadini stranieri regolari. Questo vuol dire che la società italiana sarà sempre più multi etnica e quindi il medico di medicina generale avrà frequentemente pazienti con caratteristiche sociali e culturali diverse. Tale diversità tenderà comunque sempre più ad attenuarsi nel tempo, in conseguenza dell'avanzamento del processo di integrazione degli stranieri nel nostro paese, che si accompagnerà inevitabilmente ad una progressiva omogeneizzazione della popolazione.
- Il carico assistenziale dei medici di medicina generale sarà crescente per effetto del progressivo invecchiamento della popolazione e per il conseguente aumento della quota di popolazione anziana, che esprime bisogni sanitari elevati.
- La maggiore sopravvivenza delle donne, che si manterrà stabile soprattutto tra gli anziani, farà sì che le pazienti "potenziali" del medico di medicina generale saranno soprattutto del genere femminile. Tuttavia, questo non vuol dire necessariamente che il medico di famiglia si troverà a seguire più donne che uomini, in considerazione del fatto che gli uomini generalmente, come si vedrà più avanti nell'analisi degli indicatori epidemiologici,



si ammalano di patologie più severe rispetto alle donne.

- Un ulteriore possibile aggravio dell'attività di assistenza offerta dai medici di famiglia potrebbe derivare dal fatto che un numero crescente di anziani potrà contare su un numero decrescente di "care givers" di 15-64 anni.
- Ma il fattore che avrà maggior influenza sul carico assistenziale dei medici di medicina generale sarà legato alla qualità della vita dei pazienti sopravvissuti.

Di seguito, quindi, si cercherà di descrivere l'evoluzione degli aspetti epidemiologici ed i possibili scenari futuri.

### **Aspetti epidemiologici**

Diversamente dagli indicatori demografici, le fonti della statistica ufficiale non producono previsioni relativamente agli indicatori epidemiologici. Per le finalità del presente lavoro si effettueranno quindi delle previsioni ad hoc, presentando i risultati che derivano dalla formulazione di due ipotesi distinte. Una prima ipotesi basata sull'invarianza del quadro attuale, che fornisce una rappresentazione della situazione futura mantenendo costanti i tassi specifici per età dell'anno più recente. Con questa ipotesi si presuppone che il fenomeno oggetto di studio non subirà alcuna evoluzione e quindi lo scenario è determinato unicamente dalle dinamiche di popolazione.

Una seconda ipotesi basata sul prolungamento nel tempo delle tendenze osservate in un periodo recente (ultimi 5 anni). In questo caso ai tassi specifici per età viene applicata la variazione media annua calcolata sull'ultimo quinquennio di osservazione. Quindi si ipotizza che i miglioramenti o peggioramenti recenti si protrarranno nel prossimo futuro e quindi lo scenario finale dipenderà sia dalle dinamiche di popolazione sia dalla dinamica positiva o negativa del fenomeno analizzato. Con entrambe le ipotesi si calcolano i dati assoluti ed i tassi per gli anni fino al 2020 applicando i tassi specifici stimati alla popolazione prevista per quegli anni con le previsioni ufficiali dell'ISTAT nello scenario centrale.

Queste ipotesi vengono applicate ai singoli fenomeni e pertanto si trattano gli indicatori come se fossero indipendenti. Tale assunzione è particolarmente forte e difficilmente verificabile nella realtà. Si pensi ad esempio al progressivo debellamento delle malattie infettive che ha contribuito nel corso del 20° secolo alla diminuzione della mortalità per queste cause, ma che si è accompagnato anche ad un aumento della mortalità per patologie croniche. Tuttavia, considerato che obiettivo del lavoro è descrivere il possibile andamento futuro di alcuni aspetti epidemiologici, si ritiene sufficiente applicare tale metodologia anziché ricorrere a modelli statistici più complessi.

Inoltre con questo metodo i fattori che agiscono sono determinati solo dalle variazioni demografiche ed epidemiologiche. Pertanto è sottointesa l'ipotesi di invarianza di altri fattori quali il progresso scientifico, tecnologico e medico.

Come evidenziato in precedenza, l'evoluzione della domanda di Assistenza Pri-

maria dipende fortemente dall'evoluzione della qualità della vita e quindi delle condizioni di salute. Difatti il prolungamento della sopravvivenza potrà accompagnarsi ad un miglioramento della qualità della vita, se gli anni in cattiva salute rimangono costanti, oppure, se gli anni in buona salute rimangono costanti, ad un peggioramento della qualità della vita.

Di seguito si cercherà di capire in quale direzione stia andando il nostro paese, presentando l'evoluzione di alcuni indicatori epidemiologici relativi alla mortalità per causa, alla prevalenza di alcune malattie croniche, alla disabilità e di alcuni indicatori sui principali fattori di rischio per la salute.

## **Mortalità per causa**

La mortalità in Italia è caratterizzata principalmente da patologie croniche. Il 70% circa dei decessi avviene per tumori o malattie del sistema circolatorio. I primi spiegano il 33,2% dei decessi tra gli uomini e il 23,7% tra le donne, le seconde sono responsabili del 36,5% dei decessi maschili e del 45,4% di quelli femminili.

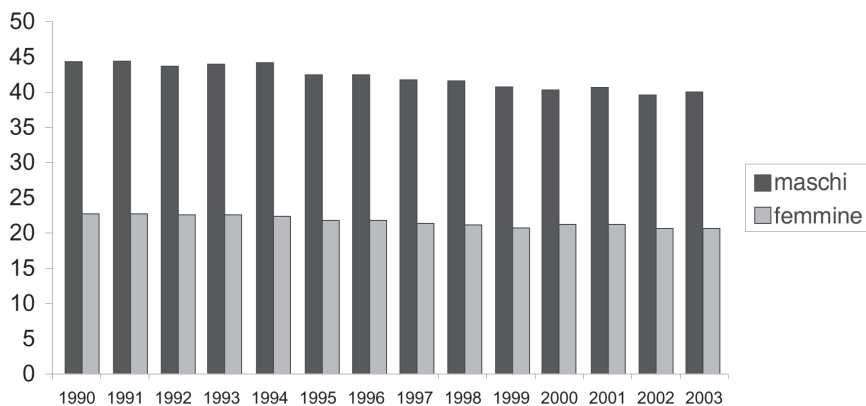
La mortalità per causa è codificata fino al 2002 secondo la IX revisione della Classificazione internazionale delle malattie (ICD-9) e dal 2003 secondo la X revisione (ICD-10).

I decessi per il complesso dei tumori (Codici IX revisione: 140-239. Codici X revisione: C00-D48) ammontano attualmente a circa 167 mila. La mortalità è significativamente più elevata negli uomini (34 decessi ogni 10.000 residenti contro 24 nelle donne).

Nel tempo si è osservata una tendenza all'aumento dei tassi di mortalità per tumore in entrambi i sessi, ma tale tendenza è dovuta all'invecchiamento della popolazione. Difatti se si elimina l'effetto della struttura per età calcolando i tassi standardizzati, ne risulta un andamento leggermente decrescente (figura 11). Il tasso standardizzato consente confronti nel tempo e nello spazio al netto delle differenze dovute alla diversa struttura per età delle popolazioni messe a confronto. Utilizzando il metodo diretto (applicato in questo lavoro) il tasso standardizzato è dato dalla somma dei prodotti dei tassi specifici per il rispettivo peso della popolazione scelta come "standard". In questo modo si ottiene il tasso che si sarebbe osservato qualora le popolazioni avessero tutte la stessa struttura per età.

Applicando ai dati entrambe le ipotesi descritte in precedenza, si delinea per i prossimi anni uno scenario in cui la mortalità per tumori continuerà a crescere. In termini assoluti i decessi maschili passeranno dagli attuali 96 mila a circa 130 mila nel 2020 nella prima ipotesi (costanza dei tassi dell'ultimo anno) e a 127 mila nella seconda ipotesi (costanza della variazione media annua degli ultimi 5 anni). Si prospetta quindi in entrambi i casi un incremento significativo compreso tra il 32% e il 36%. Nelle donne si prevede un aumento medio di circa il 27% in entrambi gli scenari, con un aumento dei decessi da circa 70 mila a circa 90 mila.

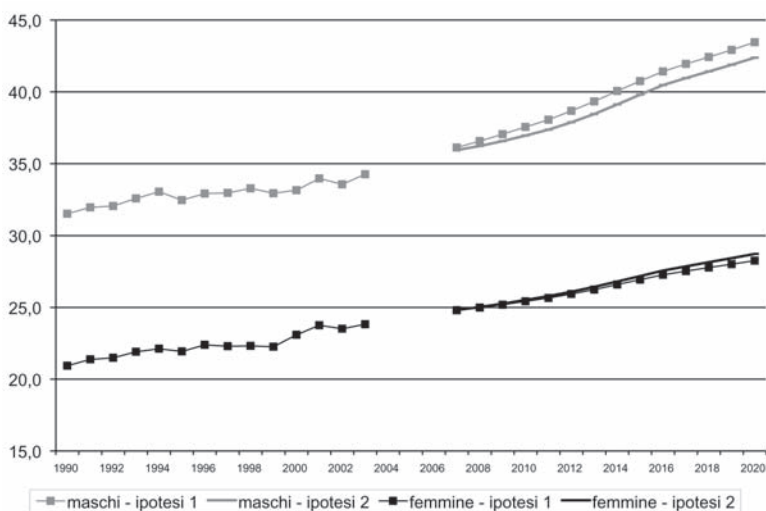
**Figura 11 - Tassi standardizzati<sup>(a)</sup> di mortalità (per 10.000 residenti) per tumori per genere - Anni 1990-2003**



(a) la popolazione standard è la popolazione residente al Censimento 2001 - Fonte: Istat, indagine sulle cause di morte

Nella figura 12 i tassi di mortalità per 10.000 residenti per tumori confermano l'andamento crescente con differenze molto contenute tra le due ipotesi, in quanto le variazioni degli ultimi cinque anni sono state prossime allo zero. Le differenze di genere tenderanno pertanto a mantenersi ampie e costanti nel tempo.

**Figura 12 - Tassi di mortalità (per 10.000 residenti) per tumori per genere Anni 1990-2003, 2007-2020**



Fonte: Istat, indagine sulle cause di morte

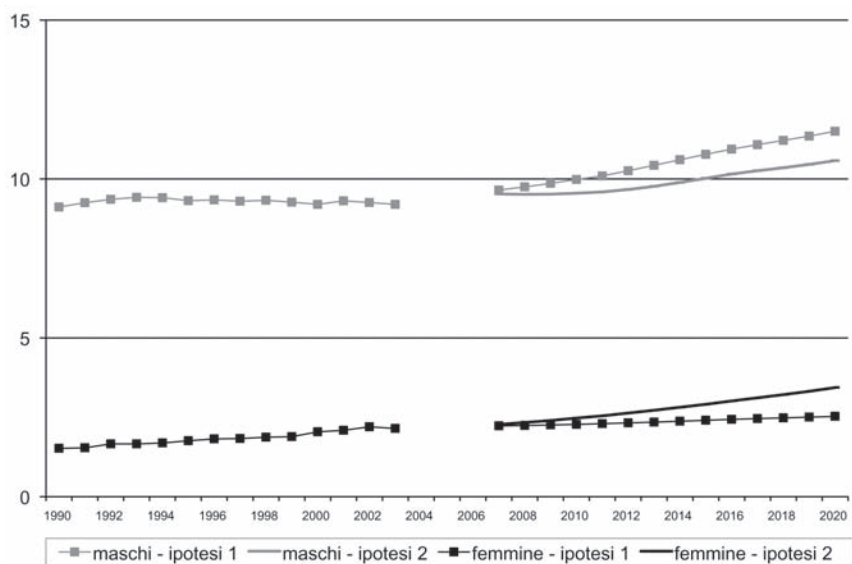
Successivamente sono stati considerati i tumori della trachea-bronchi-polmoni, i tumori della mammella della donna ed i tumori del colon-retto-ano, che rappresentano le principali forme neoplastiche nella mortalità per tumore (36,5% per entrambi i sessi).

Per i tumori della trachea-bronchi-polmoni (Codici IX revisione: 162. Codici X revisione: C33-C34) i decessi degli uomini sono quattro volte più elevati di quelle delle donne (circa 26.000 vs. 6.500). Nel tempo, escludendo l'effetto dell'invecchiamento della popolazione, si è osservata una diminuzione della mortalità negli uomini ed un aumento nelle donne, ma nonostante ciò attualmente il tasso di mortalità maschile è ancora molto più elevato di quello femminile (9,2 decessi ogni 10.000 residenti vs. 2,2).

Analizzando i possibili scenari futuri i risultati appaiono molto diversi nelle due ipotesi. Se rimanesse costanti i valori attuali i decessi aumenterebbero del 34% negli uomini (da circa 26.000 a 34.500) e del 24% nelle donne (da 6.500 a 8.000). Se rimanesse costanti le tendenze degli ultimi cinque anni i decessi maschili aumenterebbero di meno, attestandosi intorno ai 32.000 decessi, mentre per le donne si avrebbe un incremento molto significativo con quasi 11.000 decessi.

Anche in termini di tassi gli scenari che si vengono a delineare sono divergenti (figura 13): si osserva un ritmo fortemente crescente nel sesso maschile nel primo caso e un aumento sostenuto nel sesso femminile nel secondo caso. Pertanto nel

**Figura 13 - Tassi di mortalità (per 10.000 residenti) per tumori della trachea-bronchi-polmoni per genere - Anni 1990-2003, 2007-2020**



Fonte: Istat, indagine sulle cause di morte

2020 si potrebbero avere tra 10,6 e 11,5 decessi ogni 10.000 uomini e tra 2,5 e 3,4 decessi ogni 10.000 donne a seconda di quale ipotesi risulterà verificata.

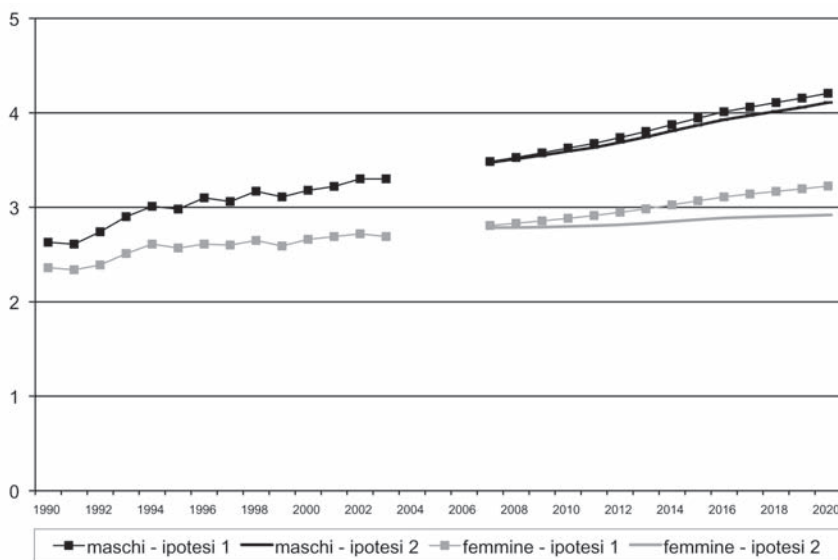
Per il tumore della mammella (Codici IX revisione: 174. Codici X revisione: C50) muoiono annualmente circa 11.500 donne, 3,8 ogni 10.000 residenti. Nel tempo il tasso di mortalità si è mantenuto abbastanza costante, mentre il tasso standardizzato (depurato dall'effetto età) è diminuito nella seconda metà degli anni '90, ma poi si è di nuovo stabilizzato. Con le previsioni si prospettano due scenari opposti: qualora restassero costanti i tassi specifici attuali i decessi aumenterebbero del 25% diventando circa 14.300 e il tasso di mortalità crescerebbe a 4,5 decessi ogni 10.000 donne; se invece agissero le variazioni recenti i decessi aumenterebbero del 17%, ammontando a circa 13.400, e il tasso di mortalità risulterebbe in crescita ma con ritmi decrescenti per cui nel 2020 ammonterebbe a 4,2.

Il numero di decessi per tumori del colon-retto-ano (Codici IX revisione: 153-154. Codici X revisione: C18-C21)

è pari a 9.200 negli uomini e circa 8.000 nelle donne. Nel tempo, eliminando l'effetto dell'invecchiamento della popolazione e considerando i tassi standardizzati, si è osservata una sostanziale stabilità dei livelli di mortalità negli uomini ed una lieve diminuzione nelle donne.

Questo determina che, prevedendo l'evoluzione futura, per gli uomini non si osservano differenze significative tra i due scenari (figura 14): i decessi aumenta-

**Figura 14 - Tassi di mortalità (per 10.000 residenti) per tumori del colon-retto-ano per genere - Anni 1990-2003, 2007-2020**



Fonte: Istat, indagine sulle cause di morte

no di oltre il 30% in entrambe le ipotesi assestandosi a circa 12.300-12.600 decessi nel 2020; il tasso di mortalità passa dal valore attuale di 3,3 per 10.000 a 4,1-4,2 nel 2020. Per le donne, invece, nella prima ipotesi i decessi subiscono un aumento del 27%, arrivando a circa 10.200 decessi e il tasso contestualmente varierebbe da 2,7 a 3,2 per 10.000; nella seconda ipotesi l'aumento dei decessi sarebbe del 15% (9.200 decessi) e il tasso ammonterebbe a 2,9 per 10.000.

La mortalità per malattie del sistema circolatorio (Codici IX revisione: 390-459. Codici X revisione: I00-I99) è più elevata di quella per tumori, ma lo scenario futuro potrebbe essere migliore, in particolare se dovessero proseguire le tendenze recenti.

I decessi ammontano attualmente ad oltre 240 mila. La mortalità è in questo caso più elevata nelle donne con 46 decessi ogni 10.000 residenti contro 38 negli uomini.

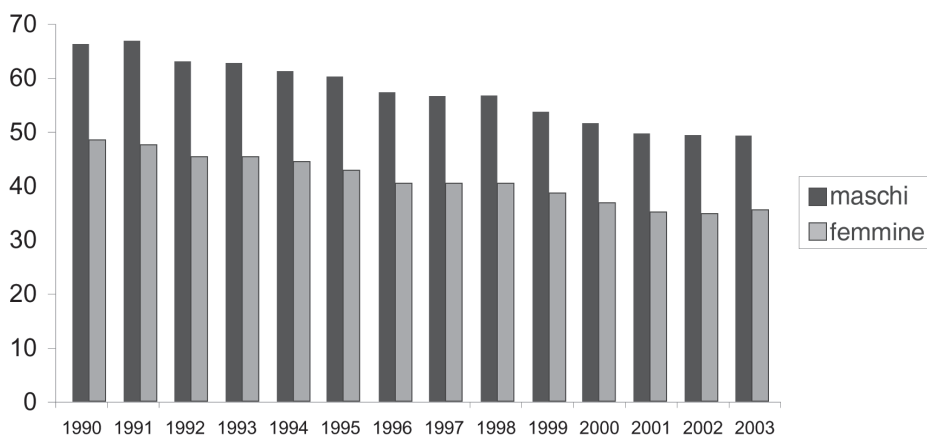
La differenza di genere si spiega principalmente con la struttura per età più anziana che caratterizza il sesso femminile. Difatti depurando l'indicatore da tale effetto la situazione si inverte (figura 15).

L'andamento nel tempo del tasso standardizzato di mortalità è fortemente decrescente per entrambi i sessi.

Per queste patologie l'applicazione ai dati di entrambe le ipotesi di evoluzione futura, delinea per i prossimi anni due scenari diametralmente opposti (figura 16).

Nella prima ipotesi, che implica l'effetto della sola dinamica di popolazione, trattandosi di un fenomeno fortemente influenzato dall'invecchiamento

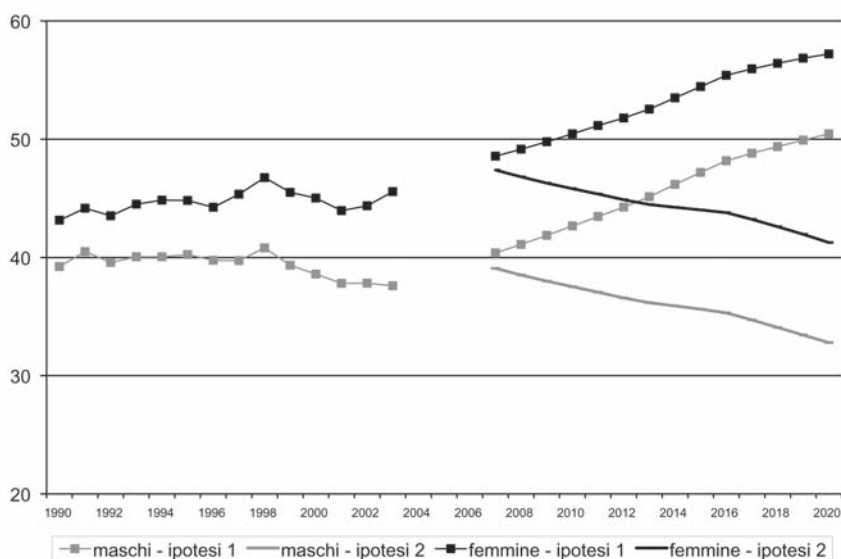
**Figura 15 - Tassi standardizzati<sup>(a)</sup> di mortalità (per 10.000 residenti) per malattie del sistema circolatorio per genere - Anni 1990-2003**



(a) la popolazione standard è la popolazione residente al Censimento 2001

Fonte: ISTAT, indagini sulle cause di morte

**Figura 16 - Tassi di mortalità (per 10.000 residenti) per malattie cardiovascolari per genere - Anni 1990-2003, 2007-2020**



Fonte: Istat, indagine sulle cause di morte

della popolazione, si registrerebbe un deciso aumento della mortalità: i decessi negli uomini passerebbero dagli attuali 106 mila a oltre 150 mila nel 2020 (corrispondenti rispettivamente a 38 e 50 decessi ogni 100.000 residenti), nelle donne da 136 mila a oltre 180 mila (il tasso aumenterebbe da 46 a 57).

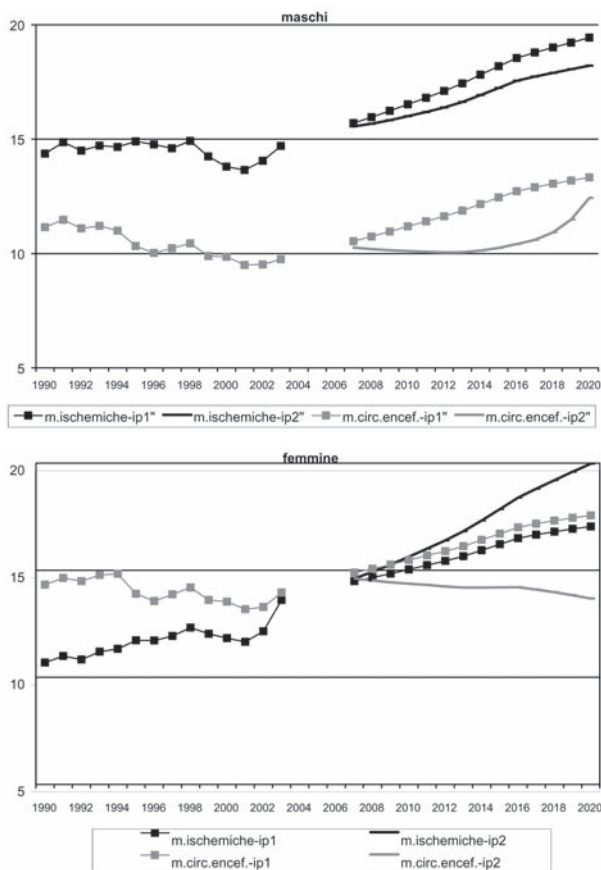
Nella seconda ipotesi, l'effetto dell'invecchiamento della popolazione sarebbe contrastato dalla riduzione dei tassi specifici di mortalità per cui i decessi, dopo un iniziale aumento, diminuirebbero nel 2020 a 98 mila negli uomini e 130 mila nelle donne e così anche i tassi di mortalità scenderebbero rispettivamente a 33 e 41 decessi per 10.000 residenti.

Le malattie ischemiche del cuore (Codici IX revisione: 410-414. Codici X revisione: I20-I25) e i disturbi circolatori dell'encefalo (Codici IX revisione: 430-438. Codici X revisione: I60-I69) rappresentano nella mortalità il 65% dei decessi per malattie del sistema circolatorio negli uomini e il 60% nelle donne.

Nel genere maschile la mortalità per malattie ischemiche del cuore è significativamente più elevata di quella per disturbi circolatori dell'encefalo: attualmente i decessi sono rispettivamente 41.500 e 27.300, corrispondenti ad un tasso di 14,7 decessi ogni 10.000 residenti contro 9,7.

Nelle donne invece avviene l'esatto contrario: la mortalità è più elevata per i disturbi circolatori dell'encefalo e più bassa per le malattie ischemiche del cuore, ma

**Figura 17 - Tassi di mortalità (per 10.000 residenti) per malattie ischemiche del cuore e per disturbi circolatori dell'encefalo per genere - Anni 1990-2003, 2007-2020**



Fonte: ISTAT, indagine sulle cause di morte

nel tempo si osserva una rapida convergenza tra i tassi di mortalità. Questi ammontavano rispettivamente a 14,3 e 10,7 per 10.000 nel 1990, mentre attualmente sono pari a 14 e 13,6. Tale avvicinamento è anche dovuto al repentino aumento della mortalità per le malattie ischemiche del cuore osservato tra il 2002 e il 2003 in entrambi i sessi per l'ondata di calore dell'estate 2003.

Quali scenari futuri si ipotizzano per queste patologie?

Negli uomini in entrambe le ipotesi la mortalità per malattie ischemiche del cuore si manterrà crescente e più elevata di quella per disturbi circolatori dell'encefalo.



Da notare per quest'ultime che, se si mantenesse nel tempo la variazione media degli ultimi cinque anni, si realizzerebbe una diminuzione della mortalità fino al 2012 ed un successivo aumento.

Nelle donne il quadro futuro appare molto più articolato. La mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo sarebbe crescente nella prima ipotesi e decrescente nella seconda ipotesi.

La mortalità per malattie ischemiche del cuore risulterebbe in entrambi i casi crescente. Quindi nel caso in cui rimanesse costanti i tassi attuali, la mortalità per queste due cause sarebbe molto simile, mentre nel caso di prolungamento delle variazioni recenti i livelli di mortalità per malattie ischemiche del cuore sarebbero sensibilmente più elevati di quelli per disturbi circolatori dell'encefalo, e diventerebbero addirittura più elevati di quelli degli uomini.

In conclusione nel 2020 la mortalità per malattie ischemiche del cuore sarebbe ancora rilevante in entrambi i sessi. Negli uomini il numero di decessi varierebbe tra 55.000 e 58.000 (tasso compreso tra 18,4 e 19,2 decessi ogni 10.000 uomini) e nelle donne sarebbe compreso tra 54.000 e 63.000 (tasso compreso tra 17 e 20 decessi per 10.000 donne). Per i disturbi circolatori dell'encefalo i decessi maschili sarebbero compresi in un range che va da 37.000 a 40.000 (tasso compreso tra 12,4 e 13,3 decessi ogni 10.000 uomini), mentre la forbice risulterebbe molto più ampia nelle donne con un numero di decessi variabile da 43.000 a 55.500 (tasso compreso tra 13,7 e 17,6 decessi ogni 10.000 donne).

## **Fattori di rischio**

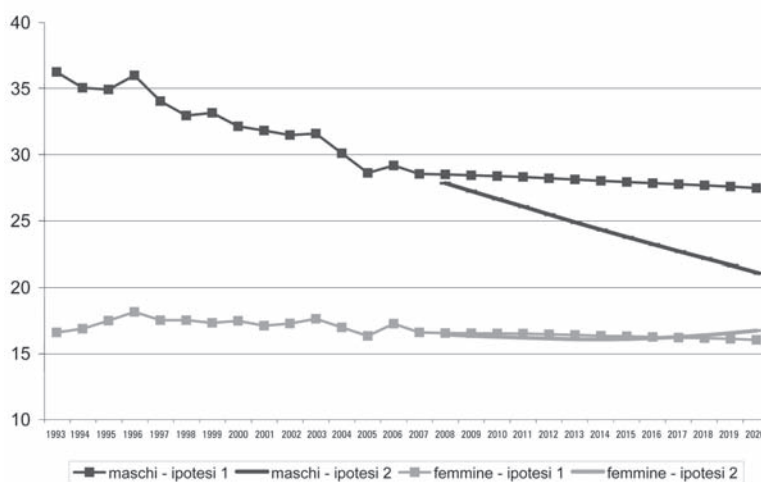
L'abitudine al fumo e l'obesità costituiscono i principali fattori di rischio per la salute e favoriscono l'insorgenza di patologie cronico-degenerative con elevati costi sanitari e assistenziali.

Attualmente sono quasi 11,5 milioni i fumatori abituali di 15 anni e oltre, il 22,4% della popolazione della stessa età. I fumatori sono in maggioranza uomini (61,5%), pertanto la percentuale di fumatori sale al 28,6% nel genere maschile e scende al 16,6% nel genere femminile.

La propensione al fumo di sigaretta potrebbe rimanere sostanzialmente stabile nel prossimo futuro, soprattutto se dovesse rimanere stabile la percentuale di fumatori per età osservata nell'ultimo anno (figura 18). Nel 2020 avremmo quindi, come oggi, circa 7 milioni di fumatori di 15 anni e oltre e 4,4 milioni di fumatrici. In percentuale i fumatori sarebbero il 27,6% e le fumatrici il 16,1%.

Con il secondo scenario si assisterebbe invece ad una significativa riduzione della propensione al fumo negli uomini, che nel 2020 scenderebbero a 5,5 milioni (21,3%), mentre nelle donne il quadro rimarrebbe sostanzialmente invariato con 4,6 milioni di fumatrici (16,7%).

In Italia sono quasi 5 milioni le persone di 18 anni e oltre con problemi di obesità, il 9,9% della popolazione della stessa età. Gli uomini rappresentano il 51,6% del

**Figura 18 - Percentuale di fumatori abituali di 15 anni e oltre per genere  
Anni 1993-2020**

Fonte: Istat, indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

totale, per cui la percentuale di popolazione adulta obesa è più elevata nel sesso maschile (10,6% vs. 9,2%). Il calcolo dell'obesità nella popolazione adulta è effettuato mediante l'Indice di Massa Corporea - Imc (o Body mass index - Bmi). L'indice è il rapporto tra il peso di un individuo, espresso in kg, ed il quadrato della sua statura, espressa in metri. Secondo la classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità un individuo è definito obeso se l'Imc è pari o superiore a 30.

La previsione per questo fenomeno, nell'ipotesi di costanza delle percentuali per età osservate nell'ultimo anno, conduce ad un lieve aumento della quota di popolazione adulta obesa (figura 19). Gli uomini di 18 anni e oltre obesi passerebbero da 2,5 milioni nel 2007 a 2,8 milioni nel 2020, ovvero dal 10,6% al 11,2%. Negli stessi anni le donne obese aumenterebbero da 2,4 milioni a 2,6 milioni, in percentuale dal 9,2% al 9,9%.

Le dinamiche future di popolazione determinerebbero quindi un incremento della popolazione obesa, con ricadute negative sul sistema sanitario per le patologie correlate a questo fattore di rischio (diabete, malattie del sistema circolatorio, ecc.).

## Le principali patologie croniche

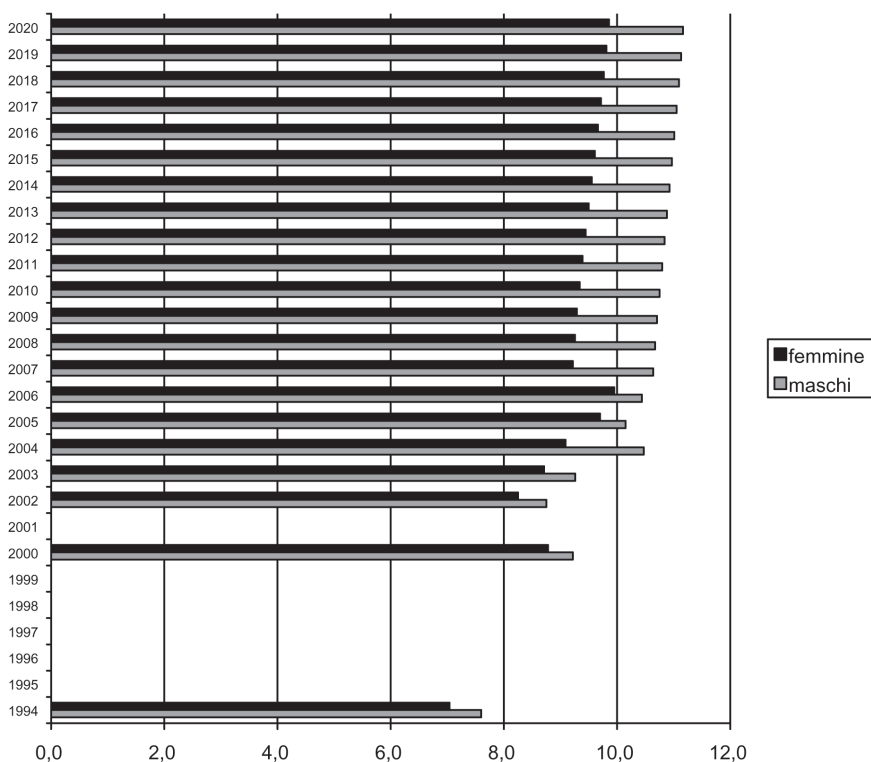
La prevalenza di alcune patologie croniche può essere studiata mediante l'indagine ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Con questa

indagine viene sottoposta agli intervistati una lista precodificata di malattie, chiedendo loro di indicare quelle da cui sono affetti.

L'ISTAT con questi dati calcola l'indicatore relativo alle 'persone affette da almeno una malattia cronica grave' e definisce 'gravi' dieci gruppi di patologie, presupponendo che la presenza di queste patologie implichi cattive condizioni di salute ed un elevato livello di limitazioni: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili.

Si tratta quindi di patologie croniche dichiarate dall'intervistato la cui prevalenza può discostarsi da quella calcolata su dati relativi alle patologie diagnosti-

**Figura 19 - Percentuale di popolazione di 18 anni e oltre obesa per genere  
Anni 1994, 2000, 2002-2020**



Fonte: ISTAT, indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" per gli anni 2002-2004, 2006-2007; indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" per gli anni 1994, 2000, 2005

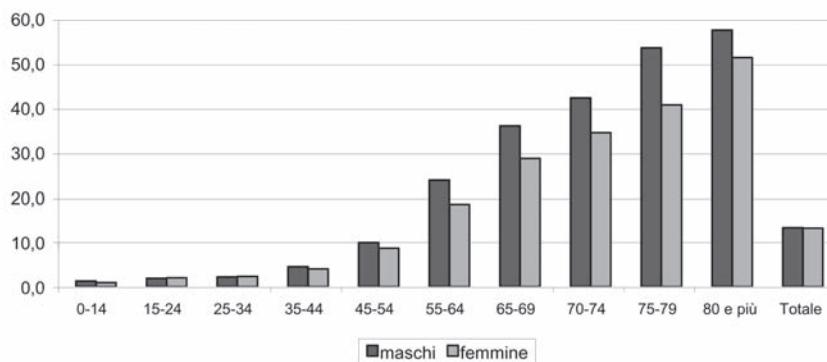
cate. Tuttavia, sono molto pochi i registri di popolazione che consentono di avere stime nazionali di prevalenza per le malattie croniche diagnosticate. Inoltre in letteratura si è visto come la percezione del proprio stato di salute sia un forte determinante del ricorso ai servizi sanitari.

Pertanto nel seguito del lavoro si farà riferimento ai dati ISTAT, delineando il quadro sia delle persone affette da almeno una malattia cronica grave, sia da singole malattie quali diabete, ipertensione arteriosa, bronchite cronica ed enfisema, asma bronchiale, artrosi ed artrite, osteoporosi, depressione ed ansietà cronica.

In Italia sono oltre 7,6 milioni le persone che soffrono di almeno una malattia cronica grave, il 13,1% della popolazione totale. La prevalenza è fortemente crescente con l'età e ammonta al 53,3% negli ultraottantenni.

Diversamente da quanto osservato per la mortalità e per i fattori di rischio, per le malattie croniche le differenze di genere sono minime: 13,2% negli uomini e 13,1% nelle donne (figura 20).

**Figura 20 - Percentuale di popolazione affetta da almeno una malattia cronica grave per genere e classi di età - Anno 2005**

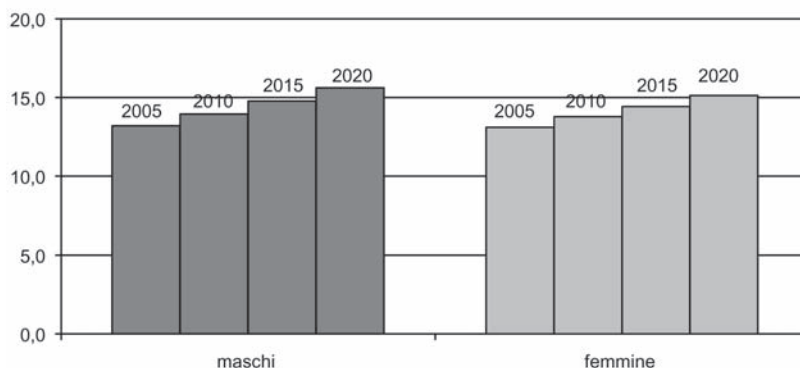


Fonte: Istat, indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

Tale fenomeno dipende principalmente dalla struttura per età più anziana delle donne. Difatti i dati di prevalenza per classi di età risultano costantemente più elevati per il sesso maschile.

La previsione per il futuro, sotto la prima ipotesi di invarianza dei tassi specifici per età osservati nel 2005 (a causa di cambiamenti nell'indagine ISTAT, non si dispone di una serie storica dell'indicatore relativo alle persone affette da almeno una malattia grave e pertanto non è possibile applicare la seconda ipotesi basata sulle variazioni recenti), conduce ad un lieve aumento della prevalenza in entrambi i sessi, ma con valori leggermente più elevati negli uomini (figura 21).

**Figura 21 - Percentuale di popolazione affetta da almeno una malattia cronica grave per genere - Anni 2005, 2010, 2015, 2020**



Fonte: Istat, indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

Nel genere maschile il numero di persone affette da almeno una malattia cronica grave subirebbe un incremento da 3,7 milioni a 4,7 milioni e la percentuale crescerebbe da 13,2% a 15,6%.

Nelle donne il numero assoluto di persone malate sarebbe più elevato degli uomini e passerebbe da 3,9 milioni a 4,8 milioni, ma in termini relativi sarebbe più basso e varierebbe da 13,1% a 15,1%. Anche analizzando le singole malattie croniche il quadro evolutivo risulta in peggioramento per effetto del progressivo invecchiamento della popolazione (tabella 2).

Le malattie più frequenti sono l'artrosi - artrite e l'ipertensione arteriosa, entrambe croniche ma non fortemente invalidanti.

Sia in valore assoluto che in percentuale tali malattie sono dichiarate più frequentemente dalle donne. Nel 2005 erano 6,5 milioni (218 per 1.000 residenti) le donne affette da artrosi - artrite e 4,6 milioni (153 per 1.000) quelle affette da ipertensione arteriosa. Nel 2020, con l'effetto delle dinamiche di popolazione, potrebbero salire rispettivamente a 7,9 milioni (251 per 1.000) e 5,6 milioni (177 per 1.000).

Negli uomini i valori sono più bassi ma ugualmente importanti: 4,1 milioni per artrosi - artrite e 3,3 milioni per ipertensione arteriosa nel 2005; 5,2 milioni e 4,1 milioni rispettivamente nel 2020. Nello stesso periodo il tasso per la prima malattia farebbe registrare un incremento di 28 punti (da 146 a 174 per 1.000 residenti), per la seconda malattia di 20 punti (da 118 a 138).

Nel genere femminile anche l'osteoporosi è una malattia cronica molto frequente che colpisce 2,7 milioni di persone, 92 ogni 1.000, e che nel 2020 potrebbe interessare 3,4 milioni di donne, 107 ogni 1.000.

Un'altra patologia che sembra riguardare principalmente le donne è la depres-

**Tabella 2 - Popolazione affetta da alcune malattie croniche per tipo di malattie e genere - Anni 2005, 2010, 2015, 2020 (valori assoluti e tassi per 1.000 residenti)**

	Maschi		Femmine	
	v.a.	tasso	v.a.	tasso
<b>Diabete</b>				
2005	1.218.000	43,2	1.388.000	46,5
2010	1.320.600	45,2	1.514.167	48,9
2015	1.420.262	47,8	1.608.094	51,2
2020	1.516.142	50,5	1.701.439	53,8
<b>Ipertensione arteriosa</b>				
2005	3.326.000	117,9	4.578.000	153,5
2010	3.616.639	123,7	4.976.202	160,6
2015	3.876.418	130,5	5.283.636	168,1
2020	4.137.229	137,8	5.588.827	176,8
<b>Bronchite cronica, enfisema</b>				
2005	1.351.000	47,9	1.241.000	41,6
2010	1.485.026	50,8	1.355.236	43,7
2015	1.602.455	53,9	1.434.992	45,7
2020	1.707.957	56,9	1.506.845	47,7
<b>Asma bronchiale</b>				
2005	1.045.000	37,1	1.008.000	33,8
2010	1.108.235	37,9	1.065.878	34,4
2015	1.151.819	38,8	1.094.680	34,8
2020	1.188.703	39,6	1.116.727	35,3
<b>Artrosi, artrite</b>				
2005	4.124.000	146,2	6.499.000	217,9
2010	4.507.878	154,2	7.087.682	228,8
2015	4.868.028	163,8	7.527.541	239,5
2020	5.221.145	173,9	7.948.154	251,4
<b>Depressione e ansietà cronica</b>				
2005	867.000	30,7	2.217.000	74,3
2010	935.491	32,0	2.390.486	77,2
2015	986.664	33,2	2.506.710	79,8
2020	1.034.708	34,5	2.609.959	82,5

Fonte: Istat, indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

sione e l'ansietà cronica: sono 2,2 milioni le donne che hanno dichiarato di soffrirne contro 900 mila uomini. Ogni 1.000 residenti sono pertanto 74 le donne affette da questo problema di salute rispetto a 31 uomini. Nel 2020 questi valori potrebbero diventare rispettivamente pari a 82,5 e 34,5.

Seguono per importanza il diabete, la bronchite cronica e l'enfisema e l'asma bronchiale.

Il diabete ha una prevalenza analoga nei due sessi: 43,2 per 1.000 negli uomini e 46,5 per 1.000 nelle donne, per un totale di circa 2,6 milioni di persone affette da questa malattia. In entrambi i casi si prevede un aumento di oltre 7 punti del tasso che nel 2020 sarebbe pari a 50,5 negli uomini e 53,8 nelle donne.

La bronchite cronica e l'enfisema sono più diffusi nel genere maschile. I malati sono circa 1,4 milioni (48 per 1.000) contro 1,2 milioni di malate (42 per 1.000). Anche in questo caso le dinamiche di popolazione e l'invecchiamento prospettano per il futuro un incremento del tasso a 57 malati ogni 1.000 uomini e 48 malate ogni 1.000 donne.

Infine risulta importante la diffusione dell'asma bronchiale, con un totale di oltre 2 milioni di persone ammalate.

Diversamente dalle altre malattie croniche, questa patologia è frequente nelle età avanzate, ma interessa anche una quota significativa di popolazione nelle età giovanili ed adulte. Pertanto il quadro futuro derivante dalle dinamiche della popolazione prevede un aumento della diffusione della malattia ma più contenuto di altre patologie croniche.

## **La disabilità**

Per rilevare il fenomeno della disabilità l'ISTAT fa riferimento ad una batteria di quesiti, predisposti da un gruppo di lavoro dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) sulla base della classificazione ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che consente di studiare specifiche dimensioni della disabilità: la dimensione fisica, riferibile alle funzioni della mobilità e della locomozione, denominata di seguito come "difficoltà nel movimento"; la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane che si riferisce alle attività di cura della persona, denominata di seguito "difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana"; la dimensione della comunicazione che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola, denominata di seguito "difficoltà nella comunicazione".

Ad ogni tipo di disabilità corrisponde una batteria di quesiti con modalità di risposta che prevedono diversi gradi di difficoltà (da una parziale autonomia ad una difficoltà maggiore fino ad arrivare all'inabilità di adempiere la funzione senza l'aiuto di altre persone). Per una corretta interpretazione dei dati è rilevante sottolineare che, per ciascuna domanda, l'intervistato risponde secondo la valutazione soggettiva del proprio livello di autonomia.

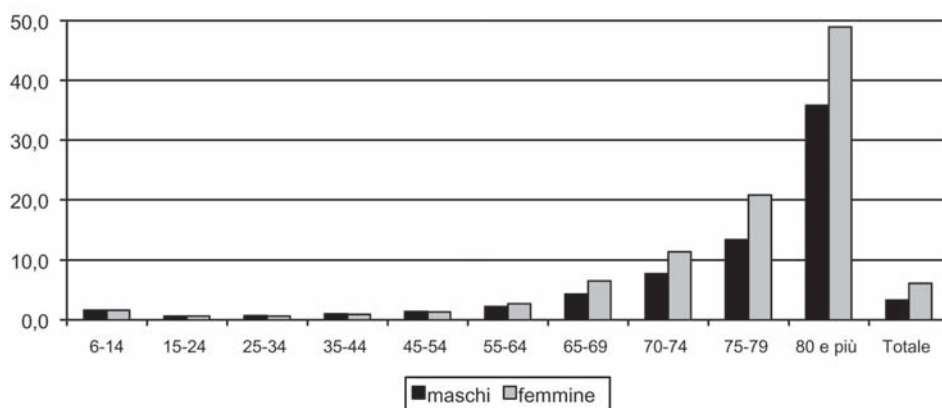
Tale valutazione può variare non solo in funzione delle diverse condizioni di salute e livello di autonomia, ma anche per differenze culturali e cognitive o per disparità nel disporre di sostegni materiali e relazionali di cui il disabile può avvalersi per far fronte alle proprie limitazioni. Tuttavia, come sottolineato per le malattie croniche, l'autopercezione ha comunque una forte valenza dato l'impatto che genera sulla fruizione dei servizi sanitari. L'ISTAT definisce disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate con ciascuna domanda, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.).

Nell'utilizzo delle stime sulla disabilità va anche tenuto presente che tale strumento di rilevazione non è applicabile ai bambini con meno di 6 anni ed alle persone affette da disturbi psichici. Inoltre l'indagine ISTAT è rivolta alle famiglie e pertanto non include nel campione persone residenti in istituti. Tuttavia in Italia il fenomeno dell'istituzionalizzazione delle persone con problemi di salute riguarda ancora una bassa percentuale della popolazione (circa il 2%), per cui si può ritenere comunque che i dati presentati di seguito siano rappresentativi della diffusione del fenomeno nel nostro Paese.

In Italia sono 2,6 milioni le persone con disabilità, il 4,8% della popolazione di 6 anni e oltre. La prevalenza è fortemente crescente con l'età e ammonta al 44,5% negli ultraottantenni.

Per questo fenomeno le differenze di genere sono molto evidenti: il 3,3% degli uomini risulta disabile rispetto al 6,1% delle donne (figura 22).

**Figura 22 - Percentuale di popolazione disabile di 6 anni e oltre per genere e classi di età - Anno 2005**



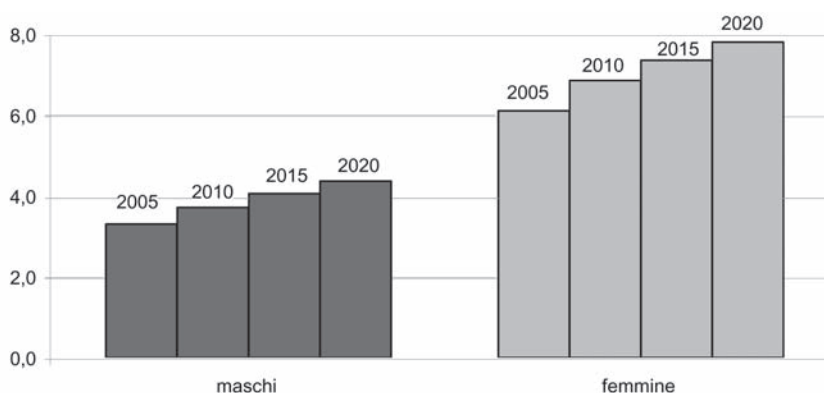
Fonte: Istat, indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"



Diversamente dalle malattie croniche, lo svantaggio femminile dipende solo parzialmente dalla struttura per età più anziana delle donne. Difatti anche nelle diverse classi di età le percentuali risultano più elevate che nel sesso maschile.

Nel prossimo futuro, sotto l'ipotesi di costanza dei tassi specifici per età osservati nel 2005 (l'indagine ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" ha cadenza quinquennale e pertanto non si ritiene opportuno applicare la seconda ipotesi basata sulle variazioni medie dell'ultimo quinquennio), si avrà un aumento consistente della prevalenza della popolazione con disabilità in entrambi i sessi (figura 23).

**Figura 23 - Percentuale di popolazione disabile di 6 anni e oltre per genere Anni 2005, 2010, 2015, 2020**



Fonte: ISTAT, indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

Negli uomini il numero di persone disabili subirebbe un incremento da circa 880 mila a oltre 1,2 milioni e la percentuale crescerebbe da 3,3% a 4,4%. Le donne disabili aumenterebbero da 1,7 milioni a 2,3 milioni e in termini relativi da 6,1% a 7,8%.

Anche per le diverse forme di disabilità le prospettive future sono di un progressivo peggioramento per effetto dell'invecchiamento della popolazione (tabella 3). Il quadro inoltre appare più svantaggiato per il sesso femminile per cui si prevedono valori assoluti e relativi decisamente più elevati che nel sesso maschile.

La disabilità legata alle difficoltà nel movimento è la tipologia più diffusa con oltre 700 mila uomini e 1,6 milioni di donne, che nel 2020 ammonteranno rispettivamente a 1 milione e 2,3 milioni. Ogni 1.000 residenti dovremo quindi attenderci 3,7 disabili uomini e 7,6 disabili donne con difficoltà motorie.

Segue la disabilità per difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana che subirà un aumento importante dal 2,1% al 2,8% negli uomini e dal 4% al 5,2% nelle donne,

**Tabella 3 - Popolazione disabile di 6 anni e oltre per tipo di disabilità e genere  
Anni 2005, 2010, 2015, 2020 (valori assoluti e tassi per 100 residenti)**

	Maschi		Femmine	
	v.a.	tasso	v.a.	tasso
<b>Difficoltà nel movimento</b>				
2005	729.000	2,8	1.653.000	5,8
2010	847.472	3,1	1.929.714	6,6
2015	950.456	3,4	2.113.325	7,1
2020	1.044.726	3,7	2.272.584	7,6
<b>Difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana</b>				
2005	553.000	2,1	1.116.000	4,0
2010	646.987	2,4	1.317.801	4,5
2015	723.351	2,6	1.447.756	4,9
2020	792.041	2,8	1.558.764	5,2
<b>Difficoltà nella comunicazione</b>				
2005	219.000	0,8	358.000	1,3
2010	253.042	0,9	416.959	1,4
2015	280.506	1,0	453.226	1,5
2020	305.782	1,1	486.048	1,6

Fonte: ISTAT, indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

per cui dovremmo attenderci un totale di oltre 2,3 milioni di persone che necessitano di aiuto nelle attività quotidiane.

Le difficoltà nella comunicazione, infine, riguarderanno circa 300 mila uomini e circa 500 mila donne, corrispondenti ad una prevalenza del 1,1% nel primo caso e dell'1,6% nel secondo caso.

### Considerazioni conclusive per l'Assistenza Primaria

Il quadro epidemiologico italiano che deriva dall'analisi descritta in precedenza, mostra per l'Assistenza Primaria evidenze di un andamento positivo per alcuni specifici aspetti; i benefici di tali tendenze sono spesso annullate dall'effetto delle dinamiche di popolazione che, a causa del progressivo invecchiamento, determineranno comunque un aumento del numero assoluto di malati.

In particolare si è osservato:

- un aumento di tutti gli indicatori epidemiologici sotto la prima ipotesi di costanza dei tassi attuali. Come detto, in questo caso agiscono sul fenomeno solo le

dinamiche di popolazione, che vanno nella direzione di un progressivo aumento della popolazione anziana. Essendo tutti i fenomeni epidemiologici studiati crescenti all'aumentare dell'età, inevitabilmente applicando le previsioni di popolazione si determina un aumento del fenomeno.

- Con la seconda ipotesi (prolungamento delle tendenze recenti) si osservano per il futuro andamenti positivi solo per la mortalità per malattie del sistema circolatorio e per la prevalenza di fumatori uomini.
- Alla maggiore sopravvivenza delle donne, corrisponde un quadro dello stato di salute meno distante da quello degli uomini e nel caso della disabilità addirittura peggiore.
- Quindi per l'Assistenza Primaria che dovrà essere garantita dai medici di medicina generale, le previsioni effettuate per questo lavoro, descrivono un quadro in peggioramento per un incremento del numero assoluto di persone con problemi di salute.
- Tuttavia le ipotesi utilizzate per delineare gli scenari futuri potrebbero rilevarsi eccessivamente pessimistiche, tenendo conto che i fenomeni demografici ed epidemiologici non sono in genere indipendenti e che il progresso scientifico, tecnologico e medico continueranno probabilmente a consentire ulteriori guadagni di sopravvivenza e di salute.

## **Quadro demografico ed epidemiologico nelle Regioni**

A conclusione dell'analisi si ritiene opportuno effettuare alcune considerazioni sulle possibili trasformazioni demografiche ed epidemiologiche a livello regionale.

A tal fine gli indicatori calcolati nella prima parte del lavoro sono stati selezionati ed elaborati per ottenere un quadro di sintesi sulle attuali caratteristiche delle Regioni e Province Autonome. Utilizzando inoltre i dati relativi alle previsioni ottenute con la prima ipotesi (invarianza dei tassi specifici per età dell'ultimo anno disponibile) è possibile descrivere come cambieranno i fattori demografici ed epidemiologici e quindi delineare il quadro regionale atteso per il 2020, qualora si realizzassero le ipotesi sottostanti alla previsione.

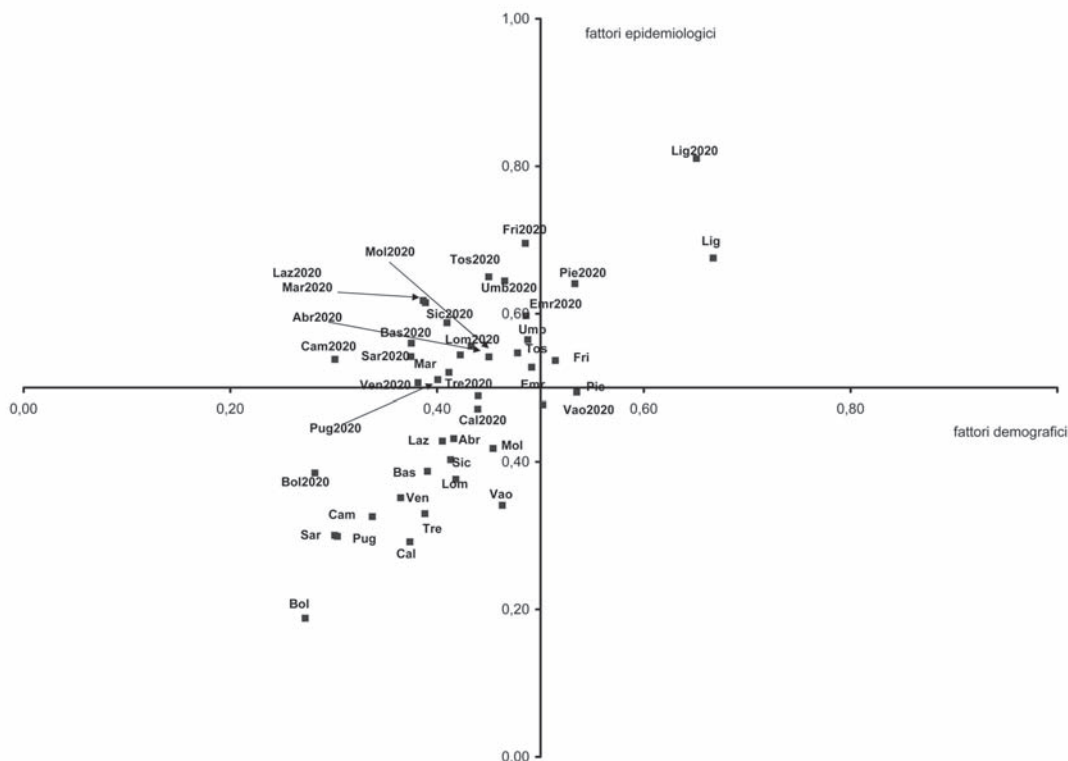
Per la metodologia adottata si rinvia all'appendice, mentre di seguito si descrivono i risultati.

Attraverso la sintesi degli indicatori demografici si è ottenuto un indicatore che ha un campo di variazione compreso tra 0 e 1 (dal bisogno più basso a quello più alto) e può essere considerato l'indicatore di bisogno di Assistenza Primaria determinato da fattori demografici. Procedendo allo stesso modo con gli indicatori epidemiologici si è ottenuto un indicatore sintetico di bisogno di Assistenza Primaria determinato da fattori epidemiologici. Anche questo indicatore ha un campo di variazione compreso tra 0 e 1.

Se rappresentiamo questi due indicatori su un piano cartesiano, possiamo

visualizzare la posizione delle singole Regioni e Province Autonome sia con riferimento alla situazione attuale, sia con riferimento alla situazione al 2020 (figura 24).

**Figura 24 - Indicatori di bisogno di Assistenza Primaria per fattori demografici e per fattori epidemiologici per regione. Ultimo anno disponibile e 2020**



Dei quattro quadranti individuati dagli assi cartesiani, sono in particolare due quelli in cui si concentra il maggior numero di punti: il secondo e il terzo quadrante.

Il terzo quadrante comprende alcune Regioni e Province Autonome che allo stato attuale hanno un bisogno di Assistenza Primaria medio-basso per entrambi gli indicatori: sono le Province Autonome di Bolzano e Trento, la Valle d'Aosta, la Lombardia, il Veneto, il Lazio e tutte le Regioni meridionali. Nel 2020 rimangono in questo quadrante solo Bolzano, Trento e Calabria.

Nel secondo quadrante ad un bisogno medio-basso per fattori demografici si associa un bisogno medio-alto per fattori epidemiologici legati allo stato di salute. Con riferimento alla situazione attuale troviamo in questo quadrante Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche, Regioni che ritroviamo anche per il 2020. A queste si aggiungono per il 2020 Lombardia, Veneto, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania,

Puglia e Basilicata (precedentemente nel terzo quadrante) a causa di un aumento del bisogno di Assistenza Primaria determinato da fattori epidemiologici.

Il primo quadrante, con valori medio-alti per entrambi gli indicatori, include Friuli-Venezia Giulia e Liguria con i dati attuali, Piemonte e Liguria al 2020.

Infine nel quarto quadrante (caratterizzato da un bisogno medio-basso per fattori epidemiologici e un bisogno medio-alto per fattori demografici) non rientra alcuna regione eccetto il Piemonte nello stato attuale e la Valle d'Aosta nel 2020, ma in entrambi i casi con valori medi prossimi allo 0,5.

Un altro modo per leggere la combinazione tra i due indicatori di bisogno è riportato nella tabella 4.

**Tabella 4 - Distribuzione delle Regioni e Province Autonome secondo il livello degli indicatori di bisogno di Assistenza Primaria per fattori demografici e per fattori epidemiologici - Ultimo anno disponibile e 2020**

		<b>Bisogno di Assistenza Primaria per fattori demografici</b>					
		<b>Alto</b>		<b>Medio</b>		<b>Basso</b>	
		ultimo anno disponibile	2020	ultimo anno disponibile	2020	ultimo anno disponibile	2020
<b>Bisogno di Assistenza Primaria per fattori epidemiologici</b>	<b>Alto</b>	Liguria	Liguria		Piemonte Friuli Venezia Giulia Emilia-Romagna Toscana Umbria		Marche Lazio
	<b>Medio</b>			Piemonte Friuli-Venezia Giulia Emilia-Romagna Toscana Umbria Marche Lazio Abruzzo Molise Sicilia	Valle d'Aosta Lombardia Trento Abruzzo Molise Puglia Calabria Sicilia		Campania Basilicata Sardegna Veneto
	<b>Basso</b>			Valle d'Aosta Lombardia		Bolzano Trento Veneto Campania Puglia Basilicata Calabria Sardegna	Bolzano

Stabilendo dei valori soglia è stato classificato il livello di entrambi gli indicatori come alto, medio e basso. Alto per valori superiori o uguali a 0,6. Medio per valori compresi tra 0,4 e 0,6 (escluso 0,6). Basso per valori inferiori a 0,4. Con questa classificazione si può analizzare quali Regioni mantengono lo stesso livello di bisogno tra lo stato attuale e il 2020 e quali Regioni vedono crescere il bisogno.

Ad esempio la Liguria rimane con alti valori degli indicatori, Abruzzo, Molise e Sicilia rimangono con valori medi degli indicatori, Bolzano è l'unica realtà territoriale che mantiene bassi livelli degli indicatori.

In tutti gli altri casi le Regioni si spostano.

Questi spostamenti avvengono principalmente mantenendo costante il proprio livello di bisogno legato ai fattori demografici, mentre aumenta di una classe il bisogno legato ai fattori epidemiologici.

Inoltre Marche e Lazio vedono aumentare il bisogno legato ai fattori epidemiologici, che da medio diventa alto, ma allo stesso tempo vedono diminuire quello legato ai fattori demografici, che da medio diventa basso.

Infine Trento, Puglia e Calabria passano per entrambi gli indicatori da bassi livelli a livelli medi.

In conclusione i cambiamenti futuri legati alle dinamiche di popolazione ed ai livelli degli indicatori epidemiologici che si osservano attualmente sembrano determinare in alcuni casi una stabilità dei livelli di bisogno di Assistenza Primaria, ma più spesso un aumento che sembra riguarderà soprattutto il bisogno legato a fattori epidemiologici e quindi allo stato di salute, mentre il bisogno legato ai fattori demografici sembra rimanere più frequentemente sui livelli attuali.

## Appendice

Per l'analisi regionale descritta nel paragrafo “Quadro demografico ed epidemiologico nelle Regioni” sono stati calcolati due gruppi di indicatori.

Per gli aspetti demografici sono stati considerati 13 indicatori: le percentuali di popolazione di 65 anni e oltre e di 75 anni e oltre, la percentuale di anziani che vivono soli, l'indice di dipendenza degli anziani, la speranza di vita alla nascita e a 65 anni (tutti per genere) e la percentuale di stranieri residenti.

Per gli aspetti epidemiologici sono stati considerati 21 indicatori: i tassi di mortalità per causa (tumori complessivi, tumori trachea-bronchi-polmoni, tumori mammella della donna, tumori colon-retto-ano, malattie del sistema circolatorio, malattie ischemiche del cuore, disturbi circolatori dell'encefalo), la percentuale di fumatori abituali, la percentuale di popolazione obesa, la prevalenza di persone affette da almeno una malattia cronica grave, la percentuale di popolazione disabile (sempre per genere).

Questi indicatori sono stati calcolati per tutte le Regioni e Province Autonome, sia all'ultimo anno disponibile, sia al 2020 utilizzando per la previsione la prima

ipotesi di invarianza dei tassi specifici per età dell'ultimo anno osservato.

Di ogni indicatore sono stati calcolati il valore minimo ed il valore massimo della distribuzione complessiva (ovvero di tutti i valori relativi all'ultimo anno ed al 2020).

Volendo calcolare un indicatore sintetico per ogni gruppo di indicatori, trattandosi di variabili con diverse unità di misura, si è proceduto a standardizzare i dati con la formula:  $(X_i - \min(X_i)) / (\max(X_i) - \min(X_i))$

dove  $i$  indica la regione e  $j$  l'indicatore,  $\min(X_i)$  è il valore minimo dell'indicatore e  $\max(X_i)$  è il valore massimo.

Questa trasformazione consente di portare il campo di variazione dei dati tra 0 e 1 mantenendo la diversità tra medie e varianze degli indicatori.

Gli indicatori selezionati sono considerati delle proxy del bisogno di Assistenza Primaria. Pertanto, dopo averli standardizzati, è stato necessario stabilirne una direzione: in questo modo per tutti gli indicatori al crescere dei valori aumenta il livello di bisogno. In pratica per gli indicatori epidemiologici è bastato applicare la formula su descritta, mentre per gli indicatori demografici è stato necessario invertire la direzione della speranza di vita, in quanto all'aumentare della variabile si è ipotizzato che corrisponda una diminuzione del bisogno di Assistenza Primaria. Per invertire la direzione dell'indicatore è sufficiente calcolare la formula seguente:  $1 - [(X_i - \min(X_i)) / (\max(X_i) - \min(X_i))]$ .

Alla fine si disponeva quindi di 13 indicatori demografici standardizzati e di 21 indicatori epidemiologici standardizzati. Tali indicatori sono stati sommati e la somma è stata poi divisa per 13 nel primo caso e per 21 nel secondo caso, in modo da avere due indicatori con campo di variazione compreso tra 0 e 1: un indicatore sintetico per il bisogno di Assistenza Primaria determinato da fattori demografici ed un indicatore sintetico per il bisogno di Assistenza Primaria determinato da fattori epidemiologici.

*Il lavoro riflette le opinioni dell'autrice e non impegna la responsabilità dell'Istituto di appartenenza.*

### **Riferimenti bibliografici**

- ISTAT, *Cause di morte*, anni vari, Collana Annuari e Tavole di dati, Roma.
- ISTAT, *Decessi: caratteristiche demografiche e sociali*, anni vari, Collana Annuari e Tavole di dati, Roma.
- ISTAT, *Demografia in cifre (popolazione residente, cittadini stranieri, previsioni della popolazione)*, <http://demo.istat.it>.
- ISTAT, *Health for all - Italia*, sistema informativo territoriale su sanità e salute <http://www.istat.it/sanita/Health/>.
- ISTAT, *La vita quotidiana*, indagine multiscopo annuale sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”, anni vari, Collana Informazioni, Roma.
- ISTAT, *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, anni 1994, 1999-2000, 2004-2005, Collana Informazioni, Statistiche in breve e Tavole di dati, Roma.
- Billari F, Dalla Zanna G. *La rivoluzione nella culla, il declino che non c'è*, 2008, Ed. Università Bocconi.
- Ongaro F, Salvini S. *Rapporto sulla popolazione. Salute e sopravvivenza*, 2009, Il Mulino.



## capitolo 4

---

### *L'attuale contesto di riferimento economico e finanziario del Servizio Sanitario Nazionale*



## 4. L'attuale contesto di riferimento economico e finanziario del Servizio Sanitario Nazionale

**Americo Cicchetti, Anna Ceccarelli**

A seguito dell'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e del D.lgs 229/99, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) viene inteso come strumento di "armonizzazione" di 21 sistemi sanitari regionali autonomi sotto l'aspetto amministrativo, finanziario e gestionale. Con l'abolizione del Fondo Sanitario Nazionale (D.lgs 56/2000), il SSN ha accelerato il processo di devoluzione anche in senso finanziario.

La volontà di giungere ad un modello di federalismo solidale ha portato alla previsione di un fondo di perequazione, previsto dalla Legge 133/99, da intendersi come uno strumento idoneo a realizzare una redistribuzione delle risorse raccolte dalle Regioni attraverso la propria fiscalità, in modo tale da assicurare a tutte le Regioni la possibilità di erogare i LEA. Il fondo di perequazione permette, infatti, di ridurre gli effetti derivanti dall'applicazione di una disciplina fiscale che assegna ai fondi sanitari regionali risorse direttamente correlate con il reddito prodotto a livello regionale. Il fondo permette una redistribuzione interna dei fondi dalle Regioni a maggior reddito verso quelle a minore reddito.

Queste previsioni hanno aperto una nuova stagione per la programmazione sanitaria nazionale (e regionale) avviata, anche formalmente, con l'Accordo Stato-Regioni dell'8 Agosto 2001. Secondo il modello emergente da tale Accordo, lo Stato, attraverso il Governo e in particolare il Ministero della Salute, si assume l'onere di fissare i LEA, mentre alle Regioni viene demandata la responsabilità della loro erogazione. Lo Stato, in questo modello, definisce annualmente l'ammontare delle risorse necessarie per finanziare i LEA (fabbisogno) e, in accordo con le Regioni, definisce l'allocazione di tali risorse tra le Regioni.

L'Accordo ha avviato una nuova stagione della programmazione sanitaria, quella che oggi è definita come la "transizione federalista". Tuttavia, questo periodo del SSN, durato sette anni, sembra oggi dover lasciare il passo alla fase matura del federalismo in campo sanitario.

#### 4.1 EVOLUZIONE DEI CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEI FABBISOGNI E LA ALLOCAZIONE DELLE RISORSE

La questione del finanziamento del SSN deve essere analizzata tenendo distinti due diversi aspetti: quello del reperimento delle risorse e quello dell'allocazione dei fondi fra le diverse Regioni. In particolare, il primo fa riferimento alla provenienza delle risorse e cioè “chi paga per il finanziamento della sanità pubblica”, mentre il secondo alla loro destinazione ossia “chi riceve le somme messe a disposizione al livello nazionale”. Relativamente al primo aspetto, attualmente il finanziamento del SSN proviene, per il 95% circa, dalla imposizione fiscale diretta (sui redditi delle imprese e delle persone fisiche) e da quella indiretta (sui consumi) e, per la rimanente parte, da ricavi ed entrate proprie varie delle aziende sanitarie nonché dalla compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria pubblica (co-payment). In particolare, dopo l'entrata in vigore del D.lgs 56/2000 sul federalismo fiscale le fonti di finanziamento del SSN, in relazione alla loro origine, sono rappresentate da: risorse regionali, quali IRAP e addizionale IRPEF, compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina, ulteriori trasferimenti dal settore pubblico (Regioni, Province, Comuni, etc.) e da quello privato, risorse proprie delle aziende sanitarie (tra cui i ticket versati dai cittadini); risorse statali, quali Fondo Sanitario Nazionale per il finanziamento di quota parte dei costi per i LEA delle sole Regioni Sicilia e Sardegna, per quelli derivanti da accordi internazionali, dal funzionamento di alcuni enti particolari del SSN e dalla realizzazione di specifici obiettivi previsti da leggi speciali. Storicamente, il secondo aspetto è stato a lungo ingessato su criteri volti alla copertura della spesa anziché al finanziamento dei bisogni.

In questa sede viene posta una particolare attenzione alla fase susseguente a quella del prelievo, e pertanto sulle modalità attraverso le quali i fondi, una volta resisi disponibili presso i “terzi paganti” (in Italia le Regioni e il governo centrale) grazie ai meccanismi di prelievo, vengono allocati sul territorio (alle Regioni e da lì alle aziende sanitarie) nei diversi servizi e a favore delle diverse funzioni assistenziali, ed in particolare dei LEA, ossia dalle prestazioni e servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Nel SSN i fondi prelevati dalla popolazione e dalle imprese grazie alle diverse forme di tassazione (IRAP e IRPEF a base nazionale e regionale, IVA e accise sulle benzine) sono “nominalmente” assegnati ad un fondo nazionale, che emerge dalla somma delle risorse che provengono dal prelievo erariale e regionale. Questo fondo viene poi suddiviso in quote obiettivo per ciascuna delle tre macro-funzioni assistenziali “Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro”, “Assistenza Distrettuale”, “Assistenza Ospedaliera” e sotto funzioni assistenziali, secondo lo schema riportato in Tabella 1.

**Tabella 1 - Quote obiettivo di riparto del Fondo Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (ex FSN) - Anni 2002-2008**

<b>Livello Assistenziale</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Assistenza sanitaria collettiva</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>
<b>Assistenza distrettuale</b>	<b>49%</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	<b>51%</b>	<b>51%</b>	<b>51%</b>
Assistenza agli anziani	4,10%	5%	5%	17,10%	18,10%	18,10%	18,10%
Assistenza territoriale		12,10%	12,10%				
Medicina di base	19,70%	6%	6%	6,90%	6,90%	6,90%	6,90%
Pediatria Libera Scelta		0,90%	0,90%				
Specialistica	12,20%	13%	13%	13%	13%	13%	13%
Farmaceutica	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%
<b>Assistenza ospedaliera</b>	<b>46%</b>	<b>45%</b>	<b>45%</b>	<b>45%</b>	<b>44%</b>	<b>44%</b>	<b>44%</b>

Fonte: Elaborazione degli autori su delibere CIPE 2002-2008

Tendenzialmente negli anni, si è assistito ad uno spostamento delle risorse dall'assistenza ospedaliera a quella distrettuale e, nello specifico, all'assistenza territoriale e agli anziani, coerentemente con il quadro socio-demografico che va delineandosi nel nostro Paese (e cioè un incremento dell'indice di invecchiamento) e con gli obiettivi di una maggiore territorialità della medicina distrettuale.

Allo stato attuale l'ammontare complessivo di questi fondi (ancora per comodità linguistica chiamato "Fondo Sanitario Nazionale") viene allocato tra le Regioni attraverso un meccanismo di allocazione per quota capitaria. Tuttavia, se fino al 2004 sono stati utilizzati diversi criteri di pesatura della quota capitaria, dal 2005 ad oggi si è deciso di adottare per quasi tutte le funzioni assistenziali e sotto funzioni assistenziali (ad esclusione parziale dell'assistenza ospedaliera) una quota capitaria semplice.

Successivamente, in fase di Conferenza Stato-Regioni, viene negoziato il riparto del FSN tra le diverse Regioni e Province Autonome. La tabella 2 evidenzia l'evoluzione del fabbisogno indistinto riconosciuto alle Regioni per la copertura dei LEA tra il 2002 e il 2008. Il fabbisogno indistinto è l'ammontare complessivo di risorse che ogni Regione necessita per la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza al netto delle altre somme che sono destinate per l'attuazione di specifici programmi concordati in Conferenza Stato-Regioni. I dati riportati mostrano che, rispetto alla situazione iniziale fissata all'anno 2002, la quota relativa del finanziamento è aumentata per alcune Regioni (in particolare Lombardia e Lazio) ed è diminuita per altre (marcatamente per la Campania, meno evidente la riduzione dell'Abruzzo). Inoltre, in alcuni anni le variazioni nella allocazione del fondo rispetto all'anno precedente sono state inesistenti (es. nel 2004 e nel 2007), mentre in altri anni queste variazioni sono state sensibili soprattutto per alcune Regioni (nel 2003 e nel 2006 in particolare dove si registra un aumento della proporzione di fondi alla Lombardia e una riduzione per la Regione Lazio).

**Tabella 2 - Allocazione delle risorse alle Regioni (Fabbisogno indistinto) anni 2002-2008, migliaia di €**

Fabbisogno indistinto							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Piemonte	5.669.183	5.856.364	6.080.607	6.622.600	6.685.389	7.168.500	7.428.313
Valle D'Aosta	158.065	162.291	168.408	183.550	187.336	201.626	209.802
Lombardia	11.502.716	11.918.334	12.375.821	13.635.521	14.162.593	14.995.500	15.613.281
Bolzano	654.719	585.542	607.785	664.568	702.382	769.340	804.184
Trento	698.169	617.979	641.513	711.905	747.997	795.033	828.484
Veneto	5.697.594	5.931.175	6.158.597	6.807.588	7.089.660	7.474.500	7.783.120
Friuli	1.603.901	1.624.045	1.686.199	1.850.895	1.868.229	2.009.757	2.084.724
Liguria	2.304.348	2.340.212	2.429.977	2.614.406	2.539.286	2.862.500	2.969.892
Emilia Romagna	5.370.890	5.577.227	5.790.844	6.355.808	6.440.498	6.929.000	7.222.899
Toscana	4.735.770	4.933.640	5.122.478	5.594.453	5.603.774	6.023.447	6.257.390
Umbria	1.120.406	1.170.395	1.215.080	1.328.254	1.335.719	1.444.000	1.501.273
Marche	1.903.502	2.014.991	2.092.108	2.303.716	2.341.814	2.508.000	2.605.634
Lazio	6.568.408	6.886.963	7.151.199	7.764.490	7.911.997	8.463.000	8.861.800
Abruzzo	1.845.225	1.722.797	1.788.642	1.948.654	1.981.229	2.088.000	2.168.359
Molise	428.740	443.199	460.074	495.074	492.620	522.000	540.173
Campania	8.607.669	7.031.696	7.301.704	7.962.288	8.370.841	8.895.200	9.230.437
Puglia	4.834.617	5.094.089	5.289.311	5.753.567	5.984.591	6.370.000	6.581.380
Basilicata	763.438	786.380	816.249	883.467	895.018	966.500	994.355
Calabria	2.474.811	2.599.571	2.698.992	2.917.739	2.977.160	3.208.000	3.305.270
Sicilia	6.168.175	6.419.345	6.665.293	7.217.363	7.410.498	7.751.500	8.043.735
Sardegna	1.991.833	2.080.155	2.159.258	2.357.013	2.452.138	2.623.915	2.718.254
<b>ITALIA</b>	<b>75.102.179</b>	<b>75.796.390</b>	<b>78.700.139</b>	<b>85.972.919</b>	<b>88.180.769</b>	<b>94.069.320</b>	<b>97.752.770</b>
Somme vincolate	494.821	2.768.610	3.136.861	2.222.081	2.992.231	1.970.680	2.163.230
Importi straordinari per il ripiano dei disavanzi degli anni precedenti				2.000.000	2.000.000		661.000
Importi per finanziamento piani di rientro 6 Regioni						1.000.000	850.000
Abolizione ticket da 10 euro						511.000	
<b>Totale SSN</b>	<b>75.597.000</b>	<b>78.565.000</b>	<b>81.837.000</b>	<b>90.195.000</b>	<b>93.173.000</b>	<b>97.551.000</b>	<b>101.427.000</b>

Fonte: Elaborazione degli autori su delibere CIPE 2002-2008

Per il prossimo triennio, il finanziamento del SSN cui concorre lo Stato, ammonta a 102.683 milioni di euro per l'anno 2009 (si conferma il finanziamento previsto dal Patto per la Salute), 103.945 milioni di euro per l'anno 2010 (si "integra" il Fondo di 1.262 milioni rispetto al 2009) e 106.265 milioni di euro per l'anno 2011 (si "integra" il Fondo di 2.320 milioni rispetto al 2010).

A fronte di questo finanziamento, il dato più indicativo per la comparazione della diversa abilità delle Regioni al governo del sistema e al controllo della spesa è quello relativo ai disavanzi accumulati (tabella 3). I disavanzi tra il 2001 e il 2006 sono stati accumulati prevalentemente nelle Regioni Lazio, Campania e Sicilia che uniscono grandi dimensioni a quote di disavanzo pro-capite molto significative. Inoltre, in termini pro-capite sembra esistere un gradiente nord-sud. Sono tutte del centro - sud ad eccezione della Valle d'Aosta (a statuto speciale) e della Liguria, le Regioni che mostrano un disavanzo cumulato pro-capite superiore alla media nazionale. Sono invece prevalentemente del centro nord quelle con disavanzi minori della media nazionale. A livello complessivo (tabella 4), si passa da un disavanzo di 4 miliardi 121 milioni di Euro per il 2001 (pari al 5,4% della spesa per il medesimo anno) ad uno stimato di 4 miliardi 538 milioni di Euro per il 2007 (pari, però al 4,4% della spesa), con un disavanzo medio del 4,69%.

Fino all'esercizio 2006 lo squilibrio delle Regioni è stato "ripianato" attraverso finanziamenti straordinari (tabella 5). Con l'Accordo Stato - Regioni del 23 marzo 2005 è stata, invece, identificata una soglia di disavanzo (7%) oltre la quale le Regioni sono affiancate dal Governo centrale (Ministero dell'Economia e Ministero della Salute) nella loro gestione autonoma al fine di ripianare i deficit accumulati mediante una attuazione di piani di ristrutturazione (i piani di "rientro"). La tabella 6 identifica gli importi allocati dal Governo per il finanziamento dei piani di rientro di sei Regioni (nel 2007 e nel 2008): Lazio, Liguria, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia.

**Tabella 3 - Disavanzo sanitario pubblico pro capite (in €) e cumulato, Anni 2001- 2007**

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	cumulata 2001-2006
Piemonte	-49	-9	-24	-156	0	-2	-22	-240
Valle D'Aosta	-276	-56	-86	-109	-113	-110	-116	-750
Lombardia	-31	-35	5	0	-2	0	1	-63
Bolzano	-638	-152	-54	53	59	53	36	-679
Trento	9	2	-10	-18	-6	-28	-3	-51
Veneto	-67	-45	-32	1	-24	15	0	-152
Friuli	-15	28	16	8	22	15	20	74
Liguria	-47	-28	-31	-207	-159	-62	-88	-534
Emilia Romagna	-4	-12	-10	-95	-5	-9	3	-135
Toscana	-25	-12	6	-65	-6	-33	26	-135
Umbria	-8	-12	-55	-62	-7	-47	15	-191
Marche	-85	-66	-48	-103	-15	-26	16	-343
Lazio	-186	-110	-97	-391	-365	-373	-261	-1522
Abruzzo	-59	-106	-169	-84	-173	-108	-90	-699
Molise	-114	-57	-227	-137	-433	-183	-195	-1151
Campania	-109	-111	-97	-208	-309	-130	-120	-964
Puglia	-41	-1	27	-11	-80	-42	-49	-148
Basilicata	-47	-1	-32	-54	-72	-37	-22	-243
Calabria	-110	-73	6	-68	-40	-17	-12	-302
Sicilia	-82	-68	-20	-149	-140	-195	-105	-654
Sardegna	-65	-106	-87	-153	-198	-81	-41	-690
<b>ITALIA</b>	<b>-71</b>	<b>-50</b>	<b>-33</b>	<b>-110</b>	<b>-102</b>	<b>-77</b>	<b>-54</b>	<b>-443</b>

\*Dati di Consuntivo, tranne che per l'ultimo anno della serie storica (IV° Trimestre)

Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, 2001-2007

**Tabella 4 - Andamento della spesa sanitaria, del finanziamento e dei disavanzi, Anni 2001-2007 (valori in milioni di €)**

Anno	Spesa	Finanziamento	Disavanzo	Disavanzo (%)
2001	75.999	71.878	-4.121	-5,42
2002	79.549	76.658	-2.891	-3,63
2003	82.290	79.967	-2.323	-2,82
2004	90.528	84.738	-5.790	-6,40
2005	96.785	91.060	-5.725	-5,92
2006	99.167	94.985	-4.183	-4,22
2007*	102.290	97.752	-4.538	-4,44

\*Per il 2007 il valore della spesa è quello stimato dal Ministero dell'Economia nella Relazione unificata dell'Economia e della Finanza Pubblica per il 2008 (RUEF). Il valore del fabbisogno è quello determinato dalla delibera CIPE n. 48 del 27 marzo 2008

Fonte: Elaborazione degli autori su dati Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e Delibera CIPE n. 48/2008



**Tabella 5 - Importi straordinari per il ripiano dei disavanzi degli anni precedenti (Migliaia di €)**

<b>Regioni</b>	<b>Importi straordinari erogati nel 2005 per il ripiano dei disavanzi degli anni 2001, 2002 e 2003</b>	<b>Importi straordinari erogati nel 2006 per il ripiano dei disavanzi degli anni 2002, 2003 e 2004</b>
Piemonte	58.898	229.752
Lombardia	117.380	281.021
Veneto	76.046	134.401
Liguria	54.005	119.462
Emilia-Romagna	56.336	223.837
Toscana	43.470	202.823
Umbria	11.209	52.901
Marche	20.690	63.292
Lazio	237.901	148.001
Abruzzo	17.991	32.765
Molise	5.026	8.428
Campania	337.755	100.758
Puglia	131.173	117.771
Basilicata	14.467	38.825
Calabria	82.621	121.746
Sicilia	107.450	75.156
Sardegna	27.581	49.063
<b>Nazionale</b>	<b>1.400.000*</b>	<b>2.000.000</b>

\*L'importo di ulteriori 600.000 migliaia di € è stato ripartito in 550.000 per IRCCS e Policlinici Universitari e 50.000 per la Regione Lazio.

Fonte: Elaborazione degli autori su delibere CIPE 2002-2008

**Tabella 6 - Importi per il finanziamento dei Piani di Rientro (Migliaia di €)**

<b>Regioni</b>	<b>Fondo 2007 piani rientro disavanzi (deciso nel 2007 con intesa SR del 29.3.07)</b>	<b>Fondo 2008 piani rientro disavanzi (deciso nel 2007 con intesa SR del 29.3.07)</b>
Liguria	50.000	43.000
Lazio	378.000	321.000
Abruzzo	47.000	40.000
Molise	29.000	25.000
Campania	355.000	302.000
Sicilia	141.000	120.000
<b>Nazionale</b>	<b>1.000.000</b>	<b>850.000</b>

Fonte: Elaborazione degli autori su delibere CIPE 2002-20088

## 4.2 IL PROBLEMA DEI DISAVANZI REGIONALI: I PIANI DI RIENTRO

I dati di monitoraggio sulla spesa sanitaria hanno evidenziato che il costante disavanzo del SSN è imputabile quasi interamente a poche Regioni che presentano deficit elevati e persistenti anche a causa di operazioni finanziarie contratte a condizioni particolarmente onerose, al di sopra degli attuali livelli di mercato. Al fine di operare una azione di risanamento strutturale, si è reso pertanto necessario creare preliminarmente le condizioni per una gestione finanziaria delle Regioni trasparente ed efficiente. Gli aspetti principali della nuova disciplina sono costituiti dai piani di rientro per le Regioni caratterizzate da disavanzi elevati e persistenti e dagli interventi finalizzati alla ristrutturazione della posizione debitoria delle Regioni con alti livelli di debito ed elevati costi di finanziamento.

Le Regioni interessate dai Piani di rientro sono: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Sicilia e Sardegna. Quest'ultima regione, tuttavia, si trova in una situazione diversa rispetto alle altre in quanto trattasi di regione a statuto speciale che dall'anno 2007 non beneficia più di risorse statali per il finanziamento della spesa sanitaria. Per le Regioni Abruzzo e Lazio, il Consiglio dei Ministri ha nominato due Commissari *ad acta* per l'attuazione dei rispettivi Piani di rientro e un subcommissario esclusivamente per la Regione Lazio. Per tutte le Regioni sono programmate riunioni entro la fine di marzo 2009 ai fini della verifica dello stato di attuazione dei Piani.

I Piani di rientro della spesa sanitaria, articolati temporalmente sul triennio 2007/2009, sono finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate e, sulla base della ricognizione regionale delle cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi di gestione, individua e affronta selettivamente le diverse problematiche emerse nella regione stessa. I Piani sono parte integrante del singolo Accordo fra lo Stato e la Regione e si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle Regioni, quali principalmente:

- il superamento dello standard dei posti letto e del tasso di ospedalizzazione;
- i consumi farmaceutici;
- la spesa per il personale;
- il superamento del numero e del valore delle prestazioni acquistate da strutture private (budget), nonché il relativo sistema di remunerazione;
- la spesa per l'acquisto di beni e servizi;
- il controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei medici.

Per ogni fattore di spesa critico sono stati individuati gli obiettivi di contenimento, le singole azioni concretamente realizzabili per il raggiungimento degli obiettivi

medesimi e l'impatto finanziario correlato. L'insieme coordinato degli obiettivi delinea il progetto complessivo di risanamento che assume una manifestazione economico-finanziaria nei conti economici del settore sanitario regionale relativi al triennio in cui si sviluppano i citati Piani. Le azioni di intervento, con riferimento ai singoli fattori di spesa sopra elencati, possono essere così sintetizzate:

- riorganizzazione della rete ospedaliera, con riduzione di posti letto ospedalieri e incentivazione dei processi di deospedalizzazione;
- introduzione della distribuzione diretta dei farmaci e meccanismi di rimborso dei prezzi correlati ai farmaci meno costosi;
- blocco delle assunzioni e del *turnover*;
- determinazione dei budget per gli erogatori privati, nonché adeguamento delle tariffe a quelle stabilite a livello nazionale;
- acquisti centralizzati e monitoraggio degli stessi per evitare incrementi dei volumi di spesa;
- utilizzo del sistema tessera sanitaria per gli interventi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

Con la manovra finanziaria per il 2007 è stato istituito inoltre un *Fondo transitorio* (1.000 milioni di euro nel 2007; 850 milioni di euro nel 2008; 700 milioni di euro nel 2009) destinato alle Regioni nelle quali si è registrato un elevato disavanzo sanitario. L'accesso al suddetto Fondo è stato subordinato alle seguenti condizioni:

- la sottoscrizione di uno specifico accordo con i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, inclusivo di un piano di rientro finalizzato al raggiungimento entro il 2010 dell'equilibrio economico-finanziario nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- l'innalzamento ai livelli massimi consentiti dalla legislazione vigente dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e della maggiorazione dell'aliquota Irap. In particolare, in via generale è previsto l'incremento delle aliquote fiscali fino al livello massimo stabilito dalla legislazione vigente, ma - in caso di mancato rispetto degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo - l'incremento delle aliquote IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF avverrà oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente e fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi. Nel caso in cui la regione ottenga risultati migliori di quelli programmati, vi è la possibilità di ridurre le aliquote fiscali per un importo corrispondente.
- l'affiancamento delle Regioni interessate da parte dei citati Ministeri, con obbligo di preventiva approvazione di tutti gli atti regionali di spesa e programmazione sanitaria che abbiano rilevanza ai fini dei Piani. A tale proposito, al fine di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale anche sotto il profilo amministrativo e contabile, il

Decreto-Legge 1° ottobre 2007, n. 159 ha previsto la nomina di commissari *ad acta* nelle Regioni che non rispettano gli adempimenti previsti dai piani di rientro dai deficit sanitari, mettendo così in pericolo la tutela dell'unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni. In particolare, è stato attribuito al Presidente del Consiglio dei Ministri il potere di diffidare la Regione interessata ad adottare, entro 15 giorni, tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel piano di rientro. La nomina di un commissario *ad acta*, per l'intero periodo di vigenza del singolo Piano di rientro, avviene da parte del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, nell'ipotesi che la regione non adempia alla suddetta diffida, ovvero nel caso in cui gli atti posti in essere, valutati dal Tavolo tecnico e dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza, risultino inadeguati o insufficienti al raggiungimento degli obiettivi programmati. Gli eventuali oneri derivanti dalla nomina del commissario *ad acta* sono a carico della regione interessata. Il commissario *ad acta* ha la facoltà di proporre la sostituzione dei direttori generali delle aziende sanitarie locali ovvero delle aziende ospedaliere; la sua nomina è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione commissariata.

Alle Regioni interessate da alti livelli di debito ed elevati costi di finanziamento, il Governo ha inoltre imposto, nell'ambito dei Piani di rientro:

- il supporto di un *advisor* contabile per il potenziamento dei procedimenti amministrativi e contabili e la certificazione dei debiti pregressi;
- la ristrutturazione dei debiti;
- il supporto di un *advisor* finanziario.

Al Fondo transitorio si aggiunge un'erogazione di 3.000 milioni di Euro, in favore delle Regioni impegnate nei Piani che abbiano adottato misure fiscali ulteriori rispetto all'incremento nella misura massima dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF e destinate al settore sanitario (D.L. n. 23/07).

Ai fini della predetta ristrutturazione, impossibile con le condizioni finanziarie praticate nei contratti sottoscritti dalle Regioni, lo Stato ha obbligato le Regioni, tenuto conto degli elevati costi delle operazioni da loro avviate, ad accettare un'anticipazione di liquidità e le ha obbligate alla restituzione integrale degli importi, compresi gli interessi correnti parametrati ai costi sostenuti dallo Stato, con l'individuazione di una copertura derivante da specifiche entrate certe e vincolate a totale carico delle Regioni, in attuazione di quanto previsto dalla legge finanziaria per l'anno 2007.

La medesima legge finanziaria per il 2007 ha definito specifiche norme in merito all'attività delle strutture private erogatrici di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, è stata disposta la cessazione degli accreditamenti provvisori, escludendo che le Regioni possano concedere nuovi accreditamenti in assenza di uno specifico provvedimento di ricognizione.

È stata altresì ridefinita, anche in attuazione del Patto per la salute, la disciplina sui vincoli di spesa per il personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale. Conseguentemente, la spesa per il suddetto personale, per ciascuno degli anni del triennio di riferimento, viene ridotta dell'1,4 per cento rispetto a quella del 2004. La finanziaria per il 2008 ha incrementato la quota del concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria corrente nella misura di 661 milioni di Euro per il 2008 e di 398 milioni annui dal 2009, in attuazione delle intese tra Governo e organizzazioni sindacali in materia di pubblico impiego.

Per quanto attiene all'attuazione dei piani di rientro, la stessa legge ha stabilito un'anticipazione finanziaria, per un ammontare non superiore a 9.100 milioni di euro, in favore delle Regioni Lazio, Campania, Molise e Sicilia, al fine di agevolare l'estinzione dei debiti di natura finanziaria e commerciale cumulati fino al 31 dicembre 2005.

Dal punto di vista normativo (tabella 7), i piani di rientro sono disciplinati da vari Accordi fra lo Stato e le Regioni (Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2000, Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, Patto per la salute, sottoscritto il 28 settembre 2006) oltre che da una normativa nazionale di attuazione (sono particolarmente significative la Legge 311/2004, la Legge 296/2006, la Legge 222/2007 e da ultimo il D.L. 154/2008) diretti a stabilire:

- gli adempimenti cui sono sottoposte le Regioni per accedere al finanziamento integrativo a carico dello Stato e le regole per l'attribuzione del maggior finanziamento condizionato agli adempimenti;
- nel rispetto del principio della responsabilità regionale in ordine agli andamenti dei conti sanitari, l'obbligatorietà della copertura regionale dei disavanzi sanitari fino all'estrema conseguenza dell'automatico incremento delle aliquote fiscali regionali per i disavanzi sanitari non coperti che, nel caso di Regione sottoposta a Piano di rientro, avviene anche oltre il livello massimo previsto dalla legislazione vigente e fino ad integrale copertura del disavanzo;
- la possibilità, ovvero in determinati casi l'obbligatorietà, per le Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario, di mancato mantenimento dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza o di mancato altro adempimento, di stipulare con i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze un apposito Accordo con il quale sono individuati gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza; tale Accordo è accompagnato da un programma operativo di riorganiz-

zazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, il cosiddetto Piano di rientro;

- precisi vincoli e responsabilità per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro, a fronte di un sostegno finanziario dedicato da parte dello Stato. A tale proposito, particolarmente significativa è la previsione, nel caso sia riscontrata una mancata attuazione del Piano nei tempi e nella dimensione finanziaria concordati, della diffida alla Regione ad adempiere a quanto previsto nei Piani ed in caso di mancato adempimento la nomina da parte del Governo di un Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano stesso.

---

### **Tabella 7 - L'evoluzione della normativa legata ai Piani di rientro**

---

#### **Attivazione della massimizzazione delle aliquote fiscali (Irap e Irpef)**

---

Legge 30 dicembre 2004, n.311 - articolo 1, comma 174

Legge 23 dicembre 2005, n.266- articolo 1, comma 277

Legge 17 luglio 2006, n.234, di conversione del decreto Legge 7 giugno 2006, n.206- articolo 1, commi Ibis e Iter

Legge 23 dicembre 2006, n.296 –articolo 1, comma 796, lettere b) e c)

Legge 28 febbraio 2008, n.31, di conversione del decreto Legge 31 dicembre 2007, n.248-articolo 8, comma 1, lettera a)

---

#### **Verifica degli adempimenti e interventi di sostegno finanziario**

---

Legge 17 maggio 2007 n. 64, di conversione del decreto Legge 20 marzo 2007, n.23- articolo 1

Legge 24 dicembre 2007, n.244- articolo 2, commi 46, 47, 48 e 49

Legge 6 agosto 2008, n.133 di conversione del decreto Legge 25 giugno 2008, n.112- articolo 79, comma Isexies, lettera c)

---

#### **Procedura di diffida e commissariamento**

---

Legge 29 novembre 2007, n.222 di conversione del decreto Legge 1 ottobre 2007, n.159-articolo 4

Legge 6 agosto 2008, n.133,di conversione del decreto Legge 25 giugno 2008, n.112- articolo 79, comma 3

decreto Legge 7 ottobre 2008, n.154 - articolo 1, commi 1, 2 e 3

---

Fonte: Agenas

Va segnalato che tale strumentazione normativa ha determinato, a partire dall'anno 2006, un significativo rallentamento della dinamica della crescita della spesa sanitaria rispetto al periodo 2000-2005, tale da consentire il mantenimento della medesima spesa nell'ambito dei livelli programmati. Inoltre, dai dati di monitoraggio è emerso che quasi tutte le Regioni interessate dai Piani hanno registrato anche una

gestione finanziaria caratterizzata da livelli di debito estremamente significativi riferiti anche ad operazioni finanziarie contratte a condizioni particolarmente onerose, al di fuori delle ordinarie condizioni di mercato. Poiché tali livelli di debito, nonché le condizioni contrattuali sottostanti, sono stati tali da impedire concretamente una seria azione di risanamento strutturale, si è reso necessario creare, preliminarmente, le condizioni affinché la gestione finanziaria di tali Regioni possa essere resa trasparente ed efficiente.

L'attività di affiancamento affidata alla competenza del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze (articolo 1, comma 796, lettere b) della Legge 27 dicembre 2006, n. 296, si realizza attraverso:

- preventiva approvazione: esame istruttorio e valutazione (congiunta tra i due Ministeri) dei provvedimenti afferenti determinate aree tematiche e relativi all'attuazione dei Piani di rientro;
- verifica obiettivi intermedi: verifica trimestrale in merito al raggiungimento degli obiettivi intermedi previsti da Piano di rientro;
- monitoraggio dei Piani di rientro: verifica in merito all'attuazione del Piano stesso nelle modalità e nei tempi pianificati e valutazione degli effetti generati dalle manovre implementate;
- coordinamento dei Nuclei di affiancamento regionali: coordinamento di gruppi regionali con funzione consultiva che supportano la Regione stessa nella definizione degli interventi previsti a Piano.

La realizzazione di un sistema di monitoraggio dei Piani di rientro ha richiesto la definizione di una metodologia che consente ai principali attori del sistema (Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Regioni) di verificare gli effetti dei piani di rientro rispetto al duplice obiettivo di raggiungere l'equilibrio economico/finanziario, e di garantire i Livelli essenziali di assistenza. Il sistema di monitoraggio nel suo complesso risponde all'esigenza del livello centrale di verificare l'effettivo stato di avanzamento in merito al perseguimento degli obiettivi previsti dal Piano di rientro e conoscere come le Regioni si stiano muovendo nel perseguimento degli stessi. Allo stesso tempo il sistema di monitoraggio deve supportare il livello regionale nel:

- verificare se e come le proprie azioni stiano muovendo il sistema sanitario regionale verso gli obiettivi fissati: quali sono gli ambiti di intervento più o meno critici;
- verificare come la propria Regione si stia muovendo rispetto alle altre Regioni coinvolte nei Piani di rientro ed eventualmente individuare le realtà con le quali poter condividere scelte operative e/o sforzi implementativi.

Il monitoraggio ha visto, in fase iniziale, il prevalere di una componente formale

incentrata sulla verifica dei provvedimenti regionali atti alla definizione degli interventi attuativi e all'avvio dei processi di cambiamento, riorganizzazione e riassetto dei propri sistemi sanitari. Dopo un anno dall'avvio formale dei Piani di rientro si è aperta una nuova fase di monitoraggio che concentra il suo focus sugli aspetti sostanziali (attuativi e di risultato). Per tali finalità il monitoraggio è stato organizzato secondo due componenti essenziali:

- *monitoraggio di attuazione*, che include la verifica sia dell'avvenuta adozione dei provvedimenti previsti dal Piano di rientro sia l'attuazione dei singoli interventi previsti dal piano. Questo monitoraggio è stato strutturato secondo le principali macroaree di intervento, comuni a tutti i Piani di rientro, che sono: assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica, assistenza ambulatoriale, personale, beni e servizi, assistenza territoriale e socio-sanitaria, sistemi amministrativi e informativi di supporto;
- *monitoraggio di sistema*, orientato a verificare l'impatto che i piani di rientro nel loro complesso hanno sul sistema sanitario regionale e, se necessario, a supportare l'individuazione di ambiti di intervento prioritari e le nuove azioni che le singole Regioni possono attuare.

Sulla base di quanto previsto dai singoli accordi sui Piani di rientro sono state condotte le verifiche trimestrali e annuali di ciascun piano, svolte congiuntamente dal Tavolo di verifica adempimenti e dal Comitato permanente per l'erogazione dei LEA. Tali verifiche hanno permesso di monitorare gli impegni assunti da ciascuna Regione in sede di predisposizione del Piano e di evidenziare gli eventuali ritardi o parziali adozioni dei provvedimenti previsti.

Da un punto di vista generale emerge che sia i Piani, sia il complesso della strumentazione premiale e sanzionatoria valevole per tutte le Regioni, hanno contribuito al rallentamento della spesa, come registrato negli anni 2006 e 2007 e come si sta prospettando per l'anno 2008, tanto per le Regioni sottoposte ai Piani, quanto per quelle extra-piano; trattasi di risultato di assoluto rilievo in quanto sta comportando la convergenza della spesa effettiva verso quella programmata; a tale risultato ha concorso anche la farmaceutica convenzionata, nell'ambito della quale sono stati raggiunti risultati migliori rispetto a quelli attesi, soprattutto per effetto della piena operatività dei provvedimenti adottati dall'AIFA.

Permangono tuttavia delle criticità:

- con riferimento al contenimento strutturale di determinate aree di spesa, principalmente connesse al personale e all'acquisto di beni e di servizi, fortemente legate all'operazione di ristrutturazione della rete ospedaliera e al potenziamento dei servizi territoriali;
- in merito agli erogatori privati accreditati, principalmente per l'erogazione



di prestazioni ospedaliere, connesse alla predetta ristrutturazione che prevede una rideterminazione dei posti letto negli standard nazionali. In particolare, al momento: la Regione Lazio, a fronte del fortissimo ritardo nell'adozione dei provvedimenti previsti dal Piano, è stata commissariata; la Regione Abruzzo, per la quale sono emersi un ritardo nell'adozione di talune misure previste dal Piano e criticità sotto il profilo della finalizzazione di quote del finanziamento ordinario del settore sanitario, è stata commissariata.

Lo sviluppo dell'esperienza dei Piani di rientro richiede necessariamente che si concludano quelli in corso, al termine dei quali saranno pienamente apprezzabili i risultati strutturali conseguiti, anche con riferimento alla riorganizzazione dei procedimenti regionali di programmazione e controllo della spesa, strategici per la futura gestione dei servizi sanitari regionali.

#### **4.3 IL RUOLO DELLE REGIONI NELLA PROGRAMMAZIONE DOPO LA LEGGE COSTITUZIONALE 3/2001**

La riforma del Titolo V della Costituzione, intervenuta con Legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 ha formalmente introdotto i LEA nella Carta Costituzionale: il nuovo articolo 117 individua come rientrante nella esclusiva legislazione dello Stato la *“determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”* e, nello stesso articolo, pone tra le materie a legislazione concorrente Stato-Regione *“la tutela della salute”*. Specifica poi che *“la potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie a legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni. La potestà regolamentare spetta alle Regioni in ogni altra materia”*, cioè anche in tema di tutela della salute.

Una nuova riforma costituzionale (Legge n. 42 del 5 maggio 2009), la cosiddetta Riforma Bossi, interessa l'art. 117 e quindi la ripartizione della potestà legislativa in materia sanitaria tra lo Stato e le Regioni. Nel nuovo articolo lo Stato esercita infatti la potestà legislativa esclusiva sulle norme generali di tutela della salute e nella determinazione dei LEA, dei quali rimane immutata la definizione e l'elencazione secondo il DPCM del 29 novembre 2001.

Passa invece alle Regioni, e qui sta la differenza con l'attuale testo costituzionale, la potestà legislativa esclusiva in materia di assistenza e organizzazione sanitaria. In questo modo la tutela della salute, attualmente tra le materie a legislazione concorrente, viene sdoppiata: da un lato le *norme generali sulla tutela della salute* tra le potestà esclusive dello Stato, dall'altro *l'assistenza e l'organizzazione sanitaria* tra le potestà esclusive delle Regioni.

In questo paragrafo l'attenzione è posta principalmente su due aspetti:

1) le modalità con le quali le Regioni e le Province Autonome allocano il Fondo

Sanitario Regionale o Provinciale (FSR o FSP) tra i tre macro-livelli assistenziali;

- 2) le modalità con le quali le Regioni e le Province Autonome hanno recepito la normativa sui LEA (DPCM del 29 novembre 2001) ed in particolare l'allegato 2C concernente i 43 DRG ad elevato rischio di in appropriatezza.

Rispetto al primo punto, nell'ambito della programmazione sanitaria e dell'allocazione delle risorse, lo Stato indica delle quote obiettivo per il finanziamento dei LEA, mentre le Regioni e le Province Autonome si riservano la facoltà di scegliere se rispettare tali indicazioni o se scostarsi lievemente per soddisfare al meglio la domanda di salute del proprio territorio. Infatti, se a livello nazionale vengono indicate le percentuali di riparto delle risorse tra le tre macro funzioni assistenziali, le Regioni hanno comunque la possibilità di rimodulare le indicazioni di massima della programmazione nazionale identificando quote diverse nella distribuzione dei fondi tra i livelli di assistenza (tabella 8). Dall'analisi dei dati emerge che 4 Regioni (Lazio, Molise, Basilicata, Calabria) adottano le medesime quote obiettivo di riparto del Fondo Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (ex FSN). Inoltre, negli ultimi anni, a livello di programmazione nazionale vi è stato uno spostamento delle risorse dall'assistenza ospedaliera all'assistenza distrettuale. Tuttavia alcune Regioni (Piemonte, Liguria, Marche, Puglia, Sicilia e Sardegna) non sembrano aver colto per il 2007 queste indicazioni: mostrano infatti una percentuale di riparto delle risorse a favore dell'assistenza ospedaliera superiore alla quota obiettivo nazionale. Per quanto riguarda invece il macro-livello "Prevenzione", unicamente tre Regioni (Piemonte, Emilia-Romagna e Puglia) presentano una percentuale di riparto del FSR inferiore alla quota obiettivo nazionale.

I dati presentati nel "*Rapporto di Monitoraggio dei LEA*" (ASSR), sebbene si riferiscano al 2004, mostrano che sostanzialmente in tutte le Regioni e Province Autonome (ad eccezione della Toscana), il processo di definizione dei fabbisogni e della relativa programmazione della spesa per macro-livello assistenziale è fallito (grafico I). In particolare, ragionando per singola funzione assistenziale, emerge come:

- per quanto riguarda l'assistenza sanitaria collettiva, le risorse sono state sovrastimate in tutte le Regioni e Province Autonome, ad eccezione di Valle d'Aosta, Umbria, Basilicata e Sardegna che hanno speso più di quanto programmato;
- per quanto riguarda l'assistenza distrettuale, tutte le Regioni e Province Autonome (ad eccezione della Sicilia) hanno speso meno di quanto programmato, con scarti rispetto a quanto programmato fino a 4-5 punti percentuali in Friuli V.G., Umbria, Molise, Campania e Calabria;
- Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, invece, la situazione si inverte in tutte le Regioni e Province Autonome. Vi è stata, infatti, un'importante sottostima delle risorse da destinare a questo livello assistenziale: in 16 Regioni e Province

Autonome si rivela una differenza - rispetto alle quote programmate - di 2 fino a 6 (unicamente in Calabria) punti percentuali.

**Tabella 8 - Riparto FSR tra le funzioni assistenziali (LEA) - Anno 2007**

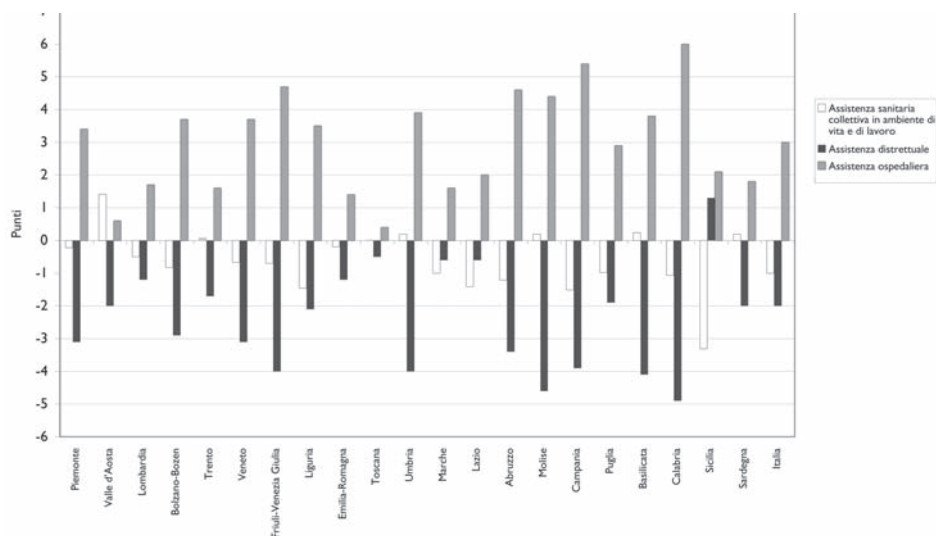
<b>Regioni</b>	<b>Assistenza Collettiva</b>	<b>Assistenza Distrettuale</b>	<b>Assistenza Ospedaliera</b>
Piemonte	4,81	49,2	45,99
Valle D'Aosta	5,5	46	45
Lombardia	5,5	>51	<43,5
Bolzano	Nd	Nd	Nd
Trento	Nd	Nd	Nd
Veneto*	5,06	48,83	42,99
Friuli Venezia Giulia	Na	Na	Na
Liguria (2005)**	-	54	46
Emilia-Romagna	4,5	51,5	44
Toscana	5	52	43
Umbria	Na	Na	Na
Marche	5,5	46,89	47,61
Lazio	5	51	44
Abruzzo	Nd	Nd	Nd
Molise	5	51	44
Campania***	5	34,1	42
Puglia	4,4	48,4	47,2
Basilicata	5	51	44
Calabria	5	51	44
Sicilia	5	49	46
Sardegna	6	47,5	46,5
<b>Nazionale</b>	<b>5</b>	<b>51</b>	<b>44</b>

\*Esclude il 3,12% riguardante la parte accentrata dei fondi assegnati ai LEA

\*\*La Liguria ripartisce le risorse unicamente in 2 macro livelli assistenziali: territoriale e ospedaliero

\*\*\*Esclude il 5% per la salute mentale e assistenza psichiatrica, il 2% per la situazione geomorfologica e densità della popolazione e l'11,9% per le funzioni accentrate, policlinici, IRRCs, fondo di riequilibrio e perequazione.

Fonte: Elaborazione degli autori su Delibere di Giunta Regionale, 2007

**Grafico I - Differenza (in punti) tra spesa effettiva e spesa programmata per funzione assistenziale e per regione - anno 2004**

Fonte: Elaborazione degli autori su Delibera CIPE e Rapporto Nazionale di Monitoraggio dei LEA (2004)

Rispetto al secondo ambito di programmazione regionale analizzato in questo paragrafo, con il decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 sono stati definiti i servizi che rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), vale a dire quei servizi che devono essere garantiti a tutti, a carico del Servizio Sanitario Nazionale (vedi capitolo n. 2.2). L'allegato 2C di tale documento contiene l'elenco di quelle prestazioni (corrispondenti a 43 codici DRG di cui 26 medici e 17 chirurgici) che pur essendo incluse nei LEA presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato o per le quali occorre individuare modalità più appropriate di erogazione. Tali prestazioni infatti:

- “non rispondono a necessità assistenziali in base ai principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale [...]”;
- non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la loro efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili ovvero la loro utilizzazione è rivolta a soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio di economicità nell'impiego delle risorse ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione e erogazione dell'assistenza.”

Nello specifico, lo stesso documento recita che “*le Regioni disciplinano i criteri e le modalità per contenere il ricorso all'erogazione delle prestazioni, che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, anche tenendo conto delle indicazioni riportate nell'allegato 2C*”. A tale proposito, una ricognizione svolta nell'ambito del progetto Mattoni del SSN (Mattone 7 – Misura dell'appropriatezza) mostra che ad oggi in tutte le Regioni e Province Autonome sono state definite le soglie di ammissibilità per i ricoveri ordinari relativamente ai 43 DRG indicati dall'allegato 2C del DPCM 29/11/01. Le ulteriori informazioni contenute nella suddetta ricognizione riguardano le soglie di ammissibilità per DRG non appartenenti alla lista dei 43 previsti dai LEA (tabella 9).

**Tabella 9 - Individuazione di ulteriori DRG extra LEA da sottoporre a soglie di ammissibilità per Regione e Province Autonome**

<b>Regioni</b>	<b>Soglie di ammissibilità su DRG extra LEA</b>	<b>Elenco DRG extra LEA</b>
Piemonte	No	
Valle D'Aosta	No	
Lombardia	No	
Bolzano	No	
Trento	No	
Veneto	Si	47,59,60,73,74,169,206,227,229
Friuli	No	
Liguria	Si	DRG non LEA con peso <0,59 (escluso parto, neonato sano e riabilitazione)
Emilia Romagna	Si	88,89,90,91,127,182,245,256
Toscana	Si	59,60,266,311,323,342,349,350, 381
Umbria	No	
Marche	No	
Lazio	Si	315,343,342,206,369,411
Abruzzo	No	
Molise	No	
Campania	Si	57,58,59,60,224,225,227,229,231, 261, 311, 340, 360, 381
Puglia	No	
Basilicata	No	
Calabria	No	
Sicilia	No	
Sardegna	No	

Fonte: Ricognizione delle politiche per promuovere l'appropriatezza nell'ospedale adottate nelle Regioni e Province Autonome dopo l'emanazione del DPCM di definizione dei LEA - Rapporto Preliminare a cura di LazioSanità

I dati mostrano come unicamente sei Regioni (Campania, Lazio, Emilia Romagna, Liguria, Veneto, Toscana) hanno indicato l'individuazione di ulteriori DRG extra LEA. Confrontando poi le liste specifiche dei DRG extra LEA si segnala che sono oggetto di intervento in più di una Regione i seguenti: DRG 59 e 60 (relativi agli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia), DRG 227 (“interventi su tessuti molli senza complicazioni”), DRG 229 (“interventi su mano o polso senza complicazioni”), DRG 206 (“malattie del fegato senza complicazioni”), DRG 311 (“interventi per via transuretrale senza complicazioni”).

Ulteriore argomento oggetto di questa ricognizione è stata l'applicazione, nel corso degli anni 2002-2003, di disincentivi economici per promuovere l'appropriatezza dei 43 DRG dei LEA. A tale proposito, i dati rilevati indicano che l'applicazione di disincentivi economici in caso di superamento delle soglie di ammissibilità risulta più diffusa nelle Regioni del centro-sud. Differentemente in Lombardia, Umbria, Emilia Romagna e Piemonte è stata applicata una politica di ri-definizione delle tariffe dei 43 DRG del DPCM del 2001 indipendentemente dal superamento di soglie.

Dal breve quadro presentato sul ruolo delle Regioni nel processo di programmazione sanitaria emerge come, sebbene a livello centrale vengano date delle indicazioni programmatiche, di fatto nel nostro Paese si stiano delineando 21 realtà sanitarie profondamente disomogenee tra di loro.

#### **4.4 L'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN 8 ANNI DI FEDERALISMO (2001-2009)**

Dopo 7 anni di “transizione federalista” e di funzionamento del nuovo modello, diversi nodi sono giunti al pettine.

Il primo nodo riguarda la storica differenza tra la stima del fabbisogno e l'effettiva spesa sanitaria di ciascuna Regione con il conseguente accumulo di disavanzi tendenzialmente concentrati in alcune Regioni italiane. A tale proposito, la correzione apportata con l'accordo del 23 marzo 2005, che ha avviato la stagione dei “piani di rientro”, ha segnato un più vigoroso intervento del livello centrale con un approccio più coercitivo che “incentivante”. Questo intervento, però, certamente utile per il contenimento della spesa e dei disavanzi, deve ancora dimostrare la sua capacità di ridurre la spesa agendo selettivamente sugli “sprechi” senza intaccare il livello dei servizi offerti ai cittadini.

Il secondo nodo è legato all'incapacità dimostrata dal “sistema” di creare dei seri incentivi per le Regioni in crisi strutturale (mancanza di equilibrio tra finanziamento percepito e spesa) di procedere autonomamente alla ri-strutturazione del sistema d'offerta congiuntamente ad interventi di governo della domanda. Infatti, il sistema dei LEA non è stato in grado di generare chiari incentivi per le Regioni in crisi

strutturale (mancanza di equilibrio tra finanziamento percepito e spesa) tali da indurle a procedere autonomamente alla ristrutturazione del sistema d'offerta congiuntamente ad interventi di governo della domanda.

Il terzo nodo riguarda il meccanismo adottato per l'allocazione delle risorse tra le Regioni. Questo processo sembra infatti essersi configurato come una mera negoziazione "politica" tra le Regioni piuttosto che come l'applicazione di una formula in grado di incorporare un principio di equità presente nell'ordinamento nazionale ed espresso dalla Legge 662/96 e mai abrogato. Il principio, aderente peraltro al dettato costituzionale, afferma che le risorse per l'assistenza sanitaria (per il finanziamento dei LEA) dovrebbero essere allocate in modo tale da fornire stesse risposte a parità di bisogni espressi dalle popolazioni, indipendentemente dalla Regione di appartenenza, attraverso l'adozione di un meccanismo di allocazione basato sulla quota capitaria "pesata".

Il quarto nodo riguarda la mancata definizione, in termini operativi, dell'effettivo pacchetto di prestazioni da inserire nei LEA.

Il quinto nodo, strettamente correlato ai precedenti, riguarda alcuni incentivi prodotti dalla logica federale che hanno portato alla progressiva divaricazione tra le Regioni (soprattutto in un gradiente Nord-Sud) in termini di definizione del pacchetto di servizi erogati e quindi di diritto alla salute, di modelli di *governance* adottati, e di modelli di giustizia distributiva adottati nell'allocazione interna delle risorse. Il pacchetto nazionale "LEA" potrebbe essere ampliato ovvero ridotto in alcuni casi, cosa oggettivamente difficile da valutare in mancanza di una esatta definizione dei suoi contenuti.

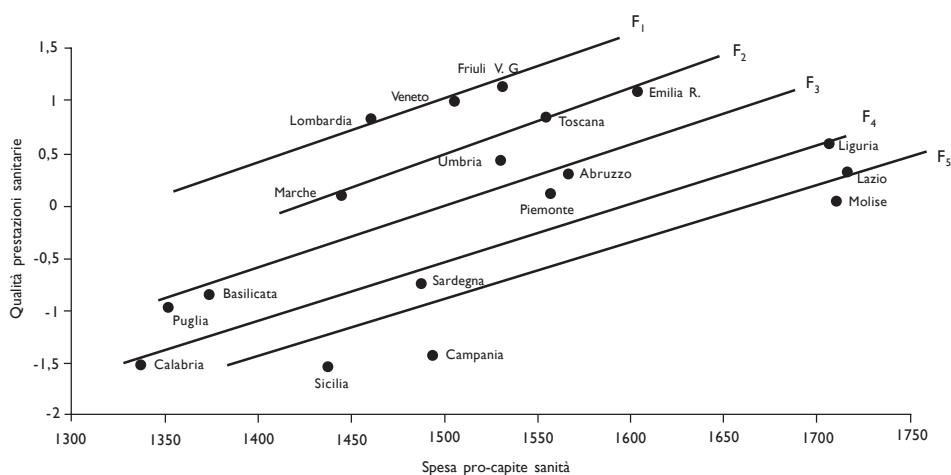
L'ultimo nodo, infine, è legato alla mancata creazione di un sistema di "*costi standard*" in grado di definire il livello minimo di efficienza che le Regioni dovrebbero garantire nell'erogazione delle singole prestazioni (o gruppi di prestazioni, ovvero i "sotto-livelli" nel sistema dei Livelli di assistenza).

L'atteso decreto sui nuovi LEA e la previsione di un sistema di allocazione delle risorse basato non più sulla spesa storica, ma su un sistema di costi standard, dovrebbe, tuttavia permettere di superare alcuni limiti che hanno caratterizzato il periodo 2001-2008.

A tale proposito uno degli elementi cardine della riforma sul federalismo recentemente approvata (Legge n. 42 del 05/05/09) è senza dubbio rappresentato dal graduale superamento del criterio della spesa storica a favore dell'utilizzo di un sistema di *costi standard* (articoli 6 e 9). Questi andranno a coprire le spese delle amministrazioni locali per sanità, assistenza e istruzione e saranno erogati in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale. Saranno finanziati dalla compartecipazione a IRPEF e IVA, oltre a quote del fondo perequativo e all'IRAP, fino alla sua definitiva sostituzione con altri tributi. La sostituzione graduale del criterio della spesa storica con quello del costo standard, a cui tutti dovranno uniformarsi, porta i servizi fondamentali a uno stesso costo e a una erogazione che deve essere uguale in tutto il Paese. La via maestra per l'ado-

zione di questo approccio impone, infatti, la definizione di costi standard per l'erogazione di prestazioni (o gruppi omogenei di prestazioni sanitarie) assegnando quindi alle Regioni fondi sufficienti per erogare quelle prestazioni a costi predefiniti. In sostanza il fabbisogno risulta definito dal prodotto tra il numero e il tipo di prestazioni da erogare – definite a seguito della previsione del bisogno e della conseguente “offerta” (in condizioni di appropriatezza) e il costo standard assegnato a ciascuna delle prestazioni inserite nel paniere. Questo, di conseguenza, impone da un lato una previsione quanto più possibile dettagliata del livello qualitativo delle prestazioni da erogare e, conseguentemente, la previsione di un livello di efficienza minimo richiesto alle Regioni nell'erogazione di questi servizi. Le Regioni riceveranno, pertanto, risorse pari non tanto alla spesa fino a quel momento sostenuta, ma risorse commisurate ad un livello di efficienza pre-determinato. L'obiettivo di questa modalità di assegnazione delle risorse è quello di superare l'attuale scenario che mostra (grafico II) un panorama significativamente frastagliato in cui sono evidenti diversi livelli di erogazione dei servizi e variabilità nelle capacità di governo del sistema sanitario da parte delle Regioni.

**Grafico II - Relazione tra qualità dell'output e spesa pro capite (sanità)**



Fonte: Ricolfi (2008, p. 108) su dati ISTAT, Rapporto Oasi 2007, ASSR e Ministero della Salute, tratta da Libro Verde sul futuro del modello sociale

Un altro elemento della riforma sul federalismo è il *fondo perequativo statale* (articolo 7).

In particolare, il fondo perequativo per le Regioni è alimentato dal gettito da compartecipazione all'IVA assegnata per le spese relative alle prestazioni essenziali ma anche da una quota del gettito derivante dall'aliquota media di equilibrio di



addizionale regionale all'IRPEF assegnata per il finanziamento delle spese non riconducibili alle funzioni essenziali. Le quote vengono assegnate a ciascuna regione senza vincolo di destinazione, e serviranno per sostenere le Regioni con minor capacità fiscale per abitanti, garantendo l'integrale copertura delle spese corrispondenti ai fabbisogni standard per i livelli essenziali delle prestazioni.

## Riferimenti bibliografici

- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - Accordo tra Governo, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni (22 novembre 2001).
- DPCM 29 novembre 2001, Definizione dei Livelli essenziali di assistenza.
- Compagnoni V (2005). *Analisi dei criteri per la definizione di standard sanitari nazionali*, Working paper n. 61, Dipartimento di politiche pubbliche e scelte collettive POLIS.
- LazioSanità: *Ricognizione delle politiche per promuovere l'appropriatezza nell'ospedale adottate nelle Regioni e P.A. dopo l'emanazione del DPCM di definizione dei LEA* – Rapporto Preliminare, 2006.
- Meridiano Sanità. *Rapporto finale 2008*, The European House Ambrosetti.
- Delibera CIPE n. 48 del 27 marzo 2008.
- Documento di Programmazione Economico Finanziaria 2009-2013, previsioni correnti, Ministero dell'Economia, 2008.
- Relazione generale sullo stato economico del Paese 2007, Ministero dell'economia e delle finanze, 2008.
- Tucci C. *L'Abc della bozza del DDL federalismo*, il Sole 24ore, 12 settembre 2008.
- Cimmarusti I. *Deficit in cura col tutor regionale*. Italia Oggi n. 7 del 14/1/2008.
- AGE.NA.S. *Monitor*. Anno VII numero 22, 2008.
- Relazione Unificata sull'Economia e la Finanza Pubblica per il 2008.
- Relazione Unificata sull'Economia e la Finanza Pubblica per il 2009.
- Camera dei Deputati. Controllo della spesa sanitaria ([http://www.camera.it/cartellecomuni/leg15/RapportoAttivitaCommissioni/testi/12/12\\_cap01.htm](http://www.camera.it/cartellecomuni/leg15/RapportoAttivitaCommissioni/testi/12/12_cap01.htm)).
- Camera dei deputati. I disavanzi sanitari regionali ([http://www.camera.it/cartellecomuni/leg15/RapportoAttivitaCommissioni/testi/12/12\\_cap01\\_sch01.htm](http://www.camera.it/cartellecomuni/leg15/RapportoAttivitaCommissioni/testi/12/12_cap01_sch01.htm)).

## capitolo 5

---

*Le attuali attività e i servizi per le  
erogazioni delle prestazioni garantite dal  
Servizio Sanitario Nazionale*



## 5.1 Il Dipartimento di Prevenzione: prevenzione collettiva e Sanità Pubblica

**Armando Muzzi, Augusto Panà**

### **Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica**

Le continue modificazioni organizzative del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non hanno determinato, come si desiderava, variazioni sostanziali del modo di operare dei servizi sanitari relativi alla assistenza ospedaliera, alla assistenza sanitaria collettiva ed alla assistenza distrettuale (territoriale). È ben nota la spiegazione del fenomeno, essendo conosciuto il lungo tempo necessario per ottenere cambiamenti di natura comportamentale e/o culturale rispetto alle modifiche organizzative: «Mentre gli interventi sanitari si modificano poco e lentamente, anche in presenza di un notevole massa di prove scientifiche, si assiste a continui interventi di ristrutturazione dei sistemi sanitari - con inevitabili ricadute sulla tutela della salute - pur in assenza di un corpo di prove scientifiche» (Davis P, Howden-Chapman, 1996).

Inoltre, di tutte le discipline sanitarie, la Sanità pubblica è quella che, per la sua natura, più subisce i cambiamenti politici, economici e sociali, dando luogo ad uno stato di perenne tensione tra compiti da svolgere e capacità degli operatori. Ad esempio pochi immaginano cosa deve fare un Dipartimento di prevenzione mentre un dipartimento di emergenza, uno di salute mentale, uno chirurgico richiamano subito alla mente quali potrebbero essere le attività che vi si svolgono.

Indubbiamente, non solo in Italia ma in sede internazionale, si stanno esercitando pressioni, sempre più vigorose, per riformare i servizi sanitari, almeno per quanto riguarda il contenimento della spesa, l'aumento di qualità, il soddisfacimento delle aspettative dei cittadini.

La Sanità pubblica partecipa a questo immane compito proponendo quattro fondamentali strategie di Prevenzione collettiva, dirette a creare le condizioni perché la gente diventi o permanga sana: a) potenziare gli aspetti preventivi dell'assistenza sanitaria; b) intensificare l'educazione sanitaria e la promozione della salute; c) migliorare le condizioni dell'ambiente; d) orientare la volontà politica verso le iniziative di sanità pubblica.

Con la prima strategia si tenta di superare l'annoso problema di come integrare i principi di sanità pubblica nel sistema di erogazione dell'assistenza sanitaria, forte-

mente orientato al momento diagnostico-terapeutico. Problema che prende le mosse dalla scarsa preparazione del personale sanitario in materia di sanità pubblica, dalla netta separazione delle carriere del personale secondo la disciplina esercitata, dalla divisione delle attività preventive e curative nelle strutture sanitarie, dai finanziamenti per la gran parte indistinti per funzioni.

Anche se gli operatori di sanità pubblica non si occupano direttamente del recupero della salute, se non per gli aspetti organizzativi, anche i clinici, specialmente i medici di medicina generale, sono tenuti a svolgere azioni di Medicina di sanità pubblica come anche sottolineato dal WONCA: «La disciplina della medicina generale/medicina di famiglia ha le seguenti caratteristiche: 1) promuove la salute e il benessere con interventi appropriati ed efficaci; 2) ha una responsabilità specifica della salute della comunità» (WONCA Europa 2003). È noto infatti che alcune pratiche di prevenzione individuale (vaccinazioni, educazione sanitaria, screening diagnostici), pur facendo parte di programmi organizzati di sanità pubblica, vengono effettuate dai medici di medicina generale. L'obiettivo è quindi di operare per allargare ed approfondire le attività preventive dell'assistenza sanitaria per creare un modello integrato di assistenza sanitaria primaria e sanità pubblica (*community-oriented primary care model*). Tale modello potrebbe essere realizzato nei Distretti, sulla falsariga delle *Primary Care Trusts* (PCT) recentemente create nel National Health Service anglosassone. Occorre cioè guidare le iniziative, comuni a tutti i sistemi sanitari, che incentivano anche economicamente le attività preventive.

La seconda strategia, il potenziamento degli interventi di educazione e promozione della salute, è consequenziale in parte alla prima, in quanto, stando ad una delle tante definizioni di educazione alla salute “il tentativo di migliorare la comprensione dei determinanti della salute e della malattia ed aiutare le persone a sviluppare la capacità necessaria a cambiare le abitudini nocive” (Kemmer, 2003), deve vedere l'impegno a tali interventi da parte di tutto il personale sanitario, anche di quello con funzioni assistenziali dirette. Si impone a questo punto un chiarimento sia ideologico che pratico della educazione alla salute e della promozione della salute. L'educazione alla salute ha una storia più lunga della promozione della salute essendo nata con il movimento della sanità pubblica alla fine del XIX secolo mentre la promozione della salute è subentrata nella seconda metà del secolo successivo. L'educazione alla salute aveva come principale obiettivo la riduzione della mortalità e morbosità, puntando quindi all'obiettivo molto limitato di assenza di malattia. Discende poi da una visione positivista della realtà: ci si attende cioè che gli individui, una volta informati, agiscano razionalmente per il loro bene, modificando, se necessario il loro modo di vivere; concetto che fa appello al senso di responsabilità individuale per cui non si deve fare altro che diffondere le informazioni di quello che è necessario per tutelare la salute. La promozione della salute fa evolvere l'educazione alla salute in almeno tre fondamentali direzioni: 1. ampliamento del concetto di salute, che dalla assenza di malattia passa al benessere ed alla qualità di vita; 2. interesse per tutti i determinanti, quelli che potenziano la salute ancor prima di quelli che ostacolano la malattia; va

sottolineato che Starfield fa notare che si parla sempre di “determinanti” e non di “determinante” perché agiscono sempre congiuntamente non esistendo un singolo determinante di salute e/o malattia (Starfield 2001); 3. superamento del concetto di rischio individuale nel senso che non appare più sufficiente la sola riduzione/eliminazione dei fattori di rischio a livello individuale ma si rendono necessari interventi a livello di intera popolazione, che cercano cioè di raggiungere tutti i membri di una popolazione definita. Si tratta degli interventi population-based o community-based interventions diretti cioè a gruppi di popolazione e che si basa sul concetto di rischio attribuibile alla popolazione. Con questa concezione può essere inoltre facilitata la valutazione della efficacia degli interventi che, limitati solamente alla educazione alla salute, potevano suggerire pericolosamente una loro inefficacia.

Le strategie per migliorare le condizioni ambientali sono troppo note per essere discusse. Nel mentre però il controllo dei rischi ambientali fisici, chimici e biologici è forse la attività più conosciuta ed attuata dagli operatori di sanità pubblica, molto meno praticati sono gli interventi sull'ambiente sociale. Questi interventi, per loro natura socio-sanitari, non solo richiedono il superamento dei ben noti problemi di mancanza di integrazione e comunicabilità tra servizi sanitari e servizi sociali, ma anche il coinvolgimento della comunità/popolazione. Si ritorna così alla promozione della salute che si sforza di mettere la gente in condizione di poter influenzare i determinanti dello stato di salute (tra i quali sono presenti i servizi pubblici). Si tratta in pratica delle varie articolazioni del Patto di solidarietà per la salute come erano previste dal Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.

Il Patto di solidarietà per la salute si collega alla quarta ed ultima strategia. Persuadere i *decision makers*, a tutti i livelli di governo, che la tutela e promozione della salute è un nobile scopo significa orientare la volontà politica verso le iniziative di sanità pubblica. Volontà che si traduce in leggi, regolamenti, regole formali ed informali adottate per guidare i comportamenti individuali e collettivi. È soprattutto a livello locale che si evidenzia l'abilità di orientare la volontà politica vincendo le resistenze di portatori di interessi contrari ad iniziative di sanità pubblica. Gli interventi politici sono infatti misure che modificano o controllano l'ambiente giuridico, sociale, economico e fisico e, come la promozione della salute, scaturiscono dalla nozione che gli individui sono fortemente influenzati dall'ambiente sociale e culturale in cui vivono e lavorano. Come la promozione della salute, le politiche sanitarie possono avere una influenza sia diretta e più evidente, che una più indiretta ed implicita, sulla salute collettiva. Gli effetti diretti sono misurabili ed includono la prevalenza dei fattori di rischio, l'incidenza e la prevalenza delle malattie, delle disabilità e della morte; quella più indiretta riguarda cambiamenti nelle norme sociali e modifiche degli atteggiamenti nei confronti della salute.

Anche se possono essere ritenute “scolastiche”, le quattro strategie hanno il pregio di essere immediatamente operative nell'attuale contesto della sanità pubblica, essere concrete nella definizione e realizzazione, fornire un orientamento sicuro all'azione dei responsabili dei Dipartimenti di prevenzione e dei Distretti delle ASL,

apportare un contributo, che non sia solo di tipo organizzativo e/o gestionale, alle funzioni dirigenziali.

### **Istituzione e funzioni del Dipartimento di Prevenzione (DP)**

Il DP prende origine con l'art. 7 del D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502 quale modello di integrazione di tutti i servizi territoriali sanitari e sociali operanti nel settore della prevenzione delle Unità sanitarie locali. La L. 833/78 aveva demandato alle regioni la definizione dell'organizzazione e delle regole di funzionamento delle Usl, che vi avevano provveduto con proprie leggi. L'unità organizzativa elementare era costituita dal "servizio", a capo del quale era nominato un coordinatore di livello "apicale". Ne erano risultati 21 modelli organizzativi diversi, che prevedevano, per l'area (socio-) sanitaria, da un minimo di 5 servizi in Calabria a un massimo di 13 servizi in Friuli-V.G. L'organizzazione dipartimentale non era prevista e rimaneva su basi volontarie, all'interno delle Usl. «Le regioni istituiscono presso ciascuna unità sanitaria locale un dipartimento di prevenzione ... Il Dipartimento è articolato almeno nei seguenti servizi: a) igiene e sanità pubblica; b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro; c) igiene degli alimenti e della nutrizione; d) veterinari, articolati distintamente nelle tre aree funzionali ... ».

Il successivo D.lgs 19 giugno 1999, n. 229 ha qualificato meglio il DP, modificando profondamente l'art. 7 del 502/1992, specificando che «il Dipartimento di Prevenzione è struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita». «A tal fine il Dipartimento di Prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline».

Va rilevato che lo stesso Decreto precisa che «il Dipartimento di Prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali».

Il D.lgs 229/99 ribadisce, infine, in più punti la necessità dell'integrazione tra le attività del DP e quelle di altre strutture interne ed esterne alla ASL, in particolare del Distretto, presso il quale sono collocate le funzioni decentrate del DP («trovano inoltre collocazione funzionale nel Distretto le articolazioni organizzative del Dipartimento di salute mentale e del Dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona»).

Il D.M. 185 del 16 ottobre 1998 "Approvazione linee-guida concernenti l'organizzazione del Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali", identi-



fica per l'area funzionale Igiene della Nutrizione, le seguenti articolazioni: • Sorveglianza nutrizionale; • Educazione alimentare; • Nutrizione collettiva; • Dietetica preventiva. La realizzazione di tali attività mira a garantire la promozione della salute in campo nutrizionale, ponendosi lo scopo ambizioso di modificare lo stile di vita della collettività.

L'offerta sanitaria viene articolata in livelli di assistenza che rappresentano il sistema basilare di prestazioni che il Servizio sanitario deve garantire ai cittadini e agli aventi diritto all'assistenza. Le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio Sanitario Nazionale sono determinate nel DPCM 29 novembre 2001 Definizione dei Livelli essenziali di Assistenza e DPCM 23 aprile 2008 "Nuova definizione dei Livelli essenziali di assistenza" (LEA) nella triplice ripartizione: 1) di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; 2) di assistenza distrettuale; 3) di assistenza ospedaliera. Ripartizione che corrisponde alle tre macroaree assistenziali: il Dipartimento di Prevenzione, il Distretto, l'Ospedale, anche se non coincide automaticamente, considerata la completa autonomia organizzativa delle regioni, ad attribuzione di competenze a strutture del servizio sanitario.

Le prestazioni di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro attuate direttamente dal DP, o tramite le Unità operative distrettuali dislocate sul territorio, sono quindi: A) profilassi delle malattie infettive e parassitarie; B) tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali; C) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro; D) sanità pubblica veterinaria; E) tutela igienico-sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; F) attività di prevenzione rivolte alla persona: vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce; G) servizio medico-legale.

Per ognuna delle sette principali funzioni di Prevenzione collettiva, l'Allegato 1 del DPCM 29 novembre 2001 elenca, in modo dettagliato, le prestazioni erogabili. Il DPCM 23 aprile 2008 puntualizza che, per quanto riguarda l'area della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica": «In questo livello sono ricomprese le prestazioni che riguardano la profilassi delle malattie infettive, inclusi i programmi vaccinali, la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, negli ambienti aperti, nella sanità animale e nell'igiene urbana e veterinaria. Sono incluse, inoltre, la tutela delle malattie croniche, la promozione di stili di vita sani e gli interventi di prevenzione nutrizionale, i programmi di screening e le prestazioni per la valutazione medico legale di stati di disabilità e per finalità pubbliche» ed aggiunge che «la novità di maggior rilievo è senza dubbio l'introduzione della vaccinazione anti Papillomavirus Umano (HPV), il virus responsabile del cancro alla cervice uterina, per tutte le ragazze tra l'undicesimo e il dodicesimo anno di età (circa 280 mila ogni anno)».

Va preso atto che il Decreto ha, dopo lunga gestazione, non solo indicato le prestazioni sanitarie garantite dal Servizio Sanitario Nazionale ed esigibili da parte

dei cittadini, ma le ha anche distribuite nelle tre macro-aree di offerta, modificando i criteri di ripartizione delle risorse tra di esse.

Il Documento - "Le linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali" - preparato ed approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, rappresenta bene lo stato dell'arte non solo per il suo contenuto tecnico, ma anche perché esprime il punto di vista istituzionale.

Il Documento inizia affermando che «l'organizzazione delle funzioni di prevenzione delle ASL soffre di alcune limitazioni ben evidenziate dalla Relazione sullo stato di attuazione dei Dipartimenti di Prevenzione (DP) derivata da un'indagine recentemente svolta nell'ambito della Commissione Parlamentare d'Inchiesta sul sistema sanitario. In essa sono indicati in particolare: ritardi nella istituzione dei Dipartimenti; assenza di reale integrazione tra professionalità; scarso investimento di risorse; scarsa integrazione con gli altri servizi sanitari, soprattutto con quelli territoriali; confusione di ruolo con i servizi dell'ARPA per la prevenzione ambientale; carenze nella formazione e nella qualità professionale del lavoro, con ricadute sul grado di motivazione dei professionisti».

Allo stato attuale il DP è dunque una articolazione organizzativa complessa, insieme al/ai Distretti ed al/agli ospedali, dell'Azienda Sanitaria Locale; al DP compete la funzione di supporto tecnico alla Direzione nella propria funzione di committenza, nella definizione delle strategie aziendali di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità e del miglioramento della qualità di vita della popolazione sana e malata. Tale funzione di supporto tecnico si esplica, inoltre, nei confronti degli Enti locali, nella elaborazione e realizzazione dei Piani per la Salute in collaborazione con altri soggetti coinvolti. Il DP è inoltre la struttura dell'Azienda preposta alle attività proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

## **I servizi per le erogazioni delle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale**

Le prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale sono elencate nell'Allegato 1 del DPCM 29 novembre 2001 e, come richiamato dalle linee guida per la prevenzione sanitaria, «si possono riconoscere tre sezioni distinte: • nella prima vengono trattati gli obiettivi di salute della prevenzione (obiettivi di salute che possono essere raggiunti tramite interventi di prevenzione) che, fissati nell'ambito di leggi nazionali e del Piano sanitario nazionale, o identificati nei Piani sanitari regionali, viene raccomandato alle regioni di fare propri. A questo proposito il documento si propone di descrivere le modalità per definire questi obiettivi e di suggerire il percorso attraverso cui garantire che in ogni ambito geografico essi si traducano in scelte programmatiche ed operative, verificabili nei processi e nei risultati; • la secon-

da sezione ha caratteristiche di linee di indirizzo del “buon operare” secondo criteri di integrazione che possono essere assicurati solo da un’ottica di lavoro per obiettivi, dal momento che l’organizzazione dei Servizi del DP ricade nell’autonomia delle singole regioni; • nella terza sezione si suggeriscono i processi in grado di assicurare che i livelli minimi di prevenzione vengano distribuiti equamente su tutto il territorio nazionale (livelli essenziali di prevenzione). Infatti la ricerca di un corretto equilibrio tra l’autonomia regionale nella organizzazione dei servizi e la massimazione dell’efficienza complessiva permette la riduzione del rischio di sperequazioni, oggi evidenti. Da qui la necessità di definire il ruolo delle regioni e delle amministrazioni nel prevenire tali rischi».

Si sono incontrate molte e serie difficoltà per i Dipartimenti di Prevenzione nella applicazione dei LEA così come attualmente formulate. Il concetto di “prestazione”, mentre è molto adatto a precisare l’attività assistenziale diagnostico-terapeutica (visite, esami medici, ricoveri), risulta meno adeguato a schedare le attività di sanità pubblica. Ad esempio, la sorveglianza sanitaria, una delle più caratteristiche attività di sanità pubblica, non ha dignità di “prestazione” o “servizio”. Mentre la prestazione avviene a richiesta, diretta o indiretta, del beneficiario, l’intervento di prevenzione collettiva è in forma attiva e, spesso, il beneficiario non è il richiedente o il ricevente, ma i membri di una comunità più o meno ampia. Gli interventi di sanità pubblica, sono offerti in virtù di una previsione normativa o sulla base della rilevazione di bisogni di salute locali, e sono misurati non solo in termini di quantità di prestazioni o atti prodotti ma piuttosto in termini di percentuale di popolazione coperta dall’intervento.

Il Decreto sui LEA ha inserito, nell’ambito del macrolivello “assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro”, le «attività di prevenzione rivolte alla persona: vaccinazioni obbligatorie e raccomandate; programmi di diagnosi precoce»; ciò ha in qualche modo disorientato la tradizionale visione delle funzioni del DP, finora restio a praticare direttamente le attività di prevenzione rivolte alla persona. Nel nuovo DPCM del 23 aprile 2008 di Definizione dei Livelli essenziali di Assistenza si precisa che «sono esclusi da questo livello gli interventi di prevenzione individuale, fatta eccezione per le vaccinazioni organizzate in programmi che hanno lo scopo di aumentare le difese immunitarie della popolazione (come quelle incluse nel Piano Nazionale Vaccini) e per gli screening oncologici, quando sono organizzati in programmi di popolazione». Si è imposta l’esigenza di valorizzare le attività svolte dal DP con l’obiettivo di potenziare le attività di prevenzione. Giova peraltro precisare che interventi di prevenzione primaria e secondaria (quali, ad esempio, educazione sanitaria, counseling, prevenzione individuale e per gruppi a rischio effettuata dai medici di medicina generale e da altre professionalità sanitarie) sono svolti anche dai livelli di assistenza distrettuale e ospedaliera (nell’ambito delle risorse ad essi attribuite), oltre che da settori non sanitari, in un comune impegno di promozione della salute.

Anche se dal 1° gennaio 2008 è entrato in vigore il nuovo piano nazionale per le

vaccinazioni che in Italia coprirà il biennio 2008-2010, resta a tutt'oggi valido per la parte organizzativa il Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 (pubblicato su Suppl. Ordinario della GU n. 86 del 14 Aprile 2005) che così recita: «Il Dipartimento di Prevenzione, di cui sono strumenti essenziali l'anagrafe vaccinale di AUSL e la struttura per la raccolta delle notifiche e la sorveglianza attiva delle malattie infettive ha la responsabilità di garantire a livello di tutta la AUSL il raggiungimento degli obiettivi specifici della programmazione nazionale e regionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale, dal Piano Nazionale Vaccini e dalla pianificazione regionale. Il Dipartimento di Prevenzione organizza anche l'attività di somministrazione di vaccini sia direttamente con personale medico, infermieristico ed amministrativo della ASL sia, all'occorrenza, avvalendosi di altre figure sanitarie operanti nei Distretti ed in particolare dei Pediatri di Libera scelta e dei Medici di medicina generale.

In particolare, il Dipartimento di Prevenzione è chiamato a presidiare operativamente le seguenti aree prioritarie: 1. la promozione dell'adesione consapevole alle vaccinazioni; 2. l'offerta attiva e gratuita dei vaccini previsti dal calendario; 3. la conduzione di un'attività sistematica di recupero dei non vaccinati (catch up) e di riproposta periodica della vaccinazione (follow up), secondo le indicazioni del calendario vaccinale; 4. il miglioramento della capacità di raggiungere le persone ad alto rischio, per condizione sociale, culturale o lavorativa, cui offrire le vaccinazioni necessarie, per esempio bambini immigrati di cui non è certo lo stato vaccinale, adulti mai vaccinati per tetano, donne in età fertile suscettibili alla rosolia, soggetti che appartengono a gruppi ad elevato rischio per malattia pneumococcica, personale sanitario per la vaccinazione contro l'influenza; 5. la gestione delle coperture vaccinali e delle segnalazioni delle malattie infettive; 6. la sorveglianza degli eventi avversi "potenzialmente attribuibili" a vaccino; 7. la gestione dei carichi vaccinali con particolare riguardo alla gestione degli eventi critici (carenza di prodotti, segnalazione di non conformità, etc.); 8. la valutazione dell'efficacia dei programmi vaccinali in termini di protezione della malattia, di riduzione delle complicanze e delle morti».

Il Piano Nazionale Vaccini offre indicazioni molto precise sulle funzioni del DP in quanto «... la struttura che pianifica, organizza e valuta l'attività vaccinale va individuata unicamente nel DP, anche se la somministrazione dei vaccini può essere effettuata anche da operatori di altre strutture sanitarie (Dipartimento materno-infantile, MMG, PLS)» ed anche se «per svolgere i compiti suddetti i DP possono strutturare il proprio servizio vaccinazioni in modo differente in rapporto al contesto organizzativo locale e nel rispetto delle indicazioni regionali».

Anzi «è comunque raccomandabile, allo scopo di assicurare un efficace lavoro di rete, che vengano coinvolte attivamente sia altri Servizi dell'AUSL e dei Distretti sia altre figure sanitarie di rilevante importanza per il ruolo esercitato. Si fa riferimento, in particolare, al pediatra di libera scelta, al medico di medicina generale ed al medico specialista, ospedaliero ed ambulatoriale».

Anche se non esiste per quanto riguarda gli screening preventivi una tale specifi-

cazione, si dovrebbero applicare le stesse indicazioni, e le stesse condizioni. per ottenere un successo a livello di individui, di programma e di organizzazione.

La prevenzione collettiva o comunitaria è strettamente interdipendente con la prevenzione individuale o clinica in quanto tutti gli interventi di prevenzione collettiva hanno una ricaduta sui singoli componenti del gruppo e/o della popolazione.

Il rapporto di reciproco condizionamento tra prevenzione collettiva e prevenzione individuale va accettato come essenziale ed inevitabile in quanto gli interventi di prevenzione praticati su singoli soggetti non possono che far parte della prevenzione collettiva. Infatti debbono essere: 1. universali (un servizio di prevenzione deve possibilmente “catturare” tutte le persone eleggibili pena l’esclusione di coloro che probabilmente più si gioverebbero degli interventi); 2. erogati gratuitamente dallo stato (essendo assente una “vera” domanda di prevenzione il prezzo costituirebbe un insormontabile ostacolo alla applicazione); 3. resi talvolta obbligatori (es. vaccinazioni) o quanto meno coercitivi (es. obbligo di visite periodiche per varie categorie di persone) allorché l’interesse collettivo viene ritenuto superiore al diritto alla libertà individuale; 4. organizzate, nel senso che gli interventi devono essere distribuiti sulla base di programmi preordinati e finanziati (es. campagne informative). Ciò significa ridurre drasticamente le enormi possibilità di prevenzione applicabile a tutte le patologie conosciute limitandole alle categorie che, per una serie di ragioni, rientrano in programmi raccomandati a favore del maggior numero di persone.

### **Assistenza Primaria e Dipartimento di Prevenzione: evoluzione e prospettive**

Il SSN nasce con un grande ideale: migliorare lo stato di salute generale della popolazione e ridurre le disuguaglianze di salute. Si ipotizzava che aver riunito tutte le attività sanitarie in un unico organismo - le Unità Sanitarie Locali prima e le Aziende Sanitarie Locali poi - poteva facilitare la coniugazione dell’interesse per i singoli individui con l’orientamento per la popolazione ove, con tale termine si intende prendersi cura di gruppi, famiglie, e comunità. Queste possono essere definite per area geografica, per ragioni biologiche quali l’età o il genere, per criteri socioeconomici e/o culturali. Tale ipotesi avrebbe portato automaticamente, senza mai menzionarla, alla nascita di qualche forma di assistenza sanitaria primaria. Un primo errore, che ha creato notevoli difficoltà di integrazione, è aver confuso l’assistenza sanitaria primaria con la sola Medicina di famiglia o di base oppure, più recentemente, averla individuata come la sola assistenza distrettuale o territoriale. Un secondo errore è aver trascurato l’impegno che tutti gli addetti al settore sanitario avessero appreso il modo con cui si poteva erogare Sanità pubblica e medicina generale o di base. Anche se questa vera transizione culturale è sviluppata in alcune realtà territoriali, in altre persiste l’antica e superata tradizione della sepa-

**Tabella 1 - Distribuzione e numero dei Dipartimenti di Prevenzione**

2006			
Regione	ASL	Distretti	Dipartimenti di Prevenzione
Piemonte	22	62	20
Valle D'Aosta	1	4	1
Lombardia	15	93	15
Prov. Auton. Bolzano	4	20	2
Prov. Auton. Trento	1	11	
Veneto	21	50	21
Friuli Venezia Giulia	6	18	6
Liguria	5	16	4
Emilia Romagna	11	39	11
Toscana	12	34	12
Umbria	4	12	3
Marche	1	24	1
Lazio	12	22	12
Abruzzo	6	42	6
Molise	1	13	1
Campania	13	103	13
Puglia	12	49	12
Basilicata	5	11	5
Calabria	11	26	10
Sicilia	9	62	7
Sardegna	8	20	7
<b>ITALIA</b>	<b>180</b>	<b>731</b>	<b>169</b>

Fonte: Anuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2006

razione; solo se entrambe le culture interagiscono, imparando una dall'altra, si potrà ottenere un proficuo risultato per entrambe.

Inizialmente sarebbe stato necessario formare tutti coloro che si riconoscono in questi due paradigmi, tra loro complementari, in modo da capire i rispettivi punti di vista, facilitando così le relazioni lavorative di cooperazione. Non si tratta di far rivivere il medico condotto di un tempo, che i progressi tecnologici delle Scienze Mediche e la comparsa di molte nuove professioni sanitarie non consentirebbero, ma di imparare a lavorare in gruppo, coprendo tutte le necessità assistenziali dei cittadini. L'assistenza sanitaria primaria, multidisciplinare per definizione, richiede una forte integrazione tra i professionisti medici con altri professionisti sanitari, e l'adozione di team multiprofessionali che lavorano in gruppo.

I tentativi, non numerosi, per rafforzare le funzioni di sanità pubblica nelle

organizzazioni di Assistenza Primaria - e viceversa - non hanno quasi mai avuto successo. Si può far riferimento all'iniziativa MPHI (The Medicine and Public Health Initiative) creata congiuntamente dalla American Medical Association (AMA) e dalla American Public Health Association (APHA) tendente a superare il secolare divario tra le due discipline. Troppo distanti sono le posizioni culturali dei due protagonisti: il medico di medicina generale (o di famiglia) ed il medico di Medicina di sanità pubblica, ma ancora più sostanziale è il conflitto tra etica medica ed etica pubblica. Per i medici di medicina generale, il loro ruolo di "avvocati" dei pazienti contrasta con quello di tutela della salute della collettività; inoltre spesso non sono preparati ad essere educatori sanitari, hanno una visione molto ristretta della promozione della salute, e modesta esperienza in attività destinate alla comunità/popolazione. Se è stato pressoché impossibile affidare alla gran parte dei medici di famiglia la funzione di salute pubblica, intesa come risposta unitaria e globale ai bisogni di salute di una comunità, altrettanto difficile è stato affidare alla gran parte dei medici di sanità pubblica la funzione di tutelare la salute dei singoli individui sani, individuando i fattori di rischio e promuovendo sani stili di vita (direttamente, o meglio, tramite il medico di famiglia).

Il cambiamento radicale (riorientamento) dei servizi sanitari (una delle cinque azioni principali consigliate dalla Carta di Ottawa), volto alla promozione della salute e basato sull'assistenza sanitaria primaria, richiedeva non solo un mutamento delle funzioni delle organizzazioni ma anche una crescita delle competenze del personale addetto ai servizi sanitari.

L'assistenza sanitaria primaria, internazionalmente riconosciuta con la Dichiarazione di Alma Ata e la sua ambiziosa finalità (Salute per tutti nell'anno 2000), è stata anche definita "un singolare connubio tra la sanità pubblica e la medicina clinica". Il modello di assistenza sanitaria universale era fondato su pochi principi (il documento che la definiva usava solo 100 parole): assistenza sanitaria essenziale (compresa la prevenzione), basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa accessibile a tutti gli individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione, fornita a costi che la comunità ed il paese possono sostenere finanziandoli in ogni stadio del loro sviluppo, nello spirito di autodeterminazione (WHO. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. *Declaration of Alma-Ata*. WHO, Geneva 1978). Il reale messaggio della Dichiarazione, che conserva ancora tutta la sua validità, era che una inadeguata e disuguale assistenza sanitaria è da considerare economicamente, socialmente e politicamente inaccettabile.

In queste condizioni è stato finora molto difficile realizzare una vera assistenza sanitaria primaria che includa servizi integrati delle tre macro-aree assistenziali, anche se portate "sotto uno stesso tetto". Una vera assistenza sanitaria primaria richiede nuove competenze e capacità del personale ed un elevato grado di cooperazione e coordinazione all'interno di tutto il settore sanitario. La sua visione prevede che: 1) la gente dovrebbe far parte integrante dei servizi sanitari locali

orientati a tutelare e migliorare la loro salute; 2) i servizi sanitari locali dovrebbero adoperarsi attivamente per ridurre le disuguaglianze di salute tra i differenti gruppi di gente (comunità); 3) i servizi dovrebbero essere organizzati tenendo conto di una ben definita popolazione, e dovrebbero estendersi oltre il trattamento ed il supporto dei malati per includere le attività di prevenzione delle malattie e di promozione della salute; 4) l'integrazione dovrebbe riguardare tutte le attività del settore sanitario (sanità pubblica, salute mentale, assistenza sanitaria alle persone, riabilitazione dei disabili, supporto ai disagiati); 5) l'integrazione operativa della assistenza alla persona e della sanità pubblica diventa determinante.

Eppure l'assistenza sanitaria primaria e l'assistenza sanitaria collettiva hanno due buone ragioni per essere tra loro coordinate: la prima è che si praticano in aree geograficamente definite e comuni sia se si vogliono fornire i servizi sanitari essenziali e sia se si vuole predisporre un programma di attività. Particolarmente adatto e percorribile è lo sviluppo di Progetti-obiettivo, promossi a livello intraaziendale sulla spinta di input nazionali. La messa a punto di tali progetti-obiettivo non può prescindere da un'attenta valutazione del bisogno e da una ricognizione scrupolosa delle eventuali soluzioni tentate e delle esperienze maturate.

La seconda ragione è che ambedue utilizzano l'epidemiologia come strumento per individuare quali sono i problemi di salute prioritari e gli interventi sanitari più efficaci, per effettuare il monitoraggio e per la valutazione dei risultati dei programmi sanitari. Le attività sono abitualmente organizzate in programmi che prevedono la definizione degli obiettivi, la scelta di indicatori e dei metodi idonei a valutare i risultati.

In prospettiva, l'Assistenza sanitaria primaria potrà trovare attuazione solo se si svilupperanno adeguatamente la teoria e la pratica della "nuova Sanità pubblica", a cui culturalmente afferiscono le strutture sanitarie delle tre macroaree assistenziali. Nel 1987 si cominciò ad attuare il Programma del WHO "Città sane" (*Healthy Cities*) con l'esplicito scopo di applicare in 11 città europee la strategia "Salute per tutti" (*Health for All*). Questo avvenimento ha dato inizio al movimento della "nuova sanità pubblica". In questa ottica, il DP, nel rispetto delle competenze attribuite a ciascuna delle tre macroaree ed in collaborazione con esse, dovrebbe essere messo nelle condizioni di svolgere nell'Azienda sanitaria funzioni e attività a livello centrale e periferico: le funzioni centrali comportano compiti di programmazione, di coordinamento tecnico e di controllo delle attività assistenziali per la comunità/collettività; quelle periferiche sono assicurate dalle Unità Operative di Prevenzione Collettiva funzionalmente allocate opportunamente nel territorio.

Se non fosse culturalmente ed operativamente "anchilosato" ed oberato da funzioni se non superflue certamente poco importanti, il DP potrebbe significativamente concorrere alla evoluzione del SSN, assumendosi la responsabilità di proporre idonei programmi, da realizzare e valutare nell'ambito e da parte di tutte e tre le macroaree assistenziali: programmi di ricerca, di sorveglianza, di servizi, di formazione, e di politica sanitaria. La stessa Conferenza Stato-Regioni nelle "Li-



nee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali” dichiara che: «I Dipartimenti di Prevenzione continuano così ad organizzarsi intorno a compiti e pratiche la cui efficacia ed appropriatezza non sempre sono provate, o possono non essere più attuali e, comunque, non vengono periodicamente sottomesse a verifica».

Sempre al DP, in collaborazione con i diretti interessati alla realizzazione dei programmi, spetterebbe la rilevazione, quanto più obiettivamente e sistematicamente possibile, della importanza, della efficacia e dell’impatto dei programmi stessi.

Nei paesi tecnologicamente avanzati e con servizi sanitari ampiamente distribuiti, come l’Italia, il miglioramento della qualità (nel senso più ampio del termine) dei servizi sanitari esistenti, compresi quelli che compongono l’assistenza sanitaria primaria, dovrebbe diventare la principale funzione delle Aziende sanitarie. Una funzione che, in uno spirito di collaborazione con gli altri livelli e le relative attività, dovrebbe pienamente integrarsi nel Livello di assistenza collettiva e sanità pubblica e quindi nei relativi Dipartimenti di Prevenzione.

In questa direzione ha lavorato la Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza che, incaricata di rivedere il DPCM del 29 novembre 2001, ha elaborato un testo, presentato nell’aprile del 2008, che rappresenta un aggiornamento delle prestazioni garantite dal SSN e va nella direzione di una valorizzazione di alcuni aspetti di prevenzione.

Per quanto riguarda il primo dei Livelli essenziali, la Commissione ha ritenuto opportuno ridefinire il titolo come “Livello di Assistenza: Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica”. Nei nuovi LEA, infatti, assume una particolare importanza la “sorveglianza e prevenzione primaria delle malattie croniche, inclusi gli stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening”. Nell’Allegato 1 del DPCM, si sottolinea che “l’informazione epidemiologica, anche quando non espressamente citata tra le componenti del programma, dovrà comunque guidare le aziende sanitarie nella pianificazione, attuazione e valutazione dei programmi e nella verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute”.

Tutto questo va letto appunto nell’ottica di una tendenza a riorganizzare le attività e servizi territoriali in un ambito integrato da definire come “Assistenza Primaria”, certamente favorito da un riavvicinamento culturale e operativo tra i professionisti della Sanità Pubblica e quelli della tradizionale attività di assistenza alle persone.

**Riferimenti bibliografici**

- Davis P, Howden-Chapman: *Translating research findings into health policy*. Soc.Sci.Med. 1996, 43, 865-72.
- Detels R, Breslow L. *Current scope and concerns in public health*. In: Detels R et al. editors: Oxford Textbook of Public Health: vol. 1, The scope of Public Health, Oxford University Press, Oxford 1997.
- Brownson RC, Newschaffer CJ, Ali-Abarghoui F. *Policy research for disease prevention: challenges and practical recommendations*. AJP 1997; 87: 735-9.
- Sorensen G, Emmons K, Hunt MK, Johnston D. *Implications of the results of community intervention trials*. Annu.Rev.Public Health 1998; 19: 379-416.
- Wilkin D, Gillam S, Smith K: *Tackling organisational change in the new NHS*. BMJ 2001, 322, 1464-7;
- Wilkin D, Dowswell T, Leese B: *Modernising primary and community health services*. BMJ 2001, 322, 1522-4.
- Campbell S, Roland M, Wilkin D: *Improving the quality of care through clinical governance*. BMJ 2001, 322, 1580-2.
- Glendinning C, Coleman A, Shipman C, Malbon G: *Progress in partnerships*. BMJ 2001, 323, 28-31.
- Gillam S, Abbott S, Banks-Smith J: *Can primary care groups and trusts improve health?* BMJ 2001, 323, 89-92.
- Starfield B. *Basic concepts in population health and health care*. J. Epidem. Comm. Health 2001; 55: 452-4.
- WHO. *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. WHO regional publications, European Series, n° 92, Copenhagen 2002.
- Conferenza Stato-Regioni: Repertorio Atti n. 1493 del 25.7.2002. Il Documento è riportato integralmente in IgSanPubl 2002; 58: 467-477.
- Illife S, Lenihan P. *Integrating primary care and public health: learning from the community oriented primary care model*. Intern. J. Health Services 2003; 33: 85-98.
- Kickbusch I. *The contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion*. Am J Publ Health 2003; 93: 383-388.
- Glouberman S, Millar J. *Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada*. Am. J. Public Health 2003; 93: 388-92.
- McLeroy KR, Norton BL, Kegler MC, Burdine JN, Sumaya CV. *Community-based interventions*. Am. J. Public Health 2003; 93: 529-33.
- Kemm J. *Health education: a case for resuscitation*. Public Health 2003; 117: 106-111.
- WONCA Europa: *Definizione europea di medicina generale/ di famiglia*. Il sole 24 ore sanità 14-20 ottobre 2003.
- Beitsch LM, Brooks RG, Glasser JH, Coble. *The Medicine and Public Health Initiative. Ten Years Later*. Am J Prev Med 2005; 29: 149-153.
- Muzzi A, Panà A, Alvaro R. *Prevenzione*. Medicina Pratica Progressi, UTET scienze mediche editore, Torino 2008, vol 1, 97-212.
- Muzzi A. Panà A. *La Sanità pubblica e la Medicina preventiva*. IgSanPubl 2008; 64: 679-84).
- The Lancet* nel trentennale della Dichiarazione di Alma Ata ha dedicato alla assistenza sanitaria primaria una serie di articoli (2008; Vol 372: 863, 865, 893, 902, 910, 917, 928, 940, 950, 962, 972, 990, 1001).

## 5.2 La rete ospedaliera in Italia

### *Evoluzione e prospettive delle funzioni, delle strutture, dei posti letto e delle relazioni con l'Assistenza Primaria*

**Elio Guzzanti**

In questo capitolo non verrà affrontato il problema della assistenza ospedaliera in Italia in tutti i suoi aspetti e nelle diverse epoche, una materia così complessa da richiederne la trattazione in un volume dedicato. Si evidenzieranno, invece, tutti quegli aspetti della rete ospedaliera – e delle sue relazioni attuali e prospettive con l'Assistenza Primaria – che confermano quanto si è scritto nella introduzione al presente volume, e cioè che «non si tratta di contrapporre l'Assistenza Primaria con l'Assistenza Ospedaliera e con la Sanità Pubblica, ma di definire meglio i percorsi di comunicazione, collaborazione e continuità fra i tre ambiti, per far sì che veramente la persona assistita sia al centro del sistema».

In un precedente capitolo si sono evidenziati due momenti fondamentali per la rete ospedaliera in Italia: l'anno 1955, perché espressivo del periodo nel quale l'assistenza ospedaliera viene concessa anche ai pensionati e ai loro familiari conviventi e a carico; e l'anno 1975, con il passaggio alle regioni dell'assistenza ospedaliera fino ad allora di competenza della mutualità, l'inizio della estinzione di quest'ultima, la costituzione del Fondo Nazionale Ospedaliero, l'abolizione della retta giornaliera di degenza e l'avvio verso la riforma sanitaria.

È questo il momento in cui si registra il più alto numero di posti letto, 588.103, dei quali però il 18,6% è dedicato alla psichiatria e il 6,1% alla tubercolosi.

Da allora, numerosi provvedimenti hanno caratterizzato la dinamica della rete ospedaliera, tra i quali verranno di seguito ricordati quelli di maggiore rilevanza.

- Legge 13 maggio 1978, n. 180, sugli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori, che istituisce l'assistenza psichiatrica in condizioni di assistenza ospedaliera non più come competenza delle province, bensì rientrando nell'assistenza ospedaliera affidata alle regioni, di cui alla Legge 386 del 1974, sotto la forma di servizi psichiatrici di diagnosi e cura che sono affidati a personale degli ospedali psichiatrici e dei servizi e presidi psichiatrici pubblici extraospedalieri. Le regioni e le Province autonome programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici.

- Legge 22 maggio 1978, n. 194. Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, che produce sensibili effetti sulla organizzazione e sul funzionamento dei servizi ospedalieri di ostetricia e ginecologia, ma anche sui consultori familiari, di cui alla Legge 29 luglio 1975, nonché su altre strutture socio-sanitarie territoriali autorizzate dalle regioni e sui medici di fiducia delle donne interessate al problema.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, sull'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, che alla gestione unitaria della tutela della salute provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di Unità sanitarie locali (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». Per quanto riguarda gli ospedali, sciolti gli enti ospedalieri pubblici di cui alla Legge 132 del 1968, essi diventano «stabilimenti ospedalieri» delle USL che devono essere organizzati in dipartimenti, anche per «il collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali». Vengono, inoltre, istituiti dei «servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale», i cui interventi «sono attuati di norma dai presidi e servizi territoriali extraospedalieri». Nel caso di trattamento sanitario obbligatorio che richiede la degenza ospedaliera, «il ricovero dovrà essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica».
- Legge 23 ottobre 1985, n. 595, sulla programmazione sanitaria ed il piano sanitario triennale 1986-1988, che, tra l'altro, stabilisce – ed è la prima volta in Italia – alcuni parametri tendenziali per l'assistenza ospedaliera, quali:
  - a) una dotazione di posti letto di 6,5 per 1000 abitanti, di cui almeno l'1 per mille riservato alla riabilitazione;
  - b) un tasso medio di ospedalizzazione di 160 per 1000 abitanti;
  - c) un tasso minimo di utilizzazione dei posti letto ospedalieri compreso tra il 70 e il 75%;
  - d) una durata media di degenza di 11 giorni.

La medesima legge individua «le aree funzionali omogenee», per superare le rigide norme della Legge 132 del 1968 sul numero dei posti letto delle Divisioni e dare così avvio ai Dipartimenti, ed introduce il concetto delle «alte specialità», che nel 1992 sarà sviluppato da uno specifico decreto.

- Legge 11 marzo 1988, n. 67, il cui articolo 20 stabilisce i contenuti e il finanzia-

mento di un «programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti».

Dal punto di vista ospedaliero, gli interventi si rendevano necessari ed urgenti, considerato che da un censimento effettuato all'epoca, i 1061 presidi partecipanti erano articolati in 5866 corpi di fabbrica, dei quali 2296 (39,1%) costruiti in muratura, un tipo di edilizia che si è usato in Italia fino alla prima metà degli anni '30, mentre 2251 (38,4%) erano costituiti da un misto di muratura e cemento armato, una tipologia usata fino al termine della Seconda guerra mondiale. L'età media degli edifici ospedalieri era, allora, di 62 anni, una media, però, tenuta bassa da molte strutture costruite nel Sud e nelle Isole dalla Cassa per il Mezzogiorno nel dopoguerra, in genere caratterizzate tipologicamente in modo da ospitare attività di media e bassa complessità.

Per quanto riguarda le strutture riferibili all'Assistenza Primaria, il programma stabilisce il «potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione» e la realizzazione di 140.000 posti in «strutture residenziali per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e che richiedono trattamenti continui, che devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituti di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate».

Era, altresì, previsto il «completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri», che nell'epoca mutualistica - e con riferimento solo all'INAM - contava 901 tra poliambulatori ed ambulatori.

- Legge 5 giugno 1990, n. 135, programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS, la cui attuazione fa sì che:
  - a) i 6070 posti letto di malattie infettive del 1987, occupati al 46,1% per inadeguatezza strutturale e funzionale, si siano trasformati nel 2005 in 3429 posti letto ordinari, occupati al 76,7% perché adeguati per il ricovero di effettivo isolamento, anche per patologie ad elevata capacità di contagio;
  - b) è stato possibile istituire 757 posti letto di day hospital, proprio a seguito di una delega al riguardo contenuta nella medesima legge, e quanto mai necessari oggi in presenza della cronicizzazione dell'AIDS come conseguenza di terapie che, dal 1996, hanno cambiato il rapido e fatale corso della malattia, ma richiedono non meno cure ed attenzioni per gli effetti stessi delle terapie, e questo richiede la collaborazione tra i medici curanti del territorio e gli specialisti ospedalieri, e quindi l'uso del day hospital;
  - c) si sono, altresì, attivati 1900 posti di assistenza domiciliare e 536 posti in case alloggio e residenze collettive, chiamando a collaborare le organizzazioni non lucrative operanti nel territorio, che a loro volta si sono avvalse dei medici della Assistenza Primaria;
  - d) con atto di intesa tra Stato e regioni, del 7 novembre 1991, è stata defini-

ta una organica distribuzione dei compiti tra le strutture ospedaliere e i servizi territoriali sulle attività di prevenzione e assistenza delle infezioni da HIV.

Non a caso si è parlato del modello della lotta all'AIDS come il paradigma del rinnovamento dell'assistenza sanitaria in Italia; ed infatti la rete di sorveglianza InFluNet, con i medici di famiglia come "sentinelle" attive che allertano i servizi di Igiene e Sanità pubblica e mettono così in moto i meccanismi di risposta delle Istituzioni, discende dal paradigma della lotta all'AIDS, un modello che si è dimostrato spesso superiore a quello di altri Paesi avanzati.

- Legge 30 dicembre 1991, n. 412, che, tra l'altro, riduce lo standard dei posti letto ospedalieri a 6 per 1000 abitanti, di cui lo 0,5 riservato alla riabilitazione.
- D.M. 29 gennaio 1992, che stabilisce l'elenco delle alte specialità ed i requisiti necessari perché le strutture possano esercitare tali specialità.
- D.P.R. 27 marzo 1992, atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, che istituisce il numero unico nazionale 118, le centrali operative per la raccolta, la selezione delle chiamate e l'invio dei mezzi di soccorso, e distingue la rete ospedaliera dai punti di primo intervento fino ai dipartimenti di emergenza, di primo e di secondo livello.
- D.M. Sanità 15 maggio 1992 sui Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza, che vengono definiti come segue.
  - Rosso: molto critico, richiede quindi un intervento d'emergenza perché è in atto la compromissione di almeno una delle tre grandi funzioni vitali (respiro, circolo, coscienza).
  - Giallo: mediamente critico, richiede un intervento indifferibile per la minaccia di cedimento di una funzione vitale.
  - Verde: poco critico, richiede intervento differibile perché non sono presenti compromissioni delle funzioni vitali.
  - Bianco: non critico, richiede prestazioni che non necessitano di essere erogate in tempi brevi.
- D.P.R. 20 ottobre 1992, atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per l'attuazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali, che stabilisce regole precise per questa importante innovazione coerentemente con le esigenze di trattamento di un crescente numero di malattie croniche, le possibilità offerte dalla tecnologia di praticare molte attività diagnostiche e terapeutiche senza l'obbligo del ricovero ordinario, così favorendo il desiderio degli assistiti di mantenere le

normali abitudini di vita, ma anche facilitando gli ospedali nella utilizzazione del personale e dei posti letto secondo criteri di efficienza. Per evitare, però, che venissero registrate come day hospital – più remunerativo – delle normali prestazioni ambulatoriali, sono stati stabiliti precisi parametri di riferimento, in particolare la limitazione a 2 dell'indice di rotazione dei pazienti in ogni posto letto per ciascun giorno di funzionamento del day hospital.

Tutto ciò deve essere ben presente ai responsabili delle politiche sanitarie, soprattutto nei confronti internazionali sul numero dei posti letto necessari. Negli Stati Uniti, infatti, i posti letto ed i ricoverati riguardano esclusivamente i ricoveri ordinari, mentre tutta l'attività a ciclo diurno ricade sotto la voce e la gestione *outpatients*. In Inghilterra, invece, si distinguono i ricoveri ordinari dai *day cases*, ma questi ultimi nel 2007 hanno fatto registrare circa 4.200.000 casi, pari al 31% del totale dei ricoveri, disponendo di poco più di 10.000 posti letto.

In Italia, invece, nel 2005 il ricovero diurno ha fatto registrare circa 3.900.000 casi, pari al 32,3% del totale dei ricoveri, ma con una disponibilità di circa 30.000 posti letto. Prima, quindi, di assumere decisioni riguardo alla riduzione o conversione dei posti letto in Italia, occorre una approfondita riflessione e documentazione circa le regole del gioco ed i risultati che si vogliono ottenere, considerando altresì le strette correlazioni esistenti tra le attività ospedaliere diurne e l'Assistenza Primaria.

- Decreti Legislativi 30 dicembre 1992, n. 502 e 7 dicembre 1993, n. 517, che istituiscono come aziende autonome le Unità sanitarie locali, ma anche gli Ospedali, compresi i Policlinici universitari, che sono sedi delle alte specialità, della formazione dei medici, o sono di riferimento per l'emergenza.
- Legge 24 dicembre 1993, n. 537 (legge finanziaria per il 1994), che ridefinisce il parametro posti letto-popolazione, riducendolo a 5,5 per 1000 abitanti, di cui l'1 per 1000 riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie.
- Legge 23 dicembre 1994, n. 724 (legge finanziaria per il 1995), che stabilisce la disattivazione e riconversione degli ospedali con meno di 120 posti letto, salvo particolari situazioni definite in ambito regionale, e fissa in 30 giorni il termine entro il quale il Ministro della Sanità deve definire con decreto i criteri di classificazione degli ospedali specializzati.  
Introduce, inoltre, dal gennaio 1995, il nuovo sistema di finanziamento della assistenza ospedaliera, che è fondato su tariffe predeterminate per caso di ricovero secondo la metodologia classificativa delle patologie dei DRG utilizzata negli Stati Uniti sin dal 1983.
- D.M. Sanità del 31 gennaio 1995, sui Criteri di classificazione degli ospedali specializzati.

L'anno 1995 segna una ulteriore transizione rispetto al 1975 perché, come allora la abolizione della storica retta giornaliera di degenza ed il passaggio alla gestione a bilancio annuale aveva impresso una svolta decisiva al sistema ospedaliero, così l'adozione delle nuove modalità di finanziamento a tariffe predeterminate impone una nuova direzione di marcia alle aziende sanitarie da poco costituite, e non solo per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera.

Per fare il punto rispetto a questa nuova fase, si riportano i seguenti dati.

<b>Anno 1995</b>		
Popolazione	57.268.578	
Popolazione di 65 a. e oltre	9.401.072	(16,4%)
Posti letto	330.556	(5,77 per 1000 abitanti)
Dimessi	9.851.093	(172 per 1000 abitanti)
Degenze	89.863.929	(1,57 per abitante)
Degenza media	9,1 giorni	
Occupazione media	74,4%	

La dinamica del periodo 1975-1995 è caratterizzata dai seguenti elementi:

<b>Periodo 1975-1995</b>		
La popolazione è aumentata di	1.254.412 unità	(+2,24%)
La pop. di 65 a. e oltre è aumentata di	2.511.330 unità	(+36,40%)
I posti letto sono diminuiti di	257.547 unità	(-43,80%)
Le degenze sono diminuite di	73.926.071 unità	(-45,10%)
La degenza media è diminuita	da 16 a 9,1 giorni	
L'occupazione media è diminuita	dal 75% al 74,4%	

- Linee di guida n. 1/1995 del Ministero della Sanità (G.U. 29 giugno 1995), delle quali si riportano di seguito i principi e concetti essenziali.

In applicazione del D.M. 14 dicembre 1994 relativo alle «tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera», si fa riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extraospedalieri.

Si ricorda, infatti, che le risorse finanziarie attribuite alle Regioni ed alle Province Autonome sulla base della quota capitaria sono destinate a garantire le prestazioni previste dai Livelli essenziali di assistenza, e quindi la quota da assegnare alla assistenza ospedaliera deve, almeno in questa prima fase, fare riferimento alla spesa affrontata nell'ultimo biennio.

Le risorse così individuate non devono essere tutte destinate al pagamento a tariffe delle prestazioni, perché occorre riservare una quota congrua al finanziamento di



attività quali l'emergenza, il trasporto d'organi, la didattica e la ricerca, nonché ai programmi per la tutela della salute mentale, l'assistenza agli anziani, l'assistenza materno-infantile e l'assistenza ai soggetti affetti da HIV/AIDS.

Nella definizione della rete ospedaliera è necessario riferirsi alla Legge 537 del 1993, che indica in 4,5 per 1000 abitanti i posti letto per acuti, ed 1 posto letto per 1000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

Le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno, di cui al D.P.R. 20 ottobre 1992, sono definite come «ricoveri in day hospital».

Le prestazioni di ricovero diurno di carattere chirurgico (day surgery) sono stabilite sulla base di “pacchetti” predefiniti di trattamento che comprendono le prestazioni pre-, intra- e post-operatorie, come suggerito da Commissioni del Consiglio Superiore di Sanità a partire dal 1993.

Il nuovo sistema tariffario richiede appropriati sistemi di controllo, quelli “esterni”, da parte delle regioni e delle aziende USL acquirenti, e quelli “interni” effettuati dai singoli erogatori, perché il sistema delle tariffe potrebbe indurre variazioni significative nella condotta clinico-assistenziale, tali da influire sulla qualità delle prestazioni erogate.

Per i controlli esterni occorre la formazione di personale esperto al riguardo e la attivazione di flussi informativi di monitoraggio; per i controlli interni è necessaria la attività di audit da praticare, formalmente e con modalità ben definite, nell'ambito dei dipartimenti.

Nelle considerazioni finali si sottolinea che il nuovo sistema di pagamento a tariffe predeterminate, oltre ad una profonda revisione dell'organizzazione e del funzionamento degli ospedali, richiede un nuovo rapporto collaborativo ed integrativo tra i servizi ospedalieri ed i presidi e servizi extraospedalieri, compresa la funzione dei medici e dei pediatri di base.

- Legge 28 dicembre 1995, n. 549 (legge finanziaria per il 1996) che, tra l'altro, ribadisce il parametro posti letto-popolazione fissato dalla Legge 537 del 1993 e la normativa sugli ospedali con meno di 120 posti letto, e stabilisce che i posti letto eccedenti possono essere riconvertiti in residenze sanitarie assistenziali, in strutture residenziali non ospedaliere e in servizi ambulatoriali, allo scopo utilizzando i fondi di cui all'art. 20 della Legge 67 del 1988.  
Tutto ciò può tornare utile anche attualmente, per esempio nei riguardi dei cosiddetti “ospedali di comunità”.
- Atto di intesa tra Stato e regioni, dell'11 aprile 1996, di approvazione delle Linee di guida n. 1/1996 sul Sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992.

Vengono di seguito riportati i principi e criteri di maggiore rilevanza per i rapporti con le diverse componenti dell'Assistenza Primaria.

- a) Una rete di presidi e servizi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati, rappresenta il contesto ed il punto di riferimento della pianificazione territoriale del sistema di servizi per l'emergenza-urgenza, che comporta altresì una definizione delle funzioni dei servizi territoriali, compreso il servizio di guardia medica ed i suoi rapporti con la struttura ospedaliera.
- b) Alla Centrale operativa fanno capo tutte le richieste telefoniche di urgenza ed emergenza convogliate attraverso il numero unico 118, che vengono valutate in relazione al grado di complessità degli interventi da attivare. Questi possono essere: fornire i consigli più appropriati, eventualmente inviando il paziente al proprio medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta, o ai servizi di guardia medica territoriale, non inserita nel sistema di emergenza-urgenza, oppure ai punti di primo soccorso territoriale; inviare mezzi di soccorso con o senza medico a bordo, organizzando il trasporto in struttura idonea precedentemente allertata.
- c) Le modalità di risposta all'emergenza-urgenza si articolano su quattro livelli di operatività, che corrispondono ad altrettante situazioni di crescente gravità e complessità, distinte in:
  - punti di primo intervento;
  - pronto soccorso ospedaliero;
  - dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione di primo livello;
  - dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione di secondo livello.
- d) Le regioni, al fine di consentire il necessario scambio di informazioni tra la Centrale operativa, il sistema territoriale e la rete ospedaliera, promuovono un più diretto coinvolgimento dei medici di medicina generale, di guardia medica e dei pediatri di libera scelta nell'organizzazione dell'intervento sanitario in emergenza e urgenza a livello extraospedaliero. Per il raggiungimento di questo obiettivo, previsto dalle convenzioni per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta, è opportuno prevedere che una parte dell'aggiornamento obbligatorio sia dedicata all'emergenza e che venga svolta in collaborazione con i responsabili della Centrale operativa.
- e) Allo scopo di favorire e di incentivare il costituirsi di rapporti di collaborazione fra medici di medicina generale, medici di guardia medica e medici del Dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione, e rendere possibile uno scambio culturale oltreché di informazioni cliniche relative ai pazienti assistiti, pare opportuno che i presidi di guardia medica siano il più possibile accorpati o dislocati presso i Servizi di pronto soccorso o di primo intervento sanitario. Questa soluzione faciliterebbe anche la possibilità di garantire la sicurezza del personale rispetto a possibili recenti episodi di violenza presso punti di guardia medica, eccessivamente decentrati e privi di necessarie misure di sicurezza.
- f) All'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di *triage* come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale

infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio.

g) I dati relativi alla scheda di dimissione ospedaliera di 14 regioni indicano che nel 1994 il 23% dei ricoveri ordinari dura 1 solo giorno, in parte perché non si è ancora formalizzato il day hospital secondo le norme del D.P. 20 ottobre 1992, in parte per carenza delle unità di osservazione a breve degenza, che vanno perciò attivate come componenti dei DEA, con un dimensionamento che va rapportato alle situazioni locali, con particolare riferimento alle grandi aree urbane e metropolitane.

- Legge 23 dicembre 1996, n. 662 (legge finanziaria per il 1997) che, tra l'altro, stabilisce:
  - a) la riduzione del numero dei posti letto che nell'ultimo triennio hanno mediamente registrato un tasso di occupazione inferiore al 75%;
  - b) l'incremento dei posti letto di day hospital fino ad una dotazione media regionale non inferiore al 10% dei posti letto per acuti;
  - c) i posti letto per la libera professione intramuraria concorrono ai fini dello standard dei posti letto per 1000 abitanti.

Inoltre, richiamando in parte quanto stabilito dalla Legge 386 del 1974 circa i criteri per la ripartizione del Fondo Nazionale Ospedaliero, si stabilisce che: «ai fini della determinazione della quota capitaria, in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, il CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, stabilisce i pesi da attribuire ai seguenti elementi: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali».

- Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante «Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art. 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419», che all'art. 4, sulle Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri, dispone principi fortemente restrittivi per la costituzione delle Aziende ospedaliere. Con la promulgazione della Legge Costituzionale del 18 ottobre 2001, n. 3, la sostituzione dell'art. 117 della Costituzione ha trasferito alle regioni la competenza in materia.
- Legge 23 dicembre 2000, n. 388 (legge finanziaria 2001), che, tra l'altro, dispone che:
  - a) l'importo di lire 30.000 miliardi di cui all'articolo 20, comma 1, della Legge 11 marzo 1988, n. 67, è elevato a 34.000 miliardi;
  - b) nella definizione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, le regioni ove siano assicurati adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata e centri residenziali per le cure palliative, inseriscono un valore

soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lungodegenza, oltre il quale si applica una riduzione della tariffa giornaliera, fatta salva la garanzia della continuità dell'assistenza.

Il valore soglia è fissato in un massimo di sessanta giorni di degenza, la riduzione tariffaria è pari ad almeno il 30% della tariffa giornaliera piena.

- Legge 16 novembre 2001, n. 405, che, tra l'altro, stabilisce:
  - a) nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera prevista dall'art. 2, comma 5, della Legge 28 dicembre 1995, n. 549, e successive modificazioni, le regioni adottano lo standard di dotazione media di 5 posti letto per 1000 abitanti, di cui l'1 per 1000 riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie;
  - b) gli esuberanti di personale risultanti dalla ristrutturazione sono prioritariamente riassorbiti nell'ambito delle strutture realizzate in sede di riconversione di quelle dismesse, per assicurare la sostituzione del personale usato dal servizio nell'ambito della stessa azienda e per realizzare servizi medici ed infermieristici domiciliari per malati cronici e terminali.
- Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005) che, tra l'altro, stabilisce che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante dall'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 contempli, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, «il rispetto degli obblighi di programmazione a livello regionale, al fine di garantire l'effettività del processo di razionalizzazione delle reti strutturali della offerta ospedaliera e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta di posti letto per acuti e per lungodegenza e riabilitazione, alla promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, nonché alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario».
- Atto d'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che, tra l'altro, stabilisce che:
  - a) entro il 30 settembre 2005 le regioni:
    - I. adottano uno standard di posti letto ospedalieri non superiore a 4,5 per 1000 abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie;
    - II. riducono l'assistenza ospedaliera erogata promuovendo il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, garantendo entro l'anno 2007 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per 1000 abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%.
- Legge 23 dicembre 2005, n. 266, (legge finanziaria 2006), che stabilisce, tra

l'altro, che il Ministero della Salute promuove «una rimodulazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, finalizzata ad incrementare qualitativamente e quantitativamente l'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale e, corrispondentemente, decrementare l'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero».

- Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) che, tra l'altro, stabilisce che:
  - a) per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero, la cui condizione è stata codificata come codice bianco, ad eccezione di quelli afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti, gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro, che non è, comunque, dovuta dagli assistiti non esenti di età inferiore a 14 anni;
  - b) si provvede alla modificazione degli allegati al DPCM 29 novembre 2001, di definizione dei livelli essenziali di assistenza, finalizzata all'inserimento nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero, nonché alla integrazione e modificazione delle soglie di appropriatezza per le prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario diurno;
  - c) al fine di assicurare l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, è istituito presso il Ministero della Solidarietà Sociale un "Fondo per la non autosufficienza" dotato di 100 milioni di euro per il 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009.
  
- Legge 24 dicembre 2007, n. 244, (legge finanziaria 2008) che, tra l'altro, stabilisce che:
  - a) al fine di favorire la crescita dimensionale delle aggregazioni professionali, funzionale al miglioramento della qualità dei servizi forniti alla collettività e dell'organizzazione del lavoro, agli studi professionali associati o alle altre entità giuridiche, anche in forma societaria, risultanti dall'aggregazione di almeno quattro ma non più di dieci professionisti, è attribuito un credito d'imposta pari al 15% dei costi sostenuti per l'acquisizione, anche mediante locazione finanziaria, dei beni indicati al comma 73, nonché per l'ammodernamento, ristrutturazione e manutenzione degli immobili utilizzati, che per le loro caratteristiche sono imputabili ad incremento del costo dei beni ai quali si riferiscono.  
Nel caso dei medici convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, per le specifiche esigenze di organizzazione dei servizi di medicina primaria, i limiti minimo e massimo del numero dei professionisti interessati all'ope-

- razione di aggregazione possono essere elevati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;
- b) per favorire la permanenza ed il ritorno nella comunità familiare di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti in alternativa al ricovero in strutture residenziali socio-sanitarie, il Ministro delle politiche per la famiglia, di concerto con i Ministri della solidarietà sociale e della salute, promuove una intesa in sede di Conferenza unificata avente ad oggetto la definizione dei criteri e delle modalità sulla base dei quali le Regioni, in concorso con gli enti locali, definiscono e attuano un programma sperimentale di interventi al quale concorrono i sistemi regionali integrati dei servizi alla persona.
- Legge 6 agosto 2008, n. 133, recante «Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria», che in materia di «programmazione delle risorse per la spesa sanitaria» stabilisce, tra l'altro, che:
    1. Per il triennio 2009-2011 il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è confermato in 102.683 Milioni di euro per l'anno 2009 e in 103.945 milioni di euro per l'anno 2010 e 106.265 milioni di euro per l'anno 2011.
    2. Per gli anni 2010 e 2011 l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato è subordinato alla stipula di una specifica intesa fra lo Stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, da sottoscrivere entro il 31 ottobre 2008, che, a integrazione e modifica dell'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e dell'intesa Stato-Regioni relativa al Patto per la salute del 5 ottobre 2006, contempra ai fini dell'efficientamento del sistema e del conseguente contenimento della dinamica dei costi;
      - a) una riduzione dello standard dei posti letto, diretto a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale;
      - b) l'impegno delle regioni, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, alla riduzione delle spese di personale degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Per comprendere tali norme, non sulle loro finalità perché sono chiaramente esplicite nel testo, bensì nella loro razionalità rispetto all'attuale contesto organizzativo, vengono di seguito esposti taluni dati ed alcune considerazioni.

Nell'anno 2006, per il quale si dispone di dati ufficiali attendibili, la situazione si presenta come segue.

- (1) La popolazione conta 59.131.287 unità così ripartite per fasce di età:

0-14:	8.337.511	pari al 14,1%
15-64:	39.026.649	pari al 66,0%
65 a. e oltre:	11.760.958	pari al 19,9%

- (2) La popolazione di 65 anni e oltre è così suddivisa:

6.174.397	di 65.74 a.
4.247.274	di 75.84 a.
1.339.287	di 85 a. e oltre

- (3) La popolazione residente nelle regioni è riportata nel seguente ordine decrescente di numerosità:

Lombardia	9.545.441	Sardegna	1.659.443
Campania	5.790.187	Liguria	1.607.878
Lazio	5.493.308	Marche	1.536.098
Sicilia	5.016.861	Abruzzo	1.309.797
Veneto	4.773.554	Friuli V.G.	1.212.602
Piemonte	4.352.828	Trentino A.A.	994.703
Emilia R.	4.223.264	Umbria	872.967
Puglia	4.069.869	Basilicata	591.338
Toscana	3.638.211	Molise	320.074
Calabria	1.998.052	Valle d'Aosta	124.812
<b>Totale: 59.131.287</b>			

- (4) La popolazione di 65 a. e oltre residente nelle regioni: valori percentuali decrescenti

(N.B.: a parità di valori percentuali, sono riportate in precedenza le regioni con i valori assoluti più alti)

Liguria	26,7	Basilicata	20,0
Toscana	23,3	Lombardia	19,7
Umbria	23,3	Veneto	19,4
Emilia R.	22,8	Lazio	19,0
Friuli V.G.	22,8	Calabria	18,5
Piemonte	22,7	Sicilia	18,1
Marche	22,6	Sardegna	18,0
Molise	22,0	Trentino	18,0
Abruzzo	21,3	Puglia	17,6
Valle d'Aosta	20,5	Campania	15,5

(5) La popolazione di 65 a. ed oltre residente nelle regioni: valori assoluti decrescenti

Lombardia	1.880.452	Calabria	369.639
Lazio	1.043.728	Marche	347.158
Piemonte	988.091	Sardegna	298.699
Emilia R.	962.904	Abruzzo	278.986
Veneto	926.069	Friuli V.G.	276.473
Sicilia	908.015	Umbria	203.401
Campania	897.479	Trentino A.A.	179.046
Toscana	847.703	Basilicata	118.267
Puglia	716.297	Molise	70.416
Liguria	429.187	Valle d'Aosta	25.586

(6) Posti letto ospedalieri effettivamente utilizzati: anno 2006

Posti letto per Acuti - Regime ordinario	Pubblici	161.596
	Accreditati	31.551
		<b>193.147</b> (16,3% accreditati)
Posti letto per Acuti - Day hospital	Pubblici	26.103
	Accreditati	2.932
		<b>29.035</b> (10,1% accreditati)
Posti letto per Riabilitazione - Regime ordinario	Pubblici	11.345
	Accreditati	11.168
		<b>22.513</b> (49,6% accreditati)
Posti letto per Riabilitazione - Day hospital	Pubblici	1.627
	Accreditati	732
		<b>2359</b> (31% accreditati)
Posti letto per Lungodegenti - Regime ordinario	Pubblici	4.794
	Accreditati	5.289
		<b>10.083</b> (52,4% accreditati)

Totale posti letto per Acuti (Ordinari + DH):	222.182	(pari a 3,76 per 1000 ab.)
Totale posti letto per Riabilitazione (Ordinari + DH):	24.872	(pari a 0,42 per 1000 ab.)
Totale posti letto per Lungodegenti (Ordinari):	10.083	(pari a 0,17 per 1000 ab.)
<b>Totale generale:</b>	<b>257.137</b>	(pari a 4,35 per 1000 ab.)

N.B. La Riabilitazione comprende: Unità Spinale, Recupero e Riabilitazione Funzionale, Neuro-Riabilitazione



- La degenza media per Acuti - Regime ordinario è di 6,7 giorni
- L'occupazione media per Acuti - Regime ordinario è di 77,0%
- La degenza media per Riabilitazione - Regime ordinario è di 25,7 giorni
- L'occupazione media per Riabilitazione - Regime ordinario è di 95,4%
- La degenza media per Lungodegenti - Regime ordinario è di 31,8 giorni
- L'occupazione media per Lungodegenti - Regime ordinario è di 89,2%

Nell'interpretare i dati riportati è necessario sottolineare che:

- a) Per quanto riguarda gli Acuti - Regime ordinario, la degenza media è stata positivamente influenzata negli ultimi anni dai ricoveri a ciclo diurno, formalizzati sin dal 1992 per il day hospital ed autorizzati con le linee di guida n. 1/1995 per la day surgery. In particolare, il day hospital è passato dal 21,1% del 1998 al 30,2% del 2006, mentre la day surgery ha avuto una crescita ancora più marcata, passando dal 14,6% del 1998 al 35,8% del 2006. Non altrettanto è aumentata la "one day surgery", cioè con un solo pernottamento a seguito di interventi e procedure chirurgiche, e questo per una tendenza politica a scoraggiarne l'uso. In realtà, per pazienti le cui patologie comportano, più di altre, qualche possibile complicanza o quando la situazione geografica e della viabilità lo richiedano, un pernottamento è consigliabile, come è stato indicato sin dai primi lavori che hanno aperto la strada alla organizzazione della day surgery in Italia.

Invece, per gli ostacoli incontrati, la "one day surgery" era 8,6% nel 1998 ed è al 10,6% nel 2006.

- b) Per quanto riguarda, invece, il tasso di occupazione del settore Acuti - Regime ordinario, il 77% è già al limite della capacità di riserva dell'ospedale rispetto ad eventi epidemici, come nel caso delle patologie respiratorie, di particolari condizioni meteorologiche, quali le ondate di calore, ma anche di calamità naturali, che al tempo stesso provocano patologie accidentali e possono rendere inagibili le strutture ospedaliere. Inoltre, è possibile che la adozione, formale o informale, dei ricoveri che durano da lunedì a venerdì, definiti *week hospital*, secondo una terminologia inglese degli anni '70, può indurre in errore nel calcolo del tasso di occupazione, che è abitualmente riferito a tutti i 365 giorni dell'anno.

Sia a proposito delle attività a ciclo diurno, mediche o chirurgiche che siano, sia per quanto riguarda le dimissioni del venerdì, è indispensabile stabilire formali modalità di collegamento e coordinamento con una Assistenza Primaria riorganizzata, altrimenti la continuità assistenziale e la centralità del paziente seguiranno ad essere slogan da convegni e non realtà della pratica quotidiana.

- c) Relativamente alla modesta differenza esistente fra la degenza media della Riabilitazione e quella dei Lungodegenti, i quali attualmente hanno anche un tasso di occupazione minore, si segnala che in Riabilitazione la percentuale di deceduti è 0,92 ed ha caratteri di omogeneità territoriale, mentre nei Lungodegenti tale percentuale è 15,1 ed ha una elevatissima eterogeneità territoriale, a conferma che in determinate situazioni la lungodegenza supplisce ad altre carenze esistenti nei servizi territoriali.

## (7) Attività di ricovero ospedaliero: anno 2006

	<b>Dimessi</b>	
Acuti - Regime ordinario:	8.120.530	
Acuti - Day Hospital:	3.843.562	(32,1%)
	<b>11.964.092</b>	
Riabilitazione - Regime ordinario:	298.878	
Riabilitazione - Day Hospital:	70.932	(19,2%)
	<b>369.810</b>	
Lungodegenti - Regime ordinario:	103.104	
Neonati sani:	410.932	
<b>Totale:</b>	<b>12.847.938</b>	

Del totale dei ricoveri, il 93,1% riguarda il settore per Acuti, sia in regime ordinario, sia diurno, medico e chirurgico.

Rispetto alle 59.131.287 unità costituenti la popolazione italiana nel 2006, i 12.847.938 ricoveri sono pari a 217,3 per 1000 abitanti.

(8) Il tasso di ospedalizzazione riferito a tutte le tipologie e modalità di ricovero è più alto nelle persone di anni 65 e oltre, che rispetto a una media complessiva di 217,3 per 1000 abitanti, fanno registrare 360,77 nella fascia di età tra 65 e 74 anni e 474,50 dai 75 anni ed oltre.

Ciò significa 2.227.537 dimessi di anni 65-74, di cui 1.434.188 (64,38%) riguardano il settore Acuti - Regime ordinario.

I dimessi di anni 75 ed oltre sono 2.650.823, di cui 1.928.313 (72,74%) sono anch'essi relativi al settore Acuti - Regime ordinario. Pertanto, nella tipologia di ricovero più complessa e costosa, che rappresenta il 63,2% di tutte le tipologie di ricovero, cioè il settore per acuti in regime ordinario, il 41,4% è riferito agli anziani. Per tutte le tipologie di ricovero, compresi quindi i ricoveri per acuti in regime diurno, la riabilitazione, ordinaria e diurna, la lungodegenza e i neonati sani, i 4.868.360 dimessi di 65 anni ed oltre sono pari al 37,9% del totale di 12.847.938 dimessi nel 2006.

Per quanto riguarda le giornate di degenza, poiché nel settore per Acuti - Regime ordinario la degenza media è di 6,7 giorni, ma sale ad 8 nelle fasce di età 65-74 ed a 9 in quella di 75 anni ed oltre, su 54.275.313 giornate di degenza totali attribuibili al settore citato, 28.828.321, pari al 53,1%, sono consumate dalle persone di 65 anni ed oltre.

Il fenomeno non è solamente italiano, ed infatti negli Stati Uniti, nel 2005, con

una percentuale di anziani pari al 12,5% del totale della popolazione, rispetto alla media del tasso di ospedalizzazione per Acuti - Regime ordinario pari a 117 per 1000 abitanti, nella fascia di età 65-74 anni si registrava un tasso di 263, e dai 75 anni ed oltre di 459 per 1000 ab., ma con una degenza media, rispettivamente di 5,3 e 5,7 giorni, inferiore, quindi, del 30% rispetto a quella rilevata in Italia.

Se alle degenze consumate nel settore Acuti - Regime ordinario si aggiungono quelle dei ricoveri ordinari di anziani nella Riabilitazione e nella Lungodegenza, pari rispettivamente al 67,4% e all'85,9%, il totale delle degenze consumate dagli anziani in regime di ricovero ordinario è pari al 56,4% del totale delle degenze. Da quanto sopra riportato si può affermare che la popolazione di 65 anni ed oltre, che nel 2006 rappresentava il 19,9% della popolazione totale, nello stesso anno costituiva la parte prevalente della popolazione ospedaliera perché ogni giorno, mediamente, oltre la metà dei posti letto ordinari risultava occupata da persone di 65 anni ed oltre.

Il fenomeno non è senza spiegazioni, a cominciare dagli aspetti demografici, esposti nella introduzione al presente volume, dai quali risulta che nel 2006, tra i 30 Paesi OCSE, in termini percentuali di persone di 65 anni ed oltre, l'Italia si collocava al 3° posto con il 19,6%, preceduta solo dal Giappone con il 20,8% e dalla Svezia con il 19,7%. Anche per le persone di 85 anni ed oltre l'Italia si trovava al 3° posto, con il 2,2% sul totale della popolazione, mentre il Giappone era al 2,3% e la Svezia al 2,6%.

Rispetto ad un contesto così particolare, al di fuori dell'ospedale risultavano operare le seguenti attività e servizi.

- (9) Assistenza Domiciliare Integrata, che nel 2006 ha preso in carico 414.153 persone, delle quali 62.511 (12,2%) di età inferiore a 65 anni, e 351.201 (84,8%) di 65 anni ed oltre, pari al 2,98 per 100 anziani.

L'argomento viene trattato in un altro capitolo del volume, ma è possibile affermare che in Paesi confrontabili con l'Italia come sistema sanitario, ma demograficamente più "giovani", la percentuale di anziani assistiti a domicilio è decisamente più alta.

- (10) Presidi residenziali socio-sanitari, che nel 2005 hanno ospitato 298.251 casi, di cui:

minori (0-17 anni):	17.999
adulti (18-64 anni):	50.824
anziani (65 a. e oltre):	229.628

Poiché nel 2005 le persone di 65 anni ed oltre erano 11.456.583 (19,5% del totale della popolazione), gli anziani assistiti nei presidi residenziali socio-sanitari rappre-

sentavano il 2 per 100. Il confronto può essere effettuato con i seguenti Paesi:

- a) La Germania, che nel 2003 contava 82.500.000 residenti, dei quali il 14.850.000 (18%) di 65 anni e oltre, disponeva di 674.000 posti residenziali per anziani, pari a 4,54%.
- b) Gli Stati Uniti, che nel 2004 contavano 293.638.000 residenti, dei quali 36.309.000 (12,5%) di 65 anni e oltre, disponeva di 1.730.000 posti residenziali per anziani, pari a 4,76%.
- c) L'Inghilterra, che nel 2005 contava 51.000.000 di residenti, dei quali 8.109.000 (15,9%) di 65 anni e oltre, disponeva di 441.000 posti residenziali per anziani, pari a 5,44%.

#### (11) L'attività di Pronto soccorso degli ospedali

Da ultimo, ma non per importanza, si pone il problema del Pronto soccorso, che costituisce una interfaccia di grande rilevanza tra l'assistenza ospedaliera e la comunità, sia sul piano strettamente medico, ma anche sotto l'aspetto dei rapporti dei cittadini con i presidi ospedalieri, che vanno dalle attese, alla insoddisfazione per la modalità di accoglienza e trattamento, fino a spingersi verso il contenzioso medico-legale.

In precedenza si sono ricordate le norme che in Italia hanno reso possibile la organizzazione di un compiuto Sistema di emergenza sanitaria, soprattutto negli anni 1992 e 1996, ma anche con successivi provvedimenti, quali il riconoscimento della Scuola di Specializzazione in Medicina d'emergenza-urgenza avvenuta nel 2006.

Che questo settore richiedesse una specifica competenza era già stato sostenuto in Italia sin dal 1966, in un lavoro che indicava tutte le caratteristiche di quella che oggi appare come una novità, cioè l'Osservazione Breve Intensiva.

Si trattava non di proposte, bensì del resoconto di quanto era già operativo presso l'Ospedale Santo Spirito in Sassia di Roma sin dai primi anni '60, partendo dalla constatazione che, rispetto alla degenza media di 17 giorni che caratterizzava gli ospedali italiani, vi era un 30% di dimessi entro i 4 giorni, valore che saliva al 35% negli Ospedali Riuniti di Roma, ai quali il Santo Spirito apparteneva come capifila storico, operando sin dal 1198.

Nel 1972, veniva poi esposta, negli Atti delle IV Giornate di Studio sull'Ospedale in Italia, a cura dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, una relazione di 94 pagine sui "servizi di emergenza e possibilità di una loro organizzazione dipartimentale". Premessa una distinzione tra le emergenze individuali rispetto alle "macro-" ed alle "maxi-emergenze", si esponevano la grande maggioranza degli aspetti che poi troveranno concreta attuazione nel decreto del 1992 e nella intesa Stato-Regioni del 1996. Si affrontavano anche i diversi aspetti epidemiologici che danno luogo agli accessi al pronto soccorso, si presentavano i dati della osservazione a breve degenza (astanteria) dell'Ospedale Santo Spirito, e si procedeva a numerosi confronti internazionali.

Negli ultimi anni, in Italia come in molti altri Paesi OCSE, ci si è resi conto che il problema degli accessi al Pronto soccorso era crescente, rendendo altrettanto crescente l'insoddisfazione delle persone che vi accedevano, argomento che ha trovato ampia risonanza nei mezzi di informazione e negli organismi istituzionali responsabili della politica sanitaria.

Tra il 2002 e il 2006 gli accessi al Pronto soccorso in Italia sono passati da 398,2 per 1000 abitanti a 409, con una percentuale di ricoverati che è diminuita dal 20,1% al 16,9%, che comunque costituiscono circa il 50% del totale dei ricoverati nel settore Acuti-Regime ordinario, registrati nell'anno.

Non sono disponibili su scala nazionale le fasce di età che più facilmente determinano il ricovero, e neppure la distribuzione degli accessi secondo i codici di *triage* che sono stati riportati in precedenza in questo capitolo.

Dai dati rilevati dalla Regione Lazio nel 2006, rispetto ad un tasso di accessi di 394,2 per 1000, si sono registrati i seguenti codici:

Rosso	0,80%
Giallo	12,50%
Verde	71,60%
Bianco	14,50%

Ma, come già ricordato, il problema interessa altri Paesi, ad esempio l'Inghilterra, che nel 2007 ha registrato 374,4 accessi per 1000, su un totale di popolazione di 51.092.000 unità, di cui 8.159.000 unità di anni 65 e oltre, pari al 15,97% del totale. Di fronte al crescente malumore per le lunghe attese, sono state, intanto, assunte alcune iniziative, quali la creazione dei cosiddetti *urgent care centres*, costituiti sia dai *walk-in centres*, situati in punti centrali e strategici quali le stazioni ferroviarie o della metropolitana, sia dalle *minor injury units*, talune decentrate nel territorio, altre ubicate negli ospedali, ambedue modelli organizzativi affidati per la gestione al personale infermieristico.

Negli ospedali, poi, è stato organizzato un *triage* rapido di orientamento per selezionare le persone che presentano condizioni ritenute differibili, le quali vengono incanalate nel percorso *See and Treat*, il cui personale è in grado di risolvere il problema e/o di ridurre l'impatto, per poi inviare la persona al medico di famiglia per ulteriori valutazioni.

In tal modo, le estenuanti attese di ore nei corridoi, con le relative contestazioni verso il personale nonché le liti per ragioni di precedenza, sono state fortemente ridimensionate, perché in Inghilterra, come in Italia e in tanti altri Paesi, la maggioranza degli accessi non riguarda persone in condizioni di emergenza o di urgenza indifferibile, come chiaramente dimostrano i dati in precedenza riportati circa la codificazione degli accessi al Pronto soccorso nella Regione Lazio.

Sempre negli ospedali, anche l'Inghilterra ha scoperto la necessità di istituire le *Clinical*

*Decision Units*, vale a dire l'Osservazione Breve Intensiva, che è stata oramai adottata nella maggioranza degli Acute-Trust.

In Inghilterra, comunque, la costituzione di un compiuto Sistema di emergenza sanitaria, quale esiste in Italia oramai da oltre dieci anni, è un traguardo da conseguire nell'immediato futuro, abbattendo le barriere che tuttora separano il sistema dei trasporti dai Primary Care Trusts, dagli Acute Trusts, dai Mental Health Trusts, nonché dagli *out of hours providers*, cioè la nostra continuità assistenziale, la cui attività non è giudicata positivamente.

Ed occorre fare in fretta, perché i Dipartimenti di Emergenza ogni giorno di più debbono confrontarsi con persone anziane che presentano complessi problemi, clinici e sociali, e quindi vengono ricoverati nel 48% dei casi rispetto alla media complessiva di 20 ricoveri su 100 accessi registrati.

Negli Stati Uniti, che contavano 299.398.000 residenti nel 2005, di cui il 12,5% di 65 anni e oltre, nello stesso anno si è registrato un tasso di accessi ai Dipartimenti di Emergenza di 401 per 1000, con una percentuale di ricoveri di 13,9%, che tuttavia costituiscono il 43% di tutti i ricoverati. Anche negli Stati Uniti si è istituito un *Fast Track* per le persone giudicate non bisognevoli di intervento urgente, muovendosi però con cautela nel giudicare l'accesso *non-urgent or medically unnecessary*, sia per la ambiguità di molti sintomi e segni, sia perché questo giudizio è formulato dai medici, ma la prospettiva dei pazienti è ben diversa rispetto a ciò che può rappresentare per loro una situazione pericolosa.

Anche per ovviare a questo, attualmente il 30% degli ospedali generali e il 70% degli ospedali di insegnamento si sono dotati della *Clinical Decision Unit*, cioè della Osservazione Breve Intensiva.

Il rapporto dell'Institute of Medicine, che ha affrontato nel 2007 questo argomento, ha però chiaramente dimostrato che l'attuale organizzazione dei vari servizi per l'emergenza è frammentaria e non costituisce un Sistema, e per questo si richiede al Congresso che si affidi ad una apposita Agenzia il compito di definire principi e criteri tali da far sì che gli attuali servizi, che individualmente operano in modo generalmente più che sufficiente, spesso addirittura eccellente, possano coordinarsi in Sistema che operi secondo un coordinamento programmato delle chiamate, dei trasporti, dei dipartimenti di emergenza e della loro interna organizzazione.

In Italia, si è molto parlato – ed in alcune realtà si è attivata – la presenza nel Pronto soccorso ospedaliero di medici di medicina generale, e soprattutto di quelli della continuità assistenziale, per creare quel circuito rapido che è stato organizzato in Inghilterra e negli Stati Uniti. Si è anche parlato della Assistenza Primaria che verrà e dell'affidamento alla stessa di un compito di Pronto soccorso h24 per 7 giorni su 7.

Si tratta di argomenti complessi, perché da un lato occorre valutare le possibilità reali di creare questa operatività in tempi brevi, il che sembra oggettivamente improbabile perché le caratteristiche della attuale Convenzione non consentono ancora, per la modalità di lavoro e per l'impegno orario richiesto, di fare il salto

di qualità per la attivazione di una vera e propria Assistenza Primaria. Inoltre, augurando che ciò avvenga nei tempi più brevi possibili, il compito principale della nuova modalità di aggregazione professionale, sarà quello di prevenire e di trattare nell'ambito della comunità, in ambulatorio, ma anche a domicilio e nelle residenze, tutte quelle condizioni che obbligano una popolazione anziana come quella italiana a ricorrere agli ospedali in condizioni di emergenza o di urgenza non differibile.

Certamente sarà anche possibile che la nuova Assistenza Primaria, disponendo di un maggior numero di ore di attività e di una nuova organizzazione in team multiprofessionali, riesca a limitare quelle condizioni che al Pronto soccorso sono codificate con il verde ed il bianco, molte delle quali richiedono soprattutto una anamnesi ben definita, frutto di colloqui tra il medico e la persona assistita che così portano alla luce spesso le ragioni psicologiche e sociali di molte manifestazioni definite "somatoformi", perché si presentano con sintomi che potrebbero suggerire malattie fisiche, ma che in realtà esprimono situazioni di disagio personale che un buon rapporto medico-assistito possono inquadrare e superare. Occorrerà, perciò, molta attenzione nel distinguere i compiti della Assistenza Primaria che nascerà rispetto al Pronto Soccorso ospedaliero, che è già dotato della esperienza e dei mezzi tecnici adeguati per risolvere quei casi dubbi nei quali è necessario agire in modo tale da non far correre rischi alle persone assistite. Riprendendo le considerazioni relative ad alcuni anni che rappresentano altrettante tappe importanti per il sistema sanitario italiano, come il 1955, il 1975 e il 1995, si riportano i dati di confronto tra il 1995 e il 2006.

#### 1995

Popolazione	57.268.578	
Popol. di 65 a. e oltre	9.401.072	(16,4%)
Posti letto	330.556	(5,77 per 1000 ab.)

#### 2006

Popolazione	59.131.287	(+3,25%)
Popol. di 65 a. e oltre	11.760.958	(19,9%) +25,1%
Posti letto	257.137	(4,35 x 1000 ab.) -22,2%

Trovarsi di fronte a 2.359.886 persone anziane in più, ed a 73.419 posti letto in meno potrebbe rappresentare addirittura un successo se si fosse già affermata la nuova Assistenza Primaria, e nel suo contesto una adeguata presenza di Servizi Domiciliari e di Strutture Residenziali, il che purtroppo non è la realtà attuale. Inoltre non può essere ignorata la particolare demografia dell'Italia, come Paese che è ai primi posti nel mondo sia come percentuale di anziani nel totale della popolazione sia come longevità, caratteristiche che l'EUROSTAT e l'ISTAT pro-

iettano anche per il futuro, senza dimenticare che in molti Paesi, compresa l'Italia, si assiste ad un aumento del numero delle persone disabili di età inferiore ai 65 anni, come conseguenza delle misure assistenziali e riabilitative che negli ultimi periodi di tempo hanno migliorato la sopravvivenza e la qualità della loro vita come mai era accaduto in precedenza.

Sulla base di queste considerazioni, per attuare ciò che è stato definito l'“efficientamento del sistema”, che in sostanza consiste nell'evitare l'“ospedalocentrismo”, è necessario ed urgente rendere effettiva l'Assistenza Primaria, che solo con il recente rinnovo degli Accordi Collettivi Nazionali dei libero professionisti operanti nel territorio per il SSN viene perseguita come la nuova frontiera.

Si attendono, quindi, misura adeguate, sia di carattere normativo sia di contenuto delle convenzioni, per consentire alla Assistenza Primaria di esercitare il suo ruolo fondamentale nelle comunità locali, secondo i bisogni individuati nel confronto tra le Regioni e le Province Autonome e i rappresentanti delle diverse componenti dell'Assistenza Primaria.



### Riferimenti bibliografici

- Guzzanti E. *Il reparto di accettazione dell'Ospedale generale nel passato e nel futuro*, L'Ospedale 1966; 8:1-7.
- Guzzanti E, Bergami E. *Servizi di Emergenza e possibilità di una loro organizzazione dipartimentale*, in Atti delle Quarte Giornate di Studio sull'Ospedale in Italia, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma 1972.
- Mastrobuono I, Mastrilli F, Mazzeo MC, Guzzanti E. *Nuovi modelli organizzativi per la chirurgia pediatrica: la day surgery*, Rassegna Italiana di Chirurgia Pediatrica 1993; 35:47-54.
- Kovner A. *Health Care Delivery in the United States*, Springer R.C., New York 1996.
- Guzzanti E. *L'evoluzione e le prospettive della assistenza ospedaliera in Italia*, Ricerca sui Servizi Sanitari 1997; 1:15-66.
- Guzzanti E, Mastrobuono I, Mastrilli F, Mazzeo MC. *Day surgery: evoluzione dei concetti e delle iniziative in Italia e proposte per la regolamentazione*, Ricerca sui Servizi Sanitari 1997; 1:73-106.
- Guzzanti E. *L'autorizzazione e l'accreditamento nella realtà delle strutture ospedaliere e delle tecnologie sanitarie in Italia: considerazioni e proposte*. Ricerca sui Servizi Sanitari 1998; 2:3-24.
- Geddes da Filicaia M. *Le politiche ospedaliere in Italia*, Salute e Territorio 2002; 131:92-99.
- Di Gennaro M, Di Martino MP. *Il programma di interventi sanitari*, Salute e Territorio 2002; 131:103-106.
- Bonaldi A, Tardivo S, Romano G. *Trend di sviluppo dell'assistenza ospedaliera*. Igiene e Sanità Pubblica 2002; 4:259-270.
- Guzzanti E. *Le strutture alternative al ricovero*, Salute e Territorio 2002; 131:111-114.
- McKee M. *Reducing hospital beds: what are the lessons to be learned?*, European Observatory of Health Systems and Policies n. 6, WHO 2004.
- Alberti G. *Transforming Emergency Care in England*. Department of Health report 2004.
- Guzzanti E. *L'ospedale del futuro: origini, evoluzione, prospettive*. Recenti Progressi di Medicina 2006; 97:594-603.
- Alberti G. *Emergency access: clinical case for change*, Department of Health document 2006.
- Guzzanti E, Mastrobuono I. *La day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo*, Organizzazione Sanitaria 2006; 2:3-32.
- Hospital-Based Emergency Care: at the breaking point*. Institute of Medicine, Washington D.C. 2007
- Guzzanti E. *L'assistenza ospedaliera in Italia dalla retta giornaliera di degenza all'esperienza dei DRG: considerazioni e proposte*. Organizzazione Sanitaria 2007; 3:3-9.



## 5.3 L'Assistenza distrettuale

# Il ruolo del Distretto

**Rosario Mete**

### L'evoluzione dell'Assistenza distrettuale in Italia

Il dibattito sulla realizzazione dei Distretti e sull'integrazione dei servizi ha avuto un forte sviluppo dopo il 1975, quando sono state elaborate le prime proposte della legge di Riforma Sanitaria. In questo periodo operatori e amministratori locali hanno avuto un ruolo importante nei processi di modifica dell'organizzazione sanitaria incidendo sulla stesura e sui tempi di approvazione della Legge 833 che ha istituito nel 1978 il Servizio Sanitario.

Per la prima volta una normativa nazionale ha previsto la realizzazione dei “*Distretti sanitari di base*” definendoli come “*strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento*”. Negli anni successivi i Distretti sono stati realizzati solo in alcune aree del territorio nazionale e, in questi casi, con scarsa autonomia e con forti aspetti settoriali dovuti alla presenza di specifici Servizi.

Il Decreto Legislativo n. 502 del 1992 ha definito i Distretti come “*articolarioni delle unità sanitarie locali*” senza specificarne le caratteristiche organizzative. Questo limite ha determinato in molti casi l'istituzione di Distretti sanitari sul piano formale, senza prevedere un'effettiva autonomia operativa e gestionale.

Il Decreto Legislativo n. 229 del 1999 ha segnato una svolta per la sanità di territorio attribuendo al Distretto, per la prima volta, quell'autonomia indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Inoltre, la parte del decreto riferita ai servizi territoriali è divenuta componente determinante degli strumenti normativi per il completamento dell'aziendalizzazione attraverso elementi descrittivi sull'organizzazione e sulla struttura distrettuale quali: “*La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale*”. “*Il distretto è individuato dall'atto aziendale*” “*Il distretto assicura i servizi di Assistenza Primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie*” e “*nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bi-*

*lancio dell'unità sanitaria locale*". Questa cornice normativa ha avuto l'obiettivo di legare a logiche aziendalistiche l'istituzione dei Distretti.

Così il D.lgs 229/99 pur demandando alle regioni l'organizzazione distrettuale ne definisce alcuni fondamentali principi. L'articolo 3 quater recita: "il distretto assicura i servizi di Assistenza Primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendoli organicamente nel programma delle attività territoriali". Nell'ambito delle risorse assegnate il distretto è dotato di autonomia tecnico – gestionale e economico – finanziaria. Il programma delle attività territoriali, si prescrive sempre all'articolo 3 quater, prevede la localizzazione dei servizi, determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e la suddivisione delle quote tra azienda sanitaria e comuni per farvi fronte.

Il successivo articolo 3 quinquies del 229/99 prevede poi che le regioni disciplinino l'organizzazione del distretto in modo da garantire l'Assistenza Primaria e la continuità assistenziale mediante l'approccio multidisciplinare tra medici generali, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica e presidi specialistici ambulatoriali. E la novità più rilevante è forse la esplicita previsione del collegamento tra medici generali e strutture ospedaliere e specialistiche in modo da garantire ai pazienti un corretto percorso assistenziale.

Negli anni successivi al Decreto Legislativo n. 229/99 la realizzazione dei processi di autonomia regionale secondari a specifiche normative, fra le quali ha assunto notevole rilevanza la Legge Costituzionale dell'ottobre 2001 di modifica al titolo V della Costituzione, ha determinato una forte diversificazione delle organizzazioni nelle singole regioni. I processi devolutivi hanno inciso solo in parte sulla rete distrettuale. I Distretti, pur in questo contesto, sono stati sempre presenti nelle organizzazioni sanitarie e si sono inseriti in tutti i modelli regionali, anche fra loro fortemente diversificati. Nel periodo devolutivo la rete distrettuale è divenuta la soluzione organizzativa migliore per recepire e per avviare i nuovi modelli di gestione delle malattie croniche ed è stata la sede più adatta per l'applicazione di nuove forme di assistenza sanitaria grazie alla presenza di una rete capillare di "Presidi territoriali". Il Distretto, in questo contesto devolutivo, ha rappresentato il motore per la mobilitazione delle risorse della comunità, il collegamento con il livello istituzionale e il centro di valutazione dei risultati attesi dalle singole azioni assistenziali.

## **Ruolo del Distretto nell'Assistenza Primaria**

Il Distretto assicura nel proprio territorio l'Assistenza Primaria, l'assistenza intermedia, l'integrazione delle attività sanitarie, l'integrazione delle attività sanitarie con quelle sociali degli enti locali e il coordinamento delle proprie attività sanitarie e socio-sanitarie con quelle degli altri dipartimenti aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, in una visione di servizi in rete finalizzati al superamento di ogni forma di settorializzazione.

Nello svolgimento di queste attività, il Distretto orienta il proprio sistema di servizi verso le esigenze di salute globale della popolazione, governa la domanda sanitaria attraverso la valutazione sistematica dei problemi multidimensionali, assicura la risposta ai casi acuti o riacutizzati gestibili in ambito extraospedaliero, ma anche, e in via prevalente, ai bisogni legati alle multiproblematicità sanitarie e socioassistenziali, alle patologie croniche e alla disabilità. Ciò si realizza tramite l'attività di gruppi multiprofessionali competenti in grado di gestire sul territorio le polipatologie, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita e la rappresentanza sociale della persona, operando attraverso la presa in carico più prossima al luogo di vita del paziente, la riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero evitabile, la partecipazione al percorso della persona e la verifica dell'attività svolta, dei risultati raggiunti e dell'efficacia complessiva del piano assistenziale rispetto ai prodotti di salute previsti.

Il Distretto, inoltre, rappresenta l'interlocutore degli enti locali e costituisce la struttura di riferimento per la cittadinanza per quanto attiene il proprio territorio e, nel contesto delle iniziative di programmazione, elabora con periodicità annuale il Programma delle Attività Territoriali.

Nell'ambito dei percorsi per la realizzazione concreta dell'integrazione sociosanitaria, quale elemento centrale della politica per il benessere della persona e della famiglia in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, il Distretto, d'intesa con gli enti locali, persegue il miglioramento della qualità dei servizi sanitari e socioassistenziali erogati e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse economiche, finanziarie, umane e strumentali per la definizione di un sistema di presa in carico integrato del cittadino.

In proposito, si ricorda, come più dettagliatamente descritto nel capitolo dedicato all'Assistenza Primaria e l'integrazione socio-sanitaria, che il D.lgs 229/99 definisce "prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". Tali prestazioni possono essere sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria. Il decreto ne individua le aree prevalenti (materno infantile, anziani, handicap, dipendenze, patologie da HIV o in fase terminale o inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative).

Il Distretto si configura quale:

- macrostruttura dell'Azienda a valenza dipartimentale in quanto committente ed erogatore diretto dei servizi, con funzioni d'integrazione fra i servizi sanitari territoriali e con quelli ospedalieri nonché principale attore istituzionale nei rapporti con gli enti locali in funzione dei bisogni della popolazione. Il Distretto è anche organizzatore e gestore dell'Assistenza Primaria in stretta integrazione con i MMG e PLS;

Tabella 1 - Numero ASL e Distretti

regioni	Popolazione residente 2008	USL 1992	ASL 2005	ASL 2008	ASL 2009	Distretti 1999	Distretti 2005	Distretti 2008	Distretti previsti 2009	Bacino ut. Media
<b>Piemonte</b>	4.401.266	63	22	13	13	66	65	62	58	75.883,90
<b>Valle D'Aosta</b>	125.979	1	1	1	1	14	4	4	4	31.494,75
<b>Lombardia</b>	9.642.406	84	15	15	15	105	85	86	86	112.121,00
<b>P.A. di Bolzano</b>	493.910	4	4	1	1	20	20	20	20	24.695,50
<b>P.A. di Trento</b>	513.357	11	1	1	1	13	13	13	13	39.489,00
<b>Veneto</b>	4.832.340	36	21	21	21	85	56	49	53	91.176,23
<b>Friuli V. Giulia</b>	1.222.061	12	6	6	6	20	20	20	20	61.103,05
<b>Liguria</b>	1.609.822	20	5	5	5	26	20	19	19	84.727,47
<b>Emilia Romagna</b>	4.275.802	41	11	11	11	46	39	38	38	112.521,11
<b>Toscana</b>	3.677.048	40	12	12	12	80	42	34	34	108.148,47
<b>Umbria</b>	884.450	12	4	4	4	13	12	12	12	73.704,17
<b>Marche</b>	1.553.063	24	1	1	1	36	24	24	24	64.710,96
<b>Lazio</b>	5.561.017	51	12	12	12	23	55	54	55	101.109,40
<b>Abruzzo</b>	1.323.987	15	6	6	6	73	73	44	25	52.959,48
<b>Molise</b>	320.838	7	1	1	1	13	13	7	7	45.834,00
<b>Campania</b>	5.811.390	61	13	7	7	113	113	97	72	80.713,75
<b>Puglia</b>	4.076.546	55	12	6	6	70	48	48	48	84.928,04
<b>Basilicata</b>	591.001	7	5	2	2	10	11	11	11	53.727,36
<b>Calabria</b>	2.007.707	31	11	5	5	34	35	35	35	57.363,06
<b>Sicilia</b>	5.029.683	62	9	9	9	62	62	62	55	91.448,78
<b>Sardegna</b>	1.665.617	22	8	8	8	23	25	23	23	72.418,13
<b>ITALIA</b>	<b>59.619.290</b>	<b>659</b>	<b>180</b>	<b>147</b>	<b>145</b>	<b>945</b>	<b>835</b>	<b>762</b>	<b>712</b>	<b>72.394,17</b>

Fonte: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- macrostruttura con un congruo numero di strutture complesse tali da garantire un miglior governo clinico di tutte le linee di attività assegnate nell'ambito dell'Assistenza Primaria e intermedia.

Il Distretto garantisce e gestisce i seguenti servizi e linee di attività:

- ambulatori specialistici;
- prevenzione e cura delle dipendenze;
- tutela della salute e del benessere psico-evolutivo dell'infanzia, dell'età evolutiva, dell'adolescenza, della donna e della famiglia;
- tutela della salute, dell'integrazione sociale e per la promozione della qualità della vita degli anziani;
- recupero funzionale, promozione delle competenze e potenzialità residue ed integrazione sociale dei disabili di qualsiasi fascia d'età;
- assistenza domiciliare integrata;
- prevenzione e cura delle patologie da HIV;
- cure palliative rivolte alle persone senza prospettive di guarigione di qualsiasi fascia d'età.

Il Distretto è anche la sede privilegiata delle cure intermedie intese come l'area delle cure subintensive che si trova a metà strada fra l'intensività assistenziale delle cure ospedaliere e l'estensività assistenziale per la cronicità garantita a domicilio o nelle singole strutture. Fanno parte delle cure intermedie tutti i servizi integrati, sanitari e sociali, domiciliari, residenziali e semi-residenziali, finalizzati a garantire la continuità assistenziale e a favorire il rapido recupero funzionale dopo la dimissione ospedaliera, volti a soddisfare la massima autonomia dei pazienti e i bisogni dei cittadini che presentano una patologia che richiede un elevato grado di protezione, ma non necessariamente un ricovero ospedaliero. Il rafforzamento di quest'area assistenziale riduce i ricoveri non necessari e/o impropri.

Trovano inoltre collocazione funzionale nel Distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

## **L'Assistenza Primaria in Italia e la nuova missione del Distretto**

Il termine "*Assistenza Primaria*" è utilizzato nel nostro Paese per indicare la Primary Health Care ampiamente descritta dall'OMS e ritenuta fulcro del servizio sanitario. Con il termine Primary Health Care l'OMS intende l'insieme dei servizi sanitari e sociosanitari finalizzati alla tutela globale della salute nei luoghi più vicini, dove la gente vive e lavora. In Italia il termine è stato spesso tradotto in "Cure Primarie", enfatizzandone solo gli aspetti di diagnosi e cura.

L'Assistenza Sanitaria Primaria è l'insieme di aspetti clinici (diagnosi, cura, riabili-

tazione), assistenziali (assistenza tutelare) e organizzativi (coordinamento della continuità assistenziale, percorsi di cura, presa in carico del paziente) per unificare sul singolo paziente interventi oggi spesso separati. Questa unificazione può avvenire solo attraverso attività di equipe multiprofessionali, ognuna di esse coordinata da un professionista con acquisite capacità in medicina di comunità.

In Italia l'Assistenza Primaria comprende l'assistenza erogata dai medici di medicina generale, dai Pediatri di Libera Scelta e dai Medici della specialistica ambulatoriale territoriale, nonché l'assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare e ambulatoriale per specifiche categorie di persone (aree materno-infantile, anziani, disabili, malati cronici, psichiatrici, tossicodipendenti), nella quale sono coinvolti numerosi Professionisti medici (di sanità pubblica, pediatri, ginecologi, geriatri, fisiatristi), di altre professioni sanitarie e sociali (infermieri, terapisti, dietisti, psicologi, assistenti sociali, assistenti tutelari) e dell'educazione (educatori negli inserimenti scolastici, lavorativi).

Sono attività di Assistenza Primaria tutte quelle orientate, prioritariamente, a promuovere la salute e a prevenire le malattie e che intervengono per la diagnosi, per la cura e per la riabilitazione con forme di assistenza erogate nei luoghi più vicini a quelli in cui i cittadini vivono (domicilio dei pazienti, ambulatori territoriali, strutture residenziali), in una visione d'integrazione delle risorse e di coordinamento dei processi. La continuità delle cure, l'integrazione professionale e la partecipazione di paziente e famiglia alla tutela della salute sono i principi su cui si fonda l'Assistenza Primaria.

Il D.M. 29.11.2001 riconosce l'Assistenza Primaria come livello di assistenza, riconducendola più precisamente al LEA 2 (Assistenza Distrettuale). I nuovi LEA, per i quali è in corso l'iter di approvazione, individuano al Capo III l'Assistenza distrettuale dettagliandone in numerosi articoli le linee di attività. Al Distretto, pertanto, sarà nuovamente assegnato il ruolo di macrostruttura garante dell'organizzazione e della produzione dell'Assistenza Primaria.

Nel testo dei nuovi LEA, frutto del lavoro della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, incaricata di rivedere il DPCM del 29 novembre 2001, rispetto all'assistenza distrettuale sono state poi introdotte alcune indicazioni:

- articolazione dell'assistenza domiciliare in quattro livelli caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di intensità assistenziale;
- definizione di un'area specifica di assistenza domiciliare, di elevata intensità assistenziale, alle persone nella fase terminale della vita;
- indicazione delle principali aree di attività dei consultori familiari, dei CSM, dei servizi neuropsichiatrici per i minori, dei servizi di riabilitazione per disabili gravi e dei servizi per le persone con dipendenze patologiche;
- precisazione delle finalità e del contenuto dell'attività svolta, in regime residenziale e semiresidenziale a favore delle persone non autosufficienti, delle persone con disturbi mentali, dei disabili gravi, delle persone con dipendenze patologiche e delle persone nella fase terminale della vita.



Da questo contesto emergono la *mission* dell'Assistenza Primaria (tutela della salute globale del cittadino, presa in carico dei pazienti complessi), la *vision* (equità, accessibilità, partecipazione comunitaria, sostenibilità costi, continuità assistenziale, integrazione, multiprofessionalità), la *sua organizzazione* (distrettuale, basata su UO multiprofessionali che operano in strutture ambulatoriali comprese quelle dei Medici di medicina generale, domiciliari, residenziali, semiresidenziali) e i *processi assistenziali* (percorsi di cura continui e integrati basati sulle indicazioni del DPCM 14.2.2001).

Rispetto alla missione propria del Distretto, questa si è arricchita negli ultimi anni di nuovi significati e di più complessi obiettivi. Alla più classica delle funzioni, quella dell'erogazione dell'Assistenza Primaria e intermedia, se ne sono aggiunte almeno altre due: il contrasto alle disegualianze nella salute e nell'assistenza sanitaria e la responsabilità di porre al centro delle attività dei servizi i bisogni della persona.

I più recenti Rapporti nazionali (CEIS, Osservasalute, OASI, CENSIS, Era Atlante, Osservasalute) dimostrano una fortissima disomogeneità geografica dell'attuale sistema sanitario ed evidenziano una netta divisione fra Nord e Sud dell'Italia, lasciando aperte alcune questioni irrisolte sul lato dell'equità e del finanziamento. Inoltre, essi segnalano il progressivo incremento dell'incidenza sulle famiglie delle spese sanitarie *out of pocket* e illustrano come queste possano incidere sull'impoverimento di parte rilevante della popolazione. Secondo il CEIS sono 349.180 le famiglie italiane che nel 2006 si sono impoverite a causa di spese sanitarie impreviste delle quali si sono dovute far carico con risorse proprie. Un numero pari a circa l'1,5% delle famiglie italiane, alle quali si aggiungono 861.383 famiglie (il 3,7% dei nuclei) che sono state soggette a "spese catastrofiche", per effetto dell'incidenza sui loro bilanci delle spese sanitarie.

La "Dichiarazione di Erice del 2008 sulla Globalizzazione e Disegualianze nella Salute" evidenzia che le iniquità sociali nella salute sono in costante crescita e spiegano una parte sostanziale del "carico di malattia" anche nei paesi dell'Europa occidentale, tutti dotati di robusti sistemi pubblici di welfare. Ridurre le disegualianze nella salute dovrebbe essere una fondamentale strategia per migliorare lo stato della popolazione. Le iniquità sociali nella salute indicano, infatti, la dimensione dei miglioramenti possibili perché dimostrano quali gruppi hanno già raggiunto i più alti standard di salute e cosa è possibile ottenere da parte degli altri gruppi in quel determinato paese e in quel determinato tempo. La lotta alle disegualianze nella salute deve, da una parte, fare leva su politiche multisettoriali (istruzione, lavoro, casa, ambiente, reddito, tutela dei gruppi più vulnerabili della popolazione), dall'altra coinvolgere gli stessi servizi sanitari, per garantire un'effettiva uguaglianza delle persone nell'utilizzazione e nella qualità dei servizi.

È necessario sostenere con forza l'accesso delle persone ai servizi sanitari senza barriere economiche e l'avvio di una concreta lotta alle disegualianze.

Assistenza Primaria e assistenza intermedia coerenti con la responsabilità di porre al centro delle attività i bisogni del paziente possono rispondere a queste esigenze, soprattutto se improntate in un'azione proattiva, di medicina d'iniziativa.

Il Distretto assume in questo contesto un ruolo strategico. Rimodulare le organizzazioni diviene indispensabile per poter meglio rispondere a queste nuove esigenze di sanità pubblica. È necessario sostenere il cambio del paradigma della sanità distrettuale, dall'attesa all'iniziativa. Questa è un'operazione complessa, perché deve mettere al centro del sistema i bisogni dei cittadini; un'operazione che può essere vincente solo con l'adesione convinta di tutti gli attori, dai professionisti ai decisori politici e alle comunità locali, dalle istituzioni accademiche agli amministratori.

Il cambio di paradigma, peraltro culturalmente maturo e già collaudato in varie realtà internazionali e adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ("Community Oriented Primary Care" "Cure primarie orientate verso la comunità" la forma più evoluta di organizzazione dell'assistenza sanitaria di base), prevede una riorganizzazione delle attività e dei servizi distrettuali con un approccio di sanità pubblica in cui l'Assistenza Primaria, determini inevitabilmente il costituirsi di uno spirito di collaborazione, dialogo, sinergia e integrazione partecipata tra i professionisti dei diversi livelli. Questo nuovo modo di "fare sanità" consiste nella valutazione sistematica dei bisogni della comunità, nell'identificazione dei principali problemi, nell'implementazione di interventi sistematici rivolti a gruppi target di popolazione e nel monitoraggio dell'impatto di tali interventi per essere certi che i servizi siano stati utili e congruenti con i bisogni della popolazione. Inoltre diviene strategica e nel frattempo indispensabile l'integrazione interprofessionale, con pari dignità dei professionisti coinvolti.

È realisticamente plausibile che nei prossimi anni queste prospettive possano concretizzarsi attraverso nuove forme organizzative della sanità distrettuale che si realizzeranno solo dall'azione congiunta di tutti i professionisti e in una logica di sistema. In questo modo le popolazioni potranno acquisire migliori opportunità di salute, indipendentemente dai gruppi di appartenenza.

### Riferimenti bibliografici

- Buiatti E, Carnevale F, Geddes M, Maciocco G. *Trattato di Sanità Pubblica*. La Nuova Italia Scientifica 1993.
- Mete R, Sedita L. *“Il distretto” la nuova organizzazione sanitaria di territorio* Editore SEU 2001.
- Mete R, Sedita L. *Guida ai servizi sanitari di distretto*” Editore SEU 2001.
- Comodo N, Maciocco G. *Igiene e Sanità Pubblica*. Carocci Editore 2002.
- Atti 4° Congresso Nazionale CARD *La gestione delle patologie croniche e la tutela del paziente fragile* Editore Iniziative sanitarie 2005.
- Atti 5° Congresso Nazionale CARD *“Welfare, Devolution, Distretto”* Editore Iniziative sanitarie 2006.
- Atti 6° Congresso Nazionale CARD *“Distretto, Cittadino e Comunità competenti”* Editore Iniziative sanitarie 2007.
- D’Alessandro D, Fara GM, Mete R, Rini F. *Messa a punto e valutazione di un sistema interregionale di indicatori di assistenza distrettuale* – Editore Iniziative sanitarie 2007.
- Rapporto *“Osservasalute 2008”* Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane dell’Università Cattolica del Sacro Cuore.
- Rapporto CEIS – *Sanità 2008*, Centre for Economic and International Studies dell’Università di Roma Tor Vergata.
- Rapporto *OASI 2008* SDA Bocconi.
- Rapporto *Censis 2008* sulla situazione sociale del Paese.
- Dichiarazione di Erice 2008 sulla *Globalizzazione e Diseguaglianze nella Salute* - Dipartimento di Sanità Pubblica Università di Firenze.
- Atlante ERA 2008 - *Epidemiologia e Ricerca Applicata* – Cattedra d’Igiene dell’Università Tor Vergata di Roma.



## 5.3 L'Assistenza distrettuale

# Il ruolo della medicina generale

*Il presente capitolo si compone di una prima parte, a cura di **Massimo Tombesi**, sul ruolo e le funzioni del medico di medicina generale oggi in Italia.*

*L'allegato 1, elaborato da **Giacomo Milillo**,*

***Maria Concetta Mazzeo** e **Carmela Fidelmina Le Rose** descrive in modo specifico le caratteristiche della medicina generale: stato giuridico del medico di medicina generale, accesso e settori.*

*Segue in allegato 2 la distribuzione ed il numero dei medici di medicina generale.*

I medici di medicina generale (MMG) sono medici liberi professionisti, non inquadrati in un rapporto di lavoro dipendente, ma convenzionati con il Servizio sanitario in base ad un Accordo collettivo nazionale con validità erga omnes, stipulato fra la Conferenza Stato-Regioni e le organizzazioni sindacali rappresentative della categoria. I MMG rispondono quindi alla dirigenza aziendale esclusivamente per l'applicazione delle norme convenzionali nazionali e degli accordi integrativi locali. Le regioni definiscono l'organizzazione e le modalità di erogazione da parte dei medici convenzionati delle prestazioni ricomprese nel LEA dell'Assistenza distrettuale (Medicina di base, Pediatria di libera scelta e Assistenza specialistica ambulatoriale). Le fonti sullo stato giuridico e normativo riguardante la medicina generale in Italia, sono indicate nel box.

- Legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 52, comma 27, di istituzione della struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il SSN (SISAC).
- Legge 26 maggio 2004, n. 138, art. 2 - nonies, che attribuisce efficacia erga omnes al nuovo ACN.
- Legge 30 dicembre 2004, n. 311, comma 177, per la trasformazione del rapporto di lavoro degli Specialisti Ambulatoriali Interni da tempo determinato a tempo indeterminato.
- Legge 30 dicembre 2004, n. 311, comma 178, sulla durata degli accordi: quadriennale per la parte normativa e biennale per la parte economica.

Fino a tempi assai recenti, della medicina generale prevaleva una concezione professionale basata essenzialmente sul ruolo di filtro (gate-keeping) rispetto ai livelli

“superiori” del sistema (cure specialistiche e ospedaliere). Questo ruolo, che viene svolto tutt’ora, era abbastanza coerente con l’epidemiologia a suo tempo prevalente dell’acuzie, in cui poteva essere sufficiente la suddivisione dei bisogni in termini di gravità, rischio immediato e quindi di valutazione dell’intensità assistenziale necessaria. Di fronte al “caso clinico” appena complesso o a rischio, la decisione da prendere era in buona sostanza se ricoverare in ospedale o meno, e di ospedali, in Italia, ce n’erano ovunque. Rimanevano marginali non tanto i bisogni legati alla cronicità (che c’è sempre stata, almeno sicuramente negli ultimi 30 anni) quanto le risposte terapeutiche e preventive disponibili. In seguito ai progressi scientifici e allo sviluppo tecnologico, le cure di II e III livello sono poi progredite verso la deospedalizzazione, la chiusura di molti piccoli ospedali generali, degenze brevi, lo sviluppo dello specialismo “verticale” indirizzato su competenze sempre più sofisticate e con professionalità molto selettive. Parallelamente, la medicina generale si è dovuta fare inevitabilmente carico, grazie alla sua flessibilità auto-organizzativa e lavorando in collaborazione e sinergia con l’offerta di servizi distrettuali (in particolare quelli di tipo infermieristico), delle ricadute sul territorio che il mutamento richiedeva: in sostanza tutto ciò che non trovava più nell’ospedale il luogo pertinente di cura, senza peraltro aver avuto alcuna possibilità di esprimere il proprio punto di vista circa i bisogni che ne derivavano in termini di risorse, formazione, competenze e anche abilità pratiche. Mentre i cittadini maturavano progressivamente il bisogno di essere messi in condizione di capire, valutare e decidere, esercitando il loro diritto di autonomia e richiedendo più tempo ed attenzione ai MMG, la MG ha dovuto assumersi maggiori responsabilità nell’assistenza e monitoraggio dei pazienti con patologie croniche, confinati spesso a domicilio, ed orientarsi all’individuazione dei soggetti a rischio e nel supporto ai pazienti, che proprio per l’aumentata complessità e selettività delle cure specialistiche, nonché per l’intreccio inestricabile di bisogni clinici e socio-assistenziali, avevano sempre più bisogno di una figura professionale che facesse da guida nella complessità dei percorsi e ricomponesse la frammentazione e l’episodicità degli interventi, anche fornendo il necessario aiuto in termini informativi e non di rado critici. Emblematico, da questo punto di vista, il fatto che sia emersa l’importanza, anche nella medicina generale, di avere una cartella clinica di ciascun paziente, capace di contenere almeno nei suoi tratti più rilevanti la storia clinica e di restituirne il valore in termini di continuità assistenziale, di valutazione globale e prospettica dei rischi sui quali intervenire in tutti gli ambiti della prevenzione (primaria e secondaria). In buona sostanza, con le trasformazioni epidemiologiche che hanno portato in primo piano la cronicità, oggi il “caso clinico”, magari di difficile diagnosi, non è più l’oggetto principale delle cure per la medicina generale, e in parte neppure per gli altri livelli del Servizio sanitario.

Va sottolineato che per cronicità si intende non solo la presenza di patologie in atto (singole o multiple), ma anche la sua forma per così dire “minore”, legata alla presenza di fattori di rischio per eventi patologici che richiedono interventi diagnostici e di stadiazione, terapie, e monitoraggio a tempo indeterminato per evidenziare di-

fetti di controllo, aggravamenti o sviluppo di complicanze subcliniche e cliniche. Il carico della cronicità si divide quindi tra fenomeni morbosi in atto o progressi (indicativi di infermità, alto rischio di recidiva o complicanze) e presenza di fattori di rischio trattabili dal medico. Da tale quadro emerge anche la complessità dell'approccio clinico, che non è certo "minore" di fronte alle condizioni di semplice rischio rispetto alle condizioni croniche patologiche vere e proprie. Per certi aspetti, le condizioni di rischio sono anzi più difficili da gestire, in parte per l'ampia prevalenza, che richiede organizzazione e sistematicità, in parte perché la percezione del rischio è differente per le persone (che a volte lo sovrastimano ma altre lo sottostimano) e per i medici (che lo valutano in termini di probabilità di eventi patologici, ma con più difficoltà in termini di impatto soggettivo).

Per una adeguata descrizione dell'offerta clinico-assistenziale dei MMG bisogna considerarne le componenti quantitative e qualitative. Ovviamente vi è una stretta correlazione tra l'offerta di prestazioni di vario genere e la domanda afferente che proviene dai cittadini/pazienti, e se da un certo punto di vista la domanda va presa per ciò che è, indipendentemente da ogni giudizio, è tuttavia necessario premettere che nella massa enorme di prestazioni assicurate dai MMG vi sono moltissime attività a contenuto pressoché nullo in termini di salute, in quanto determinate esclusivamente da necessità di carattere burocratico e certificativo imposte dal Servizio sanitario (o addirittura da altri), che potrebbero essere diversamente regolate in modo da non gravare sulla medicina generale.

### **L'offerta quantitativa**

Da un punto di vista generale, circa 46.000 MMG offrono in Italia assistenza all'intera popolazione (salvo la fascia di stretta pertinenza pediatrica), grazie ad una diffusione capillare su tutto il territorio nazionale, inclusi i più piccoli comuni e le zone disagiate, nelle quali l'attività viene svolta spesso da un singolo medico su più studi. Non di rado, il MG sopperisce anche alla carenza di pediatri convenzionati di libera scelta, che non hanno una distribuzione altrettanto diffusa. L'allegato 1 del presente capitolo illustra in modo specifico le caratteristiche della medicina generale oggi in Italia: stato giuridico del MG, accesso e settori della medicina generale.

In base alle Convenzioni con il SSN che si sono succedute, i MMG ricevono nei loro studi almeno 5 giorni alla settimana (ma in molti casi anche il sabato mattina per almeno 2 ore), e assicurano una disponibilità durante tutta la giornata dalle 8 alle 20, pur non trattandosi di un obbligo formale di "reperibilità" in qualunque momento. Le visite vengono effettuate anche a domicilio, e sebbene il medico sia tenuto ad effettuarle solo ai pazienti non trasportabili, si tratta di una limitazione pressoché priva di effetto, prevalendo per inveterata consuetudine la semplice disponibilità del paziente a muoversi o meno dalla sua abitazione. Pazienti in condizioni di più grave invalidità sono assistiti a domicilio, con visite a cadenza come minimo mensile, indipendenti

dalla chiamata del paziente, mediante istituti quali l'ADP (assistenza domiciliare programmata), l'ADI (assistenza domiciliare integrata, con supporto infermieristico distrettuale e specialistico) e l'assistenza ai pazienti in Case di riposo o analoghe strutture residenziali. Dell'Assistenza Primaria fa parte anche il servizio di Continuità Assistenziale, che subentra al medico di medicina generale in orario notturno, nei giorni festivi e nei prefestivi dalle ore 10. La copertura complessiva sul territorio è quindi attualmente di 24 ore per 365 giorni all'anno, benché non esista di fatto alcun coordinamento né scambio di informazioni tra le diverse figure che implichi, al di là della pura denominazione, una effettiva e reale "continuità assistenziale".

Anche se non vi sono dati in proposito, la sensazione che vi sia una differenza tra la medicina generale dei piccoli comuni e quella delle città più grandi può essere fondata: i motivi possono essere diversi e non è il caso di tentarne un'analisi, tuttavia, pur senza generalizzare sul piano individuale, si può osservare che proprio per la sua vicinanza alle persone e lo stretto legame al territorio, la medicina generale dei piccoli centri è operativamente e culturalmente più armonizzata con la comunità locale, riesce ad essere un riferimento più presente, visibile ed autorevole, mentre nelle grandi città finisce per rispecchiare la maggiore disomogeneità e disgregazione sociale e viene perciò a trovarsi in una posizione più marginale (ed emarginata), anche per la sovrapposta offerta sul territorio di una miriade di "centri" e di propaggini ospedaliere o specialistiche di ogni genere, spesso poco coerenti con una logica di complessiva programmazione e governo clinico.

A fronte delle trasformazioni epidemiologiche, sociali e culturali, la medicina generale non ha avuto nessuno sviluppo strutturale ed organizzativo, si può addirittura dire dai tempi delle condotte mediche. Una disponibilità così ampia viene inoltre assicurata nella maggior parte dei casi da un medico che lavora da solo, in genere in uno studio all'interno di uno stabile condominiale, e senza supporto segretariale o infermieristico: nel 2005 c'erano in Italia in media un collaboratore di studio ogni 5,5 medici e un'infermiere/a ogni 39 medici di medicina generale. Tutto ciò non ha corrispettivi in altri paesi. Se si tratta forse di un segno di efficienza e flessibilità della medicina generale, non è certo un indicatore di qualità del sistema sanitario: affidare attività di carattere infermieristico, segretariale, burocratico e perfino logistico ad una figura che esprime la sua specifica professionalità quando si occupa di compiti produttivi in termini di salute dei propri assistiti, è un onere che pesa inevitabilmente sulla qualità complessiva del lavoro svolto, sottraendo tempo ad altre attività (ad esempio più tempo dedicato ai pazienti, maggiore impegno diretto nella gestione di alcune patologie, diagnostica strumentale di I livello, ricerca, self-audit, formazione), e ne determina o l'omissione o il parziale trasferimento per delega agli specialisti, convenzionati, privati o ospedalieri. Questi effettuano perciò una parte di prestazioni che, mentre nella medicina generale sarebbero qualificanti, in ambito specialistico divengono invece compiti almeno parzialmente impropri, affrontati inoltre con un approccio più coerente con la cultura selettiva specialistica dell'alto rischio, caratterizzata da maggiore intensità diagnostica, terapeutica e di monitoraggio. L'impatto



economico per il Servizio sanitario è molto rilevante: la FIASO (Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere) e il CERGAS Bocconi hanno effettuato un'indagine da cui risulta che la spesa procapite per la medicina generale e la Pediatria di libera scelta è di soli 96 euro/anno, a fronte di costi procapite per la specialistica e i ricoveri che incidono rispettivamente 4 e 6 volte di più (tabella 1).

La medesima indagine, effettuata su un ampio campione rappresentativo di ASL italiane, mostra inoltre che all'aumentare della quota di spesa territoriale corrisponde una diminuzione delle ospedalizzazioni e in particolare di quelle ad "alto rischio di inappropriatazza" (il che suggerisce un risparmio non penalizzante per la qualità dell'assistenza). Interessante, per inciso, anche la correlazione positiva tra numerosità delle aggregazioni di MMG (medicines di gruppo) con il numero di pazienti in ADI e con la riduzione di ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza. Pur senza voler eccedere arbitrariamente nell'interpretazione dei dati, si tratta di indicatori che sembrano correlare l'efficienza della medicina generale con la sua efficacia: un dato del tutto plausibile.

**Tabella 1**

<b>COSTI PESATI PER RESIDENTE</b> (senza ripartizione tra gli ambiti assistenziali dei costi non attribuiti)			
<b>Indicatore</b>	<b>Mediana 2006</b>	<b>Media 2006</b>	<b>Deviazione Standard</b>
Ricoveri ospedalieri	€ 583	€ 598	€ 80
Farmaceutica	€ 135	€ 134	€ 17
Specialistica	€ 437	€ 394	€ 139
Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e continuità assistenziale	€ 93	€ 96	€ 9
Strutture Residenziali e Semiresidenziali Anziani	€ 69	€ 72	€ 39
Salute mentale	€ 59	€ 56	€ 22
Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening	€ 61	€ 54	€ 22
Pronto Soccorso	€ 48	€ 47	€ 26
Riabilitazione e Lungodegenza	€ 19	€ 25	€ 27
Disabili	€ 24	€ 32	€ 24
Protesica e Integrativa	€ 26	€ 25	€ 11
Assistenza Domiciliare	€ 20	€ 20	€ 12
Materno Infantile	€ 18	€ 17	€ 11
Dipendenze	€ 14	€ 15	€ 4
Hospice	€ 2	€ 3	€ 3
Funzioni amministrative centrali	€ 21	€ 101	€ 145
<b>TOTALE</b>	<b>-</b>	<b>€ 1689</b>	<b>-</b>

Fonte: FIASO/Cergas Bocconi

L'indagine FIASO/CERGAS conclude affermando che con i MMG e i Pediatri di libera scelta opera sul territorio una enorme risorsa professionale non adeguatamente utilizzata.

Ovvia è inoltre la ricaduta del trasferimento di prestazioni dalla medicina generale alla specialistica sulle liste di attesa e la conseguente necessità per molti pazienti di ricorrere a prestazioni private (visite specialistiche e prestazioni di diagnostica strumentale), sostenendone l'intero onere economico. L'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" effettuata dall'ISTAT nel 2005, rilevava infatti che il 57% delle visite specialistiche (48% se si esclude l'odontoiatria) e il 21% degli accertamenti vengono effettuati a pagamento, con punte ben più alte in alcune regioni. Si può legittimamente supporre anche un oggettivo conflitto di interesse per quanto attiene l'induzione di ulteriori visite, controlli ed accertamenti, in un circolo vizioso che si autocatalizza indefinitamente e tende anche ad emarginare ulteriormente la medicina generale. Ogni prestazione burocratica o certificativa richiesta al MG determina perciò uno spostamento in tutta la filiera di erogazione delle prestazioni clinico-assistenziali, finendo per incentivare la domanda di ulteriori prestazioni, consumando risorse con un valore aggiunto decrescente in termini di salute, e per giunta facendone ricadere i costi in gran parte direttamente sul paziente: un risultato ben poco brillante per un sistema sanitario pubblico.

L'ampia offerta della medicina generale – almeno nei termini quantitativi detti – si associa ad una domanda da parte dei cittadini in progressivo aumento. L'indagine ISTAT del 2005 rileva un aumento complessivo delle visite presso il MG di circa il 17% rispetto alla rilevazione di 5 anni prima. Dati dedotti dal database di Healthsearch della SIMG (Società Italiana di medicina generale), mostravano già che tra il 1996 e il 2002 gli accessi presso il MG erano aumentati progressivamente da poco meno di 5 a 7,4 per 1000 assistiti/anno. Nessun dato rappresentativo con affidabilità statistica è invece attualmente disponibile sul numero di visite domiciliari e di consulenze telefoniche prestate per consigli ed informazioni.

Secondo la citata indagine ISTAT, nel 2005 il 33% dei cittadini assumeva regolarmente farmaci per trattamenti cronici e il 15% ne aveva assunti per motivi occasionali nelle ultime due settimane (nell'83% dei casi su prescrizione medica). Dato che in Italia la maggior parte delle prescrizioni di farmaci per terapie croniche copre al massimo poco più di un mese di terapia (e comunque mai più di 2 mesi), si comprende il numero enorme di accessi presso gli studi dei MMG solo per motivi correlati al rinnovo di ricette per terapie in atto, del tutto svincolati da necessità di monitoraggio della condizione clinica sottostante. Secondo l'INPS, vi sono inoltre ogni anno circa 12 milioni di certificati di malattia (redatti quasi esclusivamente dai MMG), a cui se ne aggiunge una mole altrettanto cospicua che non viene inviata all'INPS. Al di là del numero, va rimarcato che pochi paesi in Europa condividono con l'Italia quella che non si può che considerare una vera e propria ipocrisia, nel metodo e nel merito: l'obbligo di certificare, per l'astensione dal lavoro, la malattia

sin dal primo giorno. Da ricordare anche gli oltre 5 milioni di certificati già dichiarati ufficialmente “inutili” nel 2006, che dovevano essere aboliti da un apposito decreto sulla semplificazione degli adempimenti amministrativi, ma sono tutt’ora richiesti.

La lista degli oneri burocratici che gravano sulla medicina generale è molto più lunga e presenta anche casi paradossali, ma quanto detto basta per porre la questione in termini di vera e propria emergenza non rinviabile, e per concludere che, nel suo complesso, l’impegno correlato ad una parte rilevante della domanda mostra molti indizi di bassa qualità normativa dell’intero sistema dell’Assistenza Primaria, nel senso che le disposizioni relative alla prescrizione di farmaci, ai certificati di malattia e numerose altre norme regolatorie delle prestazioni del SSN determinano inefficienze e dispendio di tempo (per i MMG e per gli stessi pazienti) senza alcuna efficacia dimostrata in termini di salute né di maggiore appropriatezza, ma con una inevitabile influenza negativa anche sulla qualità del lavoro della medicina generale e una banalizzazione del ricorso al medico. A ciò si aggiungono disposizioni di legge (privacy, 626) che non sembrano tenere conto delle specificità della medicina generale (forse perché libera professione atipica nel suo ruolo parasubordinato), mentre per converso vi sono carenze normative riguardo al suo eventuale esercizio nelle forme associative previste dagli Accordi nazionali.

In conclusione, mentre in altri Paesi, sicuramente non meno attenti di noi alla spesa sanitaria, si cercano soluzioni per lasciare ai medici solo gli interventi di più alta professionalità e si impiegano infermieri per prestazioni che da noi non offrono neppure i MMG, in Italia ci si permette di non considerare – di fatto – la medicina generale una risorsa del Servizio sanitario da utilizzare in modo appropriato e finalizzato alla produzione di salute.

## **La qualità dell’offerta**

Per una analisi della tipologia di offerta della medicina generale, i riferimenti fondamentali da considerare sono certamente le trasformazioni epidemiologiche, a cui si aggiungono tuttavia anche quelle culturali, che sono altrettanto importanti sia sul piano individuale, sia da un punto di vista sociale collettivo: ogni individuo è contemporaneamente soggetto biologico, soggetto psicologico e soggetto di diritto e su questi tre assi va obbligatoriamente e contemporaneamente preso in carico quando, varcando per sua libera determinazione la porta dello studio medico, diviene a tutti gli effetti “paziente”.

La tolleranza dei rischi si è ridotta per diversi motivi: il maggiore accesso dei pazienti all’informazione; la disponibilità di trattamenti efficaci; l’impatto drammatico (in termini assistenziali ed economici) che ha la malattia su famiglie di dimensioni molto più ridotte che in passato e con minori protezioni sociali; l’eccessiva percezione di evitabilità di molti rischi; l’accresciuta consapevolezza dei propri diritti da parte dei pazienti; la progressiva riduzione dell’autorità dei medici per il rifiuto di atteggiar-

menti paternalistici e i conseguenti obblighi di informazione a pazienti che rivendicano autonomia decisionale, peraltro riconosciuta come parte essenziale di un sistema di cure efficace e centrato sul paziente. Tutti questi fattori, che avrebbero dovuto essere recepiti in modo da migliorare i sistemi sanitari e le risposte socio-assistenziali, hanno generato anche effetti avversi, determinando ad esempio il poderoso sviluppo di una “medicina difensiva” su vasta scala, i cui costi economici – ampiamente sottovalutati – ricadono in gran parte sul sistema sanitario, ma quelli più sostanziali (in termini di effettuazione di interventi inutili) ricadono comunque tutti sui pazienti stessi, senza peraltro che gli stessi medici si sentano maggiormente sicuri assumendosi le responsabilità che il loro lavoro continuamente impone.

Le trasformazioni culturali sono rilevanti anche perché l'interazione medico-paziente nella MG rappresenta lo snodo di interfaccia tra la popolazione e il sistema sanitario. L'essere “normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario”, come affermato nella Definizione Europea di WONCA del 2002, recepita dalla medicina generale italiana nel suo penultimo ACN, sottolinea in un certo senso la natura della medicina generale come “disciplina di confine”. La medicina generale è periferica rispetto ai luoghi dove la tecnologia più sofisticata e la risposta all'alto rischio sono centrali; per lo stesso motivo è anche “marginale” (e continuamente a rischio di emarginazione) rispetto alle professionalità più specializzate espresse nella comunità medica moderna, ma per necessità è capace di dialogare su un versante con il linguaggio non scientifico profano, e sull'altro con quello tecnico degli specialisti con cui si deve mantenere in comunicazione. Di entrambe le tipologie di interlocutori la medicina generale deve per forza di cose rispettare anche le compatibilità: da un lato la scarsa flessibilità organizzativa e la selettività delle competenze, dall'altro i bisogni complessivi e gli obiettivi di salute possibile.

È appena il caso di sottolineare che quando si parla di dialogare anche con un linguaggio profano non si intende la banale capacità di esprimersi con parole semplici per far capire concetti scientifici a persone inesperte: si parla della capacità di connettere e ricomporre due mondi separati di verità, costruzioni di senso, ed anche esiti, che stanno su piani diversi, attraverso capacità negoziali sui valori - scientifici e personali - che entrano in gioco senza essere necessariamente in sintonia. Basti pensare, ma gli esempi potrebbero essere infiniti, ad una comune malattia come l'asma, che per il medico è una patologia bronchiale infiammatoria cronica, mentre per il paziente è un problema acuto intermittente. Non si tratta di contestare l'interpretazione “profana” del paziente, riduttiva o magari anche erranea, ma di riconoscere l'innegabile verità dei due punti di vista su piani diversi: uno della patologia (definita dal medico) e l'altro dell'infermità (definita dal paziente). Se quindi il paziente è il miglior esperto di se stesso per quanto attiene la sua infermità, il medico è però colui che in forza delle sue conoscenze scientifiche sa qualcosa di più sul suo possibile futuro. Da questa divaricazione, potenziale o effettiva a seconda delle persone, e dalla necessità di una sua ricomposizione sul piano individuale, deriva l'importanza della partnership medico-paziente (considerata infatti una forma di

collaborazione tra esperti) che si può realizzare solo riconoscendo la medicina generale come ambito negoziale. Se ne possono comprendere le ovvie difficoltà di gestione, i problemi di aderenza alle terapie, l'impegno per promuovere i cambiamenti di stili di vita, la rilevanza del lavoro di counselling e informazione, la considerazione metodologicamente e clinicamente strategica del punto di vista del paziente, e così via.

Il valore aggiunto di questa competenza e di tutto il lavoro che vi è connesso non risulta in nessuna statistica di attività della medicina generale e non è per definizione misurabile, ma l'influenza che ha sulla capacità delle persone di sentirsi curate, protette e capaci di ottenere un controllo delle proprie infermità o la soddisfazione dei bisogni di assicurazione, è innegabile: una domanda mossa da scarsa consapevolezza, da dipendenza dai medici e sentimenti di incertezza, ansia o preoccupazione per la propria salute, è troppo poco razionale e sarebbe pressoché ingovernabile senza una figura di riferimento come quella del MG. Nessuno probabilmente ha mai negato che la MG abbia tra le sue caratteristiche più peculiari questa capacità di presa in carico del paziente anche come soggetto psicologico (oltre che soggetto biologico e soggetto di diritto), tuttavia si tratta di un riconoscimento che coglie solo in modo retorico, datato e un po' romantico, un concetto assai più profondo: la salute non è, come afferma l'OMS, una condizione (assai improbabile, utopistica e statica) di "completo benessere fisico e psichico", bensì essenzialmente una condizione dinamica caratterizzata da capacità di adattamento, reattività all'ambiente e alle condizioni personali, anche di malattia. La capacità di un efficace ed attivo adattamento (la "*ability to cope*" degli anglosassoni) mobilita necessariamente risorse psicologiche finalizzate alla comprensione e al raggiungimento di una percezione soggettiva di controllo. Si tratta di una capacità culturalmente mediata, con basi neurobiologiche (la cultura è una manifestazione fenotipica dell'uomo) e con un profondissimo impatto non solo sul benessere percepito, ma anche sull'insorgenza di eventi patologici maggiori, in specie cardiovascolari. Al di là dei risultati, e pur senza volergli attribuire meriti plausibili ma non documentabili, il MG opera a questo livello. Non perché sia più "empatico" di altri o magari "un po' psicologo" come vorrebbero certi vecchi stereotipi, ma perché promuove la salute (attuale o residua) facilitando la percezione di controllo da parte del paziente, coinvolto attivamente nel processo di cura attraverso la spiegazione e comprensione di ciò che gli sta accadendo, di quali possono essere i percorsi da seguire, i benefici attesi e i rischi da evitare. Aumentare la consapevolezza, ridurre le incertezze, assicurare presa in carico, introdurre elementi di razionalità nelle decisioni attenuando le reazioni più emotive, è esattamente quella parte del lavoro del MG che costituisce una sorta di "scatola nera" per l'osservatore esterno: si svela solo ai diretti interessati nel momento della consultazione e non risulta visibile anche perché il principale suo prodotto, paradossalmente, è il fatto che si ricomponga nella percezione del paziente una normalità minacciata, cioè che non avvenga nulla o che tutto si esaurisca nei semplici interventi che il MG stesso realizza, siano essi diagnostici, terapeutici o soltanto rassicurativi. Ovviamente questa

attività finisce per non essere valorizzata proprio a causa della sua intrinseca invisibilità, ma spiega perché per i pazienti gli aspetti legati alla continuità assistenziale e alla fiducia (termine generico che probabilmente nasconde molte diverse qualità) siano forse perfino più importanti delle competenze cliniche e della disponibilità di prestazioni erogate direttamente dal MG. Inutile ribadire come l'essere in questo modo disciplina di confine rappresenti il valore aggiunto primario della medicina generale: ciò che la rende ad un tempo vulnerabile e indispensabile per il sistema sanitario. Il privilegio crescente della medicina specialistica, in termini di prestigio ed economici, è visto infatti ovunque come un rischio grave ed imminente per la salute e per i sistemi sanitari stessi, che richiede forti interventi attivi di garanzia e tutela in favore della medicina generale come istituzione e professione, ma anche una sua trasformazione che la qualifichi ulteriormente sul piano delle capacità cliniche dirette, perché non è certo solo con la capacità di conforto, rassicurazione ed accoglienza che la medicina generale può rimanere all'altezza della situazione. Per la cultura generalista propria della medicina generale, la sfida sarà altrimenti sempre più difficile e probabilmente alla fine perdente. Ma la sconfitta coinvolgerebbe pesantemente sia i pazienti, sia il Servizio sanitario pubblico, di cui la medicina generale è il maggiore alleato.

Non è evidentemente solo sulle indispensabili capacità relazionali e di orientamento che si può tuttavia reggere la professione nel contesto epidemiologico attuale. La necessità di un rilancio della medicina generale anche sul piano della clinica, dello sviluppo professionale ed organizzativo, risalta ancor più proprio in base a considerazioni di carattere epidemiologico. Da questo punto di vista il quadro è ben noto e non serve analizzarlo in dettaglio: siamo di fronte ad un importante invecchiamento della popolazione e all'impatto della ridotta mortalità per le patologie più gravi, quali le cardiovascolari e neoplastiche, oltre che a numerose patologie degenerative, spesso coesistenti nel medesimo paziente. La sopravvivenza dopo eventi gravati un tempo da altissima mortalità, determina infatti nel medio e lungo termine l'emergere di invalidità e la sommazione di comorbidità assai impegnative da gestire: ciò che è stato definito "il fallimento dei nostri successi".

Con un andamento del tutto sovrapponibile alla prevalenza nella popolazione generale adulta, un MG ha in carico circa il 6% di pazienti diabetici, il 25% di ipertesi, alcune decine di pazienti con esiti di eventi cardiovascolari maggiori (infarti, ictus, interventi di rivascolarizzazione), diversi neoplastici (in follow up o con malattia avanzata), un numero imprecisabile ma molto elevato di pazienti con patologie osteoarticolari per lo più di tipo degenerativo, talvolta seriamente invalidanti, e di grandi anziani in cui porre "diagnosi", pur a fronte dell'evidente infermità, può essere inutile o impossibile. I pazienti affetti da diverse forme di demenza, insufficienza cardiaca, patologie psichiatriche, broncopneumopatia cronica ostruttiva in fase avanzata, o da malattie in fase terminale, determinano un carico assistenziale molto elevato, anche se concentrato su poche persone per ciascun medico, e rendo-

no spesso complessa persino la gestione di comuni eventi acuti sovrapposti, pur se di per sé banali. Il MG è inoltre l'unico professionista dedicato ad alcune patologie di largo impatto sociale, come ad esempio le epidemie influenzali, e alla gran parte delle patologie acute intercorrenti di varia natura, anche se ovviamente non sempre è l'unico ad affrontarle, per motivi oggettivi o soggettivi (non va dimenticato il ruolo svolto dagli operatori del Pronto soccorso, che del resto condividono in parte con la medicina generale il ruolo di interfaccia tra il sistema sanitario e la popolazione). Sul piano delle competenze (e di conseguenza su quello dei propri bisogni formativi, delle abilità pratiche, delle capacità comunicative, di supporto e di informazione ai pazienti), il campo di azione della medicina generale è quindi vastissimo, molto più di quello della medicina interna a cui viene a volte avvicinata; si estende su tutti i campi della clinica, e richiede inoltre anche capacità gestionali e relazionali indipendenti dalla clinica.

Ciononostante la medicina generale non è attualmente in grado, per oggettivi limiti organizzativi e carenza di risorse, di fronteggiare e controllare in modo razionale, efficiente, efficace e programmato i bisogni che derivano, sul piano di popolazione, da tale quadro epidemiologico. Se macroscopica è la carenza di collaboratori nello studio medico a fronte della crescente mole di lavoro, non meno preoccupante è la scarsità di strumenti diagnostici di I livello: la maggior parte dei MMG non possiede alcuna strumentazione oltre quella elementare [indagine FIMMG/SWG], né avrebbe di solito il tempo di usarla.

La Definizione Europea di WONCA del 2002 mette tra le caratteristiche della medicina generale il fatto di avere “una responsabilità specifica della salute della comunità”: è il punto forse di maggiore rilevanza da questo punto di vista e nel contempo quello che risulta forse meno chiaro al MG abituato a lavorare nel modo tradizionale, su chiamata del singolo paziente e in definitiva a rispondere solo al paziente stesso. Finita l'epoca della medicina come risorsa da utilizzare quasi soltanto “a domanda”, perché non è più praticabile una limitazione degli interventi all'acuzie, gli interventi clinici ed assistenziali di cui la salute della comunità ha bisogno sono oggi in modo particolare quelli proattivi, programmabili, indirizzati a soggetti appartenenti a classi di rischio elevato, identificabili per condizioni cliniche, età e sesso. Vanno certamente evitate l'invadenza e la medicalizzazione, da cui la medicina generale è comunque culturalmente lontana, ma indubbiamente per soggetti a rischio elevato (soprattutto cardiovascolare, includendo i diabetici) il rischio maggiore è oggi quello di omissione anziché di eccesso. Né vanno dimenticati gli aspetti legati alle disegualianze, che realizzano con molta facilità il paradosso delle “cure inverse” secondo cui chi più ricorre al medico (almeno in modo appropriato) è la persona più attenta alla propria salute, più aderente alle cure, di classe sociale più alta e perciò a rischio più basso. La strategia proattiva, l'unica idonea a fronteggiare la situazione, configura una nuova “clinica di popolazione” realizzabile solo dalla medicina generale – con l'indispensabile ed esplicito consenso degli interessati - e con la collaborazione di personale segretariale e infermieristico (solo per citare le figure principali) in

strutture multiprofessionali di medicina generale. Una oculata e ben indirizzata medicina di iniziativa ha anche il potenziale vantaggio di riconnettere la professione al principio di una seria responsabilità e capacità di rendere conto del proprio lavoro verso il sistema, senza pregiudicare né la propria missione né il rapporto col paziente, attualmente soffocati entrambi da un'idea di "appropriatezza" fondata esclusivamente sulle capacità di contenimento a tutto campo (dalla spesa farmaceutica al ricorso agli esami, dagli accessi al pronto soccorso al numero di ricoveri). L'attuale concetto di appropriatezza si basa infatti su un sistema di controlli (di cui nessuno ha mai peraltro verificato l'efficacia) che non entrano mai nel merito del prodotto in termini di salute: non esiste una valutazione dell'appropriatezza basata sulla qualità della professione o almeno sulla mancanza delle omissioni più rilevanti. Il modello permetterebbe di monitorare le condizioni di salute, cogliere le fasi di instabilizzazione che richiedono l'intervento medico, sperimentare e seguire protocolli di follow up validati nell'Assistenza Primaria per la loro praticabilità ed efficacia nel prevenire complicanze ed aggravamenti. L'operatività pratica si può realizzare mediante ambulatori "orientati per problemi" (le "minicliniche" dei modelli anglosassoni) e un sistema informativo basato su agende, interno al gruppo multiprofessionale e connesso alle cartelle cliniche, che evidenzia le scadenze da rispettare e le figure professionali (spesso non mediche) a cui compete realizzare gli interventi di monitoraggio. Il consenso dei pazienti al richiamo (elemento cruciale per conseguire il massimo risultato in molte patologie, indipendentemente dalla specializzazione delle figure professionali) permetterebbe di ridurre i rischi di non aderenza a piani di monitoraggio nel tempo e anche alle terapie, ottenendo il massimo beneficio dalla spesa farmaceutica e un'ottimizzazione del ricorso ad esami strumentali e di laboratorio.

È chiaro che le risorse per realizzare questo modello assistenziale – necessariamente multiprofessionale, con logistica e strumenti adeguati, e una prassi collaborativa consolidata e responsabilizzante per ciascuna delle professionalità implicate - non possono essere trovate autonomamente nella MG, penalizzata sul piano fiscale oltre che economico quando investe nella propria professione, per l'inefficienza dell'attuale meccanismo di retribuzione esclusivamente a quota capitaria. Non ha oggi senso per nessun MG, se non per personale gratificazione professionale, sottrarre dalla propria retribuzione risorse economiche da riversare nella professione: non si tratta mai di veri "investimenti", ma di un semplice aumento dei costi dell'attività a ritorno economico nullo o quasi. Il sistema a quota capitaria, oltre a non aver affatto promosso una qualità della medicina generale basata sulla "concorrenza" (le regole del mercato mal si applicano alla medicina), appiattisce quindi la professione disincentivando qualunque impegno, professionale ed economico, e non premiando alcun genere di qualità documentabile. Il rapporto di fiducia (da preservare perché si tratta di un valore costitutivo della professione), non implica necessariamente la quota capitaria: si basa formalmente sull'iscrizione di un paziente nella lista degli assistiti del medico prescelto e sostanzialmente sulla garanzia del riconoscimento della sua autonomia professionale: ciò mantiene il professionista in una posizione



terza rispetto allo Stato, anche se chiamato a rendere conto della propria attività.

In ambito internazionale, l'esperienza di maggior rilievo finalizzata ad incentivare la qualità nella medicina generale, è stata quella del contratto inglese dei General Practitioners del 2003. Il National Health Service inglese ha concordato con il sindacato dei medici un sistema di indicatori (per lo più, anche se non esclusivamente, di performance clinica), mediante il quale si ottengono punteggi che determinano un compenso aggiuntivo alla *practice*, che viene poi suddiviso tra tutti gli operatori. È ancora presto per capire che risultati abbia dato in termini di prevenzione di esiti patologici, ma si è trattato di un investimento molto cospicuo (non a caso il contratto aveva per titolo "Investing in General Practice") e gli standard più elevati previsti dagli indicatori sono stati ampiamente raggiunti. Il sistema ha certamente dei limiti: rischia di focalizzare l'attività medica su end-points surrogati che non assicurano necessariamente il conseguimento di effettivi benefici, e tende a mettere in secondo piano aspetti non misurabili, ma altamente qualificati e produttivi, del lavoro del medico. Il modello inglese di *pay for performance* non è trasferibile tout-court nella nostra realtà per molti rilevanti motivi, ma se ne possono raccogliere alcune implicazioni di metodo: alla base di una positiva trasformazione della medicina generale ci deve essere un progetto chiaro in termini di obiettivi *di salute* che il Sistema sanitario affida alla categoria professionale, mettendola ovviamente in condizioni di realizzarli, e uno strumento di valutazione dei risultati che premi l'impegno e renda remunerativo perseguirlo. Tali obiettivi, sempre nel contratto inglese, sono stati definiti in quanto "in linea con la pratica professionale": si chiedeva cioè di assumere la normale professionalità (o almeno quella concretamente auspicabile) come obiettivo contrattuale. Inutile dire che in questo modo gli stessi MMG potrebbero con convinzione impegnare la fiducia di cui godono da parte dei cittadini (pazienti e non) per farsi garanti del Sistema sanitario in cui operano. Tra l'altro, ciò faciliterebbe il superamento di quella non troppo larvata contrapposizione che storicamente caratterizza in Italia il rapporto tra cittadini ed istituzioni, Servizio sanitario incluso, che - pur dando in fondo molto - non riesce a riscuotere un proporzionale gradimento: secondo l'indagine ISTAT del 2005, solo un terzo dei cittadini se ne dichiara soddisfatto.

È inoltre probabile che su queste basi si costruiscano con maggiore facilità e concretezza anche formazione e ricerca. Da quest'ultimo punto di vista, è appena il caso di sottolineare che la medicina generale non è e non deve essere solo il luogo in cui le conoscenze scientifiche vengono trasferite nella pratica - più o meno correttamente e, si spera, non apoditticamente - ma dovrebbe essere anche uno dei luoghi in cui nuove ed originali conoscenze vengono prodotte mediante la ricerca, in particolare quella fatta sul campo e nel contesto della vita reale, in cui sono presenti tutte quelle variabili confondenti (in primis comorbidità, variabilità di pratiche e incertezza diagnostica) che negli studi clinici vengono sterilizzate ed escluse come potenziale fonte di bias. Se è vero che la medicina generale, in quanto disciplina scientifica autonoma, deve produrre da sé una parte della propria base di conoscenza e che ciò

non può essere fatto da altri in contesti diversi, è anche vero che questo dovrebbe essere un interesse collettivo della società e del Sistema sanitario. Nonostante l'apertura nei confronti della ricerca sperimentale in medicina generale effettuata con il D.M. del 10/5/2001, ben poche ricerche di questo tipo (anche se almeno una di dimensioni rilevanti) sono state avviate in Italia.

## Conclusioni

Se si prova a descrivere in modo complessivo l'evoluzione della medicina generale in Italia negli ultimi 30 anni, e cioè da quando ha trovato piena sistematizzazione grazie alla Legge 833/1978 che all'articolo 57 affermava: *“Con decreti del Presidente della Repubblica, ... da emanarsi in conformità a quanto previsto dal piano sanitario nazionale, sono gradualmente unificate, nei tempi e nei modi stabiliti dal piano stesso, le prestazioni sanitarie già erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome degli enti previdenziali”*, il tratto dominante che emerge è la sua progressiva maturazione professionale e scientifica, che si riflette in una oramai abbastanza definita consapevolezza di ruolo. La medicina generale italiana si è costruita nei suoi fondamenti scientifici e culturali autonomamente dalla base, con il lavoro di riflessione e ricerca inizialmente di pochi, partendo dalla pratica e in completa assenza di una formazione specifica. La maturazione di un *orientamento al paziente* ha influito moltissimo sul metodo clinico stesso, che si discosta da quello più centrato sulla diagnosi nosografica appreso negli studi universitari, per ricomporre una visione del paziente nella sua soggettività biologica, psicologica e di diritto. Va ricordato in modo particolare anche l'atteggiamento demedicalizzante e critico verso le numerose proposte di quella che è stata definita *“industria della medicina”*: l'identità culturale della medicina generale determina un atteggiamento meno aggressivo (soprattutto sul basso rischio) e più conservativo rispetto alle innovazioni, cui consegue un rilevante impatto in termini di economia delle risorse. Tuttavia, per definizione, tutto ciò che si evita di fare perché non si ritiene necessario, non è visibile, anche se costa molto impegno di fronte alla domanda del paziente, spesso orientata in senso opposto; perciò questo atteggiamento tendente alla demedicalizzazione e al non essere esclusivamente limitati alla logica bio-medica, non è stato molto riconosciuto né premiato dal Sistema sanitario, che della medicina generale non ha saputo sfruttare adeguatamente prerogative e potenzialità, nonostante le reiterate dichiarazioni sulla sua *“centralità”* e sulla rilevanza dell'Assistenza Primaria nel suo complesso. La positiva evoluzione della medicina generale non si è accompagnata ad un equiparabile riconoscimento di originalità di competenze e autonoma dignità professionale e scientifica neppure all'interno della comunità medica nel nostro Paese: manca tuttora ad esempio un riconoscimento in termini accademici ed è ancora molto carente l'integrazione con la medicina specialistica ed ospedaliera.

Di fronte alle difficoltà economiche, logistiche, organizzative, e alla domanda

crescente dei pazienti per motivi oggettivi e soggettivi, la medicina generale italiana, con la povertà delle risorse che la contraddistingue rispetto a quella dei maggiori Paesi europei con cui andrebbe confrontata, ha saputo costruirsi e realizzarsi come una vera e propria medicina dei miracoli. Tuttavia i rischi di cedimento sono oramai chiari se la si mette a confronto con le sfide che il prossimo futuro riserva al Sistema sanitario. Si prevede poi una carenza di MMG entro pochi anni, perché le condizioni di lavoro non la rendono più una professione appetibile per i giovani medici, interessati a ruoli professionali gratificanti, con prospettive di sviluppo e prestigio riconosciuto.

Anagraficamente, la categoria dei medici di medicina generale, entrata in attività in gran parte tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli '80, è oramai piuttosto anziana. Il rinnovo della categoria sarà a breve massiccio e ci sono quindi le condizioni, favorevoli e nel contempo irripetibili, per una sua evoluzione organizzativa e strutturale che riporti realmente l'Assistenza Primaria, e la medicina generale in particolare, a svolgere compiutamente, con efficacia ed efficienza, quel ruolo clinico e professionale di cui la società ha assoluto bisogno.

## Riferimenti bibliografici

- Guzzanti E, Longhi T. *Medicina di base e medicina ospedaliera*. Federazione Medica 1985; 9:1005-1011
- Parma E, Caimi V. *Medicina delle prove di efficacia e medicina generale*. In Liberati A (a cura di): *La Medicina delle prove di efficacia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1997; p. 19-31.
- Bernabè S, Benincasa F, Danti G. *Il giudizio clinico in medicina generale*. Utet Periodici Scientifici: Milano, 1998.
- Tombesi M, Caimi V. *Medicina basata sull'invadenza*. La nuova inflazione medica si nasconde nella medicina preventiva. La salute in Italia - Rapporto 1999. Marco Geddes e Giovanni Berlinguer (a cura di). Ediesse ed. Roma: 1999.
- Griffin S, Kinmonth AL. *Diabetes care: the effectiveness of systems for routine surveillance for people with diabetes*. Cochrane Database Syst Rev. 2000; (2):CD000541.
- Parisi G. *Orientamento al paziente e orientamento alla malattia*. Ricerca e Pratica 2000; 16: 19-25.
- Tombesi M. *Medici e pazienti: la strategia del negoziato*. Janus 2001; n° 2 (Estate): 28-39.
- Decreto Ministeriale 10 maggio 2001 (G.U. n. 139 del 18 giugno 2001). *Sperimentazione clinica controllata in medicina generale ed in pediatria di libera scelta*.
- Dati INPS: <http://www.inps.it/Doc/Informazione/ComunicatiStampa/Comunicati2002/cs020424.pdf>
- Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. *Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors*. BMJ 2002;324:819-823.
- Wonca Europe. La Definizione Europea della medicina generale / di Famiglia. Barcelona, 2002. [http://www.csermeg.it/allegato/462\\_20071103-212815.pdf](http://www.csermeg.it/allegato/462_20071103-212815.pdf)
- Freidson E. *Professionalismo - La terza logica*. Edizioni Dedalo: Bari, 2002.
- UK Department of Health. Investing in general practice: the new general medical services contract. 2003. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4071966](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4071966).
- UK Department of Health. Investing in general practice: the new general medical services contract. 2003. Annex A: Quality indicators.
- Soler JK, Okkes IM. *Sick leave certification: an unwelcome administrative burden for the family doctor? The role of sickness certification in Maltese family practice*. Eur J Gen Pract. 2004;10:50-5.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanan F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L. INTERHEART Study Investigators. *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study*. Lancet. 2004 ;364:937-52.
- Indagine FIMMG Nazionale nel 2005.
- ISTAT. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - Anno 2005. [http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20070302\\_00/testointegrale.pdf](http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/testointegrale.pdf)
- Tombesi M. *La promozione della salute*. In: Tombesi M *Prevenzione nella pratica clinica*. Utet, Torino: 2005.

- Larson EB, Grumbach K, Roberts KB. *The Future of Generalism in Medicine*. Ann Intern Med. 2005; 142: 689-690.
- Donzelli A, Sghedoni D. *Il linguaggio ambiguo della "qualità". Il caso del nuovo contratto dei General Practitioner del NHS britannico*. Politiche sanitarie 2005;6 (2):55-66.
- Satolli R. *L'industria della medicina*. In: Tombesi M *Prevenzione nella pratica clinica*. Utet, Torino: 2005.
- Kessler DP, Summerton N, Graham JR. *Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA*. Lancet. 2006;368:240-246.
- Tombesi M. *Qualità in medicina generale*. QA (Quality Assurance, rivista della SIQUAS-VRQ) 2006;17(1):9-17.
- Damiani G, et al. *Assistenza Primaria: significato e prospettive di sviluppo organizzativo*. Organizzazione Sanitaria n°2/2007.
- Milillo G. *Il nuovo ruolo dei medici di medicina generale nell'Assistenza Primaria in Italia*. Monitor 2008; Anno VII n° 20: 6-19.
- Godlee F. *What skills do doctors and nurses need?* BMJ 2008;337:a1722.
- Sibbald B. *Should primary care be nurse led? Yes*. BMJ 2008;337:a1157.
- Maciocco G. *A trent'anni da Alma Ata. Cure primarie: evoluzione storica e prospettive*. Toscana Medica 2008;6:35-41.
- Indagine FIMMG/SWG. *Medici e pazienti nel contesto dell'Assistenza Primaria: la fiducia come fondamento per la stabilità dei rapporti e per il cambiamento organizzativo*. Avvenire Medico 2008 n°9:15-30.
- Dean Ornish. *The Collapse of Primary Care. Disaster looms as medical students abandon family practice for higher-paying sub-specialties*. The Newsweek, 11/9/2008. <http://www.newsweek.com/id/158429>.
- Tombesi M. *Bravi, ma la gente merita di più*. Il Corriere della Sera, 5/10/2008. [http://archiviostorico.corriere.it/2008/ottobre/05/Bravi\\_gente\\_merita\\_piu\\_co\\_9\\_081005044.shtml](http://archiviostorico.corriere.it/2008/ottobre/05/Bravi_gente_merita_piu_co_9_081005044.shtml).
- Milano M, Gherardi S, Bruni A, Collecchia G, Gambarelli L, Longoni P, Nicolucci A, Tombesi M. *E tu, come ti sei organizzato? La condivisione dell'esperienza in una comunità virtuale di Medici di medicina generale*. Milano: il Sole 24 Ore, 2008.
- Milillo G, Panti A, Mazzeo MC. *Come è cambiata la medicina di famiglia*. In: 1978-2008: trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale e di Fondazione Smith Kline. Il Mulino, Bologna 2008.
- Williams J, Russell I, Durai D, Cheung WY, Farrin A, Bloor K, Coulton S, Richardson G. *Effectiveness of nurse delivered endoscopy: findings from randomised multi-institution nurse endoscopy trial (MINuET)*. BMJ 2009; 338:b231.
- What is health? The ability to adapt*. Editoriale. Lancet. 2009: 373:781.
- Studio Rischio & Prevenzione. [www.rischioeprevenzione.it](http://www.rischioeprevenzione.it).

## ALLEGATO 1

### **La medicina generale oggi:**

- **Stato giuridico del MG**
- **Accesso ai settori della medicina generale**
- **I settori della medicina generale Italiana**

L'analisi del ruolo del medico di medicina generale (MG) oggi in Italia deve necessariamente essere contestualizzata nell'ambito di una serie di significativi cambiamenti concettuali, strutturali ed organizzativi dell'intero SSN, che prevedono la riorganizzazione ed il potenziamento della assistenza sanitaria prestata dai MG nell'ambito del livello essenziale di assistenza distrettuale, in relazione sia all'evoluzione demografica ed epidemiologica, sia alle norme che prevedono una riconfigurazione della rete ospedaliera con la conseguente riduzione dei posti letto.

In effetti, il nuovo ruolo del MMG nell'Assistenza Primaria si ritiene possa collegarsi concettualmente al livello di assistenza previsto nel Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419", in particolare all'articolo 3 comma 2". Il distretto assicura i servizi di Assistenza Primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie..., nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali."

La difficoltà di definizione del ruolo dei professionisti che, in regime di convenzione, operano a livello territoriale, dipende dalla necessità di ridefinire l'assistenza sanitaria prestata da tali professionisti, oltre a quanto previsto dal cosiddetto sistema delle cure primarie, ed integrarla con gli aspetti socio-sanitari, per rispondere appropriatamente ed efficacemente ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità e integrazione dell'assistenza nei confronti degli assistiti. Tali esigenze derivano dal cambiamento demografico della popolazione inteso come aumento della speranza media di vita, associato alla condizione di fragilità che essa comporta, e dall'aumento di prevalenza ed incidenza delle patologie croniche ed invalidanti.

### **Stato giuridico del MG**

I MMG sono liberi professionisti convenzionati con il SSN, non inquadrati tramite un rapporto di lavoro dipendente, ma attraverso un Accordo Collettivo Nazionale.

- Legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 52, comma 27, di istituzione della struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il SSN (SISAC).
- Legge 26 maggio 2004, n. 138, art. 2 - nonies, che attribuisce efficacia erga omnes al nuovo ACN.
- Legge 30 dicembre 2004, n. 311, comma 177, per la trasformazione del rapporto di lavoro degli Specialisti Ambulatoriali Interni da tempo determinato a tempo indeterminato.
- Legge 30 dicembre 2004, n. 311, comma 178, sulla durata degli accordi: quadriennale per la parte normativa e biennale per la parte economica.

Le convenzioni sono stipulate fra la Conferenza Stato-Regioni e le organizzazioni sindacali (OO.SS.) rappresentative della categoria e devono rispondere a specifiche caratteristiche previste dal D.lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, comma 1 dell'articolo 8.

Gli Accordi Collettivi Nazionali (AA.CC.NN.) hanno attualmente un carattere regolamentare con validità *erga omnes* su tutto il territorio nazionale e possono essere completati con la successiva stipula di Accordi integrativi regionali (AIR).

Gli AA.CC.NN. definiscono la disciplina giuridica ed economica dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni.

Le regioni definiscono l'organizzazione e le modalità di erogazione da parte dei medici convenzionati delle prestazioni ricomprese nel LEA dell'Assistenza distrettuale (Medicina Generale, Pediatria di libera scelta e Assistenza specialistica ambulatoriale).

Le Aziende sanitarie assicurano, attraverso i Servizi e i Medici convenzionati, il livello di assistenza erogata dalla Medicina Generale, Pediatria di libera scelta e Assistenza specialistica ambulatoriale.

I tre livelli di contrattazione costituiscono fasi di un unico procedimento per il rinnovo degli AA.CC.NN.

Per effetto di questa collocazione giuridica, il MG non è soggetto alla gerarchia tipica della dipendenza ed è tenuto a rispondere alla dirigenza aziendale esclusivamente per l'applicazione delle norme convenzionali nazionali, regionali ed aziendali.

### **Accesso ai settori della medicina generale**

La medicina generale è attualmente formata da quattro settori: Assistenza Primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi, emergenza sanitaria territoriale, l'accesso ai quali ha caratteristiche comuni, ma è sostanzialmente indipendente.

Per l'accesso a tutti questi settori è richiesto **l'attestato di formazione in medicina generale** (D.lgs 368/1999) o titolo equipollente (accesso consentito come da normativa europea ai medici senza attestato abilitati entro il 31/12/1994 - D.M. 15/12/1994).

**La Formazione specifica** è rappresentata da un corso teorico pratico di durata triennale a carattere regionale, alla fine del quale viene rilasciato un attestato di formazione in medicina generale abilitante all'esercizio della medicina generale nell'ambito del SSN (articolo 1 comma 2 e articolo 2 comma 2 del D.lgs 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.lgs 368/99 e 277/03).

**Il Corso di idoneità all'Emergenza territoriale di cui all'art. 96 dell'ACN medicina generale del 23 marzo 2005**, è della durata di quattro mesi per un orario complessivo non inferiore a trecento ore, da svolgersi prevalentemente in forma di esercitazione e tirocinio pratico.

Come percorso di formazione ulteriore per l'Emergenza sanitaria, anche in considerazione dell'evoluzione a contratto di dipendenza dell'area (D.lgs 229/99), è in via di realizzazione il processo di istituzione della Scuola di Specializzazione di medicina di Emergenza e Urgenza (G.U. 23 maggio 2006 n 118).

Alla titolarità dell'incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale si accede per titoli in base ad una graduatoria regolamentata dall'ACN. Per l'Emergenza Sanitaria Territoriale esiste invece un diritto di priorità di accesso regolato dall'anzianità di servizio in Continuità Assistenziale, che precede l'accesso attraverso la graduatoria regolamentata dall'ACN. Alla Dirigenza Medica Territoriale non è possibile

l'accesso essendo l'area ad esaurimento, ai sensi della D.lgs 502/92 e successive modificazioni.

### ***I settori della medicina generale Italiana***

- **Assistenza Primaria**
- **Continuità assistenziale**
- **Medicina dei Servizi e Dirigenza territoriale**
- **Emergenza sanitaria territoriale**

### **Assistenza Primaria**

I Medici di medicina generale (MMG) di Assistenza Primaria sono anche denominati Medici di Famiglia (MdF); rappresentano il primo punto di accesso al SSN per le persone assistite che li hanno liberamente scelti.

Le caratteristiche fondamentali del settore Assistenza Primaria sono:

**1. Rapporto ottimale**, che regola la distribuzione dei medici di famiglia sul territorio.

Per un determinato ambito territoriale viene inserito un medico ogni 1.000 abitanti di età superiore a 14 anni (fino a 6 anni è obbligatoria e fino a 14 anni è garantita l'assistenza pediatrica). Ultimamente in diverse regioni si è scelto di aumentare il rapporto ottimale in misura diversa, prevedendo l'inserimento di un medico di famiglia ogni 1.100 o 1.200 o 1.300 abitanti.

**2. Lista di assistiti, massimale, rapporto fiduciario:** in conseguenza della libera scelta, il medico di famiglia – così come il pediatra di libera scelta - è l'unica figura medica del SSN scelta “ad personam” dal cittadino: *il rapporto fiduciario è dunque elemento fondante ed insostituibile della medicina di famiglia.*

Ogni cittadino ha diritto a scegliere liberamente il proprio medico fra quelli che operano nel suo ambito territoriale e può modificare la scelta in qualsiasi momento. Per effetto delle scelte, ogni medico ha una lista di assistiti. Il numero massimo di iscritti alla sua lista (il cosiddetto massimale) è di 1.500 persone, salvo specifiche deroghe.

L'eventuale raggiungimento del massimale nella maggior parte dei casi avviene circa a metà della vita professionale, mediamente dopo 10-15 anni di attività.

**I dati attualmente disponibili** in merito sono riportati nell'Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale, elaborato a cura della Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, le “Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere” riferito all'anno 2006.

Stando ai suddetti dati, si registra che:

- in media a livello nazionale ogni MG ha un **carico potenziale** di 1.098 adulti residenti (dai 14 anni in su), con notevoli differenziazioni a livello regionale, con scostamenti positivi rispetto al valore medio nazionale al Nord, fino all'estremo rappresentato dalla Provincia Autonoma di Bolzano, con 1.624 residenti adulti



per MG, (in tale Provincia Autonoma il contratto di convenzione con il SSN stabilisce un massimale di scelte pari a 2.000, rispetto al valore massimo nazionale di 1.500), mentre nel Lazio si registra il valore minimo di 945 residenti adulti per MG, e nelle regioni del Sud si oscilla intorno a valori pari al valore nazionale previsto.

- Rispetto al **carico assistenziale effettivo**, pari al numero degli iscritti al SSN per ciascun MG, in tutte le regioni tale indicatore evidenzia che il numero di scelte per MG è maggiore della popolazione adulta residente, mentre per il numero di scelte per pediatra è sempre inferiore al numero di bambini residenti, pertanto per molti bambini è stata scelta l'assistenza erogata dal MG, e si registra in tutte le regioni una forte carenza di pediatri in convenzione con il SSN, ad eccezione di Abruzzo, Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Provincia Autonoma di Trento e Sardegna; sempre presso la Provincia Autonoma di Bolzano il caso limite, con 1.501 bambini per pediatra.

**3. Disponibilità oraria:** il MdF esprime la sua attività in un arco temporale compreso fra le 8 e le 20 nei giorni feriali e fino alle 10 nei giorni prefestivi. È tenuto ad effettuare in giornata le visite domiciliari richieste entro le ore 10 ed entro le ore 12 del giorno successivo quelle pervenute dopo le ore 10. Le visite urgenti recepite devono essere erogate nel più breve tempo possibile. Il MdF è tenuto ad avere un orario di accesso in studio non inferiore a 5 ore settimanali fino a 500 scelte, non inferiore a 10 ore fino a 1.000 scelte e non inferiore a 15 ore fino a 1.500 scelte per 5 giorni alla settimana.

**4. Struttura della remunerazione:** il trattamento economico dei medici convenzionati per l'Assistenza Primaria, secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 1, lett. d), del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, si articola in:

- a) **quota capitaria per assistito ponderata**, per quanto stabilito dall'art. 8, negoziata a livello nazionale;
- b) **quota variabile** finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, compresi la medicina associata, l'indennità di collaborazione informatica, l'indennità di collaboratore di studio medico e l'indennità di personale infermieristico;
- c) **quota per servizi** calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza programmata, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni ed attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

Pertanto, il compenso del MG è ancora prevalentemente su base capitaria. Il MG riceve un importo costante annuo per ogni assistito iscritto nella sua lista, omnicomprendivo di tutte le spese necessarie ad esercitare l'attività professionale. Inoltre, l'incasso mensile del medico è versato al lordo delle imposte sul reddito con la

sola ritenuta dell'acconto IRPEF (20%) e del versamento previdenziale a suo carico del 5,625% (ENPAM).

Negli ultimi 10 anni alla quota capitaria esclusivamente legata alla scelta del paziente si sono aggiunte altre quote capitarie, di minore entità, vincolate all'attuazione di caratteristiche organizzative:

1. *indennità per incentivare l'assunzione di collaboratori di studio e/o infermieri*

2. *quota per le forme associative*: piccola quota capitaria annuale aggiuntiva finalizzata ad incentivare le seguenti alternative forme associative di complessità crescente:

- *associazione semplice*: quota remunerativa rispetto agli impegni assunti
- *medicina in rete*: quota che copre i costi e, in qualche caso, minimamente remunerativa
- *medicina di gruppo*: quota che non copre i costi e non è remunerativa (salvo in qualche Regione dove è stata aumentata con gli Accordi regionali).

## **Continuità assistenziale (CA)**

Precedentemente denominati medici di guardia medica, ai medici di continuità assistenziale è attribuito il compito di garantire l'assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale e in strutture assistite nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive attraverso una organizzazione che va ricompresa nella programmazione regionale, rispondendo così alle diversità assistenziali legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche. I professionisti sono retribuiti con compenso orario.

Il rapporto ottimale definito dall'ultimo ACN prevede l'inserimento di un medico di Continuità Assistenziale ogni 5.000 abitanti, con una variabilità del 30%, in eccesso o in difetto, a seconda della programmazione regionale; in base a tali parametri il numero dei medici di CA a livello nazionale dovrebbe essere di circa 12.000-13.000 unità. Si registra, in modo particolare nelle regioni del Nord, una crescente difficoltà a reperire medici per questo servizio.

Sono presenti modelli di coinvolgimento dei medici di CA nei processi assistenziali propri dell'Assistenza Primaria (assistenza in RSA, a pazienti fragili, coinvolgimento nell'ADI, ambulatori per i codici bianchi, ecc.).

Tra gli operatori incaricati a tempo indeterminato circa il 40 % dei medici presenta un doppio incarico (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale).

Per ragioni diverse tra le regioni del Nord (difficoltà a reperire medici disponibili) e le regioni del Sud (ritardi nelle assegnazioni di incarichi), il settore presenta circa il 30% di medici temporaneamente incaricati, con conseguente mancanza di formazione specifica e di una efficace possibilità di continuità ed integrazione dell'assistenza, anche con gli stessi MMG di Assistenza Primaria.

Stando ai dati dell'Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale, elaborato a cura della Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, le "Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere" riferito all'anno 2006, sono stati rilevati in Italia 3.019 punti di guardia medica, con 13.304 medici titolari, pari a 23 medici ogni 100.000 abitanti. La densità

dei punti di guardia medica risulta molto diversificata sul territorio nazionale, come anche il numero dei medici titolari per 100.000 abitanti.

### **Medicina dei Servizi e Dirigenza territoriale**

È un settore di cui il D.lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni ha previsto l'interruzione dell'accesso; è costituito da medici in regime di dipendenza e di convenzione operanti all'interno dei distretti e dei presidi territoriali, retribuiti con compenso orario. Alcune regioni hanno registrato una notevole riduzione del numero dei medici in regime convenzionale per il passaggio a rapporto di dipendenza (come previsto dal D.lgs 229/99); il rapporto di tipo convenzionale resta prevalente in Toscana e Lazio, mentre è residuale in Campania, Sicilia e Puglia. Solo con l'ultimo ACN i medici in regime di convenzione possono assumere incarichi a tempo pieno (38 h/settimana), svolgono funzioni diverse nell'ambito dei distretti, sia di supporto sia di responsabilità nell'organizzazione e nelle attività di medicina legale, prelievi, assistenza domiciliare, assistenza alle tossicodipendenze, igiene pubblica, attività sanitarie di comunità, ecc.

### **Emergenza sanitaria territoriale**

Rappresenta una delle fasi operative del **sistema dell'emergenza sanitaria**, dove l'integrazione delle varie competenze professionali coinvolte consente un collegamento funzionale dei vari momenti organizzativi della catena dei soccorsi.

I medici dell'Emergenza Sanitaria territoriale, originariamente tutti convenzionati a 38 ore settimanali con esclusività di rapporto e provenienti dalla Continuità Assistenziale - si sono gradualmente differenziati per motivi organizzativi legati alle diverse esigenze espresse dai singoli ambiti regionali o aziendali: in alcune regioni sono diventati dirigenti inquadrati nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'urgenza e accettazione (come previsto dal D.lgs 229/99); in altre sono medici dell'emergenza territoriale convenzionati secondo l'ACN medicina generale, nelle more del passaggio alla dirigenza medica (come previsto dal D.lgs 229/99). Per coprire carenze d'organico spesso vengono impiegati anche medici a rapporto libero professionale.

Attualmente l'accesso all'area convenzionata è subordinato al possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, integrato da uno specifico corso in Emergenza territoriale; successivamente la Scuola di Specializzazione di medicina di Emergenza-Urgenza oltre a caratterizzare la figura del medico d'urgenza determinerà il percorso unico per l'accesso al SSN.

I medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale convenzionati sono retribuiti con compenso orario.

### **Riferimenti normativi**

Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

Legge 30 novembre 1998, n. 419.

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56.

Legge 27 dicembre 2002, n. 289.

Legge 26 maggio 2004, n. 138.

Legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, Le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Intesa sottoscritta il 23 marzo 2005 sugli accordi collettivi nazionali per la medicina generale e per la specialistica convenzionata.

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del D.lgs 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni, 27 maggio 2009.

### **Riferimenti bibliografici**

Damiani G, et al. *Assistenza Primaria: significato e prospettive di sviluppo organizzativo*. Organizzazione Sanitaria n°2/2007.

Consiglio Nazionale FIMMG. *La Ri-fondazione della medicina generale*. Documento approvato all'unanimità, Roma, 9 giugno 2007.

Milillo G. *Il nuovo ruolo dei medici di medicina generale nell'Assistenza Primaria in Italia*. Monitor 2008; Anno VII n° 20: 6-19.

Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, *Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere*. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2006, giugno 2008.

Milillo G, Panti A, Mazzeo MC. *Come è cambiata la medicina di famiglia*. In: 1978-2008: trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale e di Fondazione Smith Kline. Il Mulino, Bologna 2008.

**ALLEGATO 2****Tabella 1 - Distribuzione dei medici di medicina generale per regioni e numero di assistiti per medico**

<b>2006</b>				
<b>Aree</b>	<b>MMG</b>	<b>Popolazione residente per MG</b>	<b>Numero medio di assistiti per MG</b>	<b>% MMG con più di 1500 assistiti</b>
1 Piemonte	3479	1250	1126	14.37
2 Valle d'Aosta -Vallée d'Aoste	104	1196	1046	8.65
3 Lombardia	6717	1416	1243	28.48
4 Trentino A. A.	644	1537	1331	38.98
5 Veneto	3570	1332	1164	18.82
6 Friuli V.G.	1030	1175	1055	13.01
7 Liguria	1032	1559	1048	12.31
8 Emilia Romagna	3302	1274	1127	18.9
9 Toscana	3101	1170	1106	13.42
10 Umbria	751	1159	1023	13.58
11 Marche	1253	1223	1084	13.33
12 Lazio	4887	1105	1008	9.13
13 Abruzzo	1096	1193	1053	15.78
14 Molise	282	1136	1019	7.8
15 Campania	4306	1345	1188	25.29
16 Puglia	3351	1215	1080	16.2
17 Basilicata	509	1164	1042	8.25
18 Calabria	1548	1293	1091	12.53
19 Sicilia	4175	1202	1063	13.63
20 Sardegna	1341	1230	1054	10.14
<b>21 ITALIA</b>	<b>46478</b>	<b>1262</b>	<b>1119</b>	<b>17.49</b>
22 Nord Ovest	11332	1376	1188	22.49
23 Nord Est	8546	1306	1149	19.67
24 Nord	19878	1346	1171	21.28
25 Centro	9992	1144	1049	18.6
20 Sud	11092	1270	1117	1.30
27 Isole	5516	1210	1061	12.78
28 Mezzogiorno	16608	1250	1099	16.67
<b>29 ITALIA</b>	<b>40372</b>	<b>1268</b>	<b>1119</b>	<b>17.49</b>

Fonte: HFA Database, giugno 2008.

HFA (Health For All) è un software fornito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità adattato alle esigenze nazionali utilizzato per l'interrogazione del database di indicatori sul sistema sanitario e sulla salute in Italia. Attualmente il database contiene 4000 indicatori, periodicamente aggiornati all'ultimo anno disponibile; inoltre vengono ampliate le serie storiche andando a ritroso nel tempo, nonché potenziata l'informazione a livello provinciale e aggiunti nuovi indicatori. È reperibile sul sito istituzionale dell'ISTAT.

Tabella 2 - Distribuzione dei MMG per classi di scelte e numero scelte per MG

Regione	MG distinti per classi di scelta												di cui Indennità Piena Disponibilità		Numero scelte per medico
	Da 1 a 50		Da 51 a 500		Da 501 a 1000		Da 1001 a 1000		Oltre 1500		Totale		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%			
Piemonte	35	1,1	324	9,3	728	21,2	1,879	54,0	500	14,4	3,479	100	1,548	44,5	1,126
Valle D'Aosta	2	1,9	17	16,3	18	17,3	58	55,8	9	8,7	104	100	-	0,0	1,046
Lombardia	24	0,4	348	5,2	1,052	15,7	3,380	50,3	1,913	28,5	6,717	100	6,529	92,7	1,243
Prov. Auton. Bolzano	-	0,0	10	4,0	23	9,2	52	20,8	165	66,0	250	100	39	15,6	1,684
Prov. Auton. Trento	13	3,3	51	12,9	55	14,0	189	48,0	86	21,8	394	100	-	0,0	1,107
Veneto	72	2,0	293	8,2	606	17,0	1,927	54,0	672	18,8	3,570	100	1,041	29,2	1,164
Friuli Venezia Giulia	27	2,6	114	11,1	253	24,6	502	48,7	134	13,0	1,030	100	905	87,9	1,055
Liguria	21	2,0	116	11,2	260	25,2	508	49,2	127	12,3	1,032	100	218	21,1	1,048
Emilia Romagna	67	2,0	318	9,6	674	20,4	1,619	49,0	624	18,9	3,302	100	2,951	89,4	1,127
Toscana	100	3,2	425	13,7	655	21,1	1,505	48,5	416	13,4	3,101	100	641	20,7	1,106
Umbria	35	4,7	112	14,9	143	19,0	359	47,8	102	13,6	751	100	418	55,7	1,023
Marche	59	4,7	136	10,9	234	18,7	657	52,4	167	13,3	1,253	100	-	0,0	1,084
Lazio	154	3,2	783	16,0	1,116	22,8	2,388	48,9	446	9,1	4,887	100	3,723	76,2	1,008
Abruzzo	27	2,5	147	13,4	235	21,4	514	46,9	173	15,8	1,096	100	781	71,3	1,053
Molise	1	0,4	32	11,3	89	31,6	138	48,9	22	7,8	282	100	177	62,8	1,019
Campania	24	0,6	364	8,5	733	17,0	2,096	48,7	1,089	25,3	4,306	100	1,637	38,0	1,188
Puglia	31	0,9	439	13,1	744	22,2	1,594	47,6	543	16,2	3,351	100	2,074	61,9	1,080
Basilicata	9	1,8	68	13,4	128	25,1	262	51,5	42	8,3	509	100	313	61,5	1,042
Calabria	10	0,6	160	10,3	375	24,2	809	52,3	194	12,5	1,548	100	414	26,7	1,091
Sicilia	70	1,7	609	14,6	901	21,6	2,026	48,5	569	13,6	4,175	100	1,209	29,0	1,063
Sardegna	15	1,1	166	12,4	338	25,2	686	51,2	136	10,1	1,341	100	562	41,9	1,054
<b>ITALIA</b>	<b>799</b>	<b>1,7</b>	<b>5,032</b>	<b>10,8</b>	<b>9,370</b>	<b>20,2</b>	<b>23,148</b>	<b>49,8</b>	<b>8,129</b>	<b>17,5</b>	<b>46,478</b>	<b>100</b>	<b>25,180</b>	<b>54,2</b>	<b>1,119</b>

Fonte: Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2006

A cura della Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, "Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere", giugno 2008

**Tabella 3 - Distribuzione dei medici di guardia medica**

<b>2006</b>					
Aree	Servizi di guardia medica	Medici titolari di guardia medica	N. medio medici di guardia medica per servizio	N. medio ore di servizio di guardia medica per servizio	N. medio ore di servizio di guardia medica per medico
1 Piemonte	134	426	3.18	7289	2293
2 Valle d'Aosta -Vallée d'Aoste	8	11	1.38	6522	4743
3 Lombardia	216	1083	5.01	7192	1436
4 Trentino A. A.	44	147	3.34	6767	2025
5 Veneto	111	714	6.43	9194	1429
6 Friuli V.G.	39	126	3.23	7053	2183
7 Liguria	54	163	3.02	5856	1940
8 Emilia Romagna	151	715	4.74	6946	1467
9 Toscana	179	807	4.51	6862	1522
10 Umbria	44	238	5.41	7167	1325
11 Marche	85	320	3.76	6177	1641
12 Lazio	117	586	5.01	7146	1427
13 Abruzzo	104	456	4.38	5856	1336
14 Molise	31	138	4.45	6105	1371
15 Campania	231	1687	7.3	11762	1611
16 Puglia	265	1022	3.86	6502	1686
17 Basilicata	139	429	3.09	5075	1644
18 Calabria	355	1171	3.3	5154	1562
19 Sicilia	499	1991	3.99	5663	1419
20 Sardegna	213	1075	5.05	5693	1128
21 ITALIA	3019	13304	4.41	6710	1523
22 Nord Ovest	412	1682	4.08	7035	1723
23 Nord Est	345	1702	4.93	7659	1552
24 Nord	757	3384	4.47	7319	1637
25 Centro	425	1951	4.59	6835	1489
20 Sud	1125	49.03	4.36	6910	1585
27 Isole	712	3066	4.32	5672	1317
28 Mezzogiorno	1837	7969	4.34	6430	1482
<b>29 ITALIA</b>	<b>3019</b>	<b>13304</b>	<b>4.41</b>	<b>6710</b>	<b>1523</b>

Fonte: Elaborazione da HFA Database, giugno 2008.

HFA (Health For All) è un software fornito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità adattato alle esigenze nazionali ed utilizzato per l'interrogazione del database di indicatori sul sistema sanitario e sulla salute in Italia. Attualmente il database contiene 4000 indicatori, periodicamente aggiornati all'ultimo anno disponibile; inoltre vengono ampliate le serie storiche andando a ritroso nel tempo, nonché potenziata l'informazione a livello provinciale e aggiunti nuovi indicatori. È reperibile sul sito istituzionale dell'ISTAT.

**Tabella 4 - Attività di Guardia Medica**

Regione	Punti di Guardia Medica	Medici Titolari		Ore Totali	Ricoveri prescritti per 100.000	Visite effettuate per 100.000
		Numero	per 100.000 abitanti			
Piemonte	134	426	10	976.746	380	13.564
Valle D'Aosta	8	11	9	52.178	769	15.338
Lombardia	216	1.082	11	1.553.488	357	9.948
Prov. Auton.Bolzano	12	66	14	66.824	-	3.883
Prov. Auton.Trento	32	81	16	230.902	1.139	20.860
Veneto	111	714	15	1.020.529	194	9.440
Friuli Venezia Giulia	39	126	10	275.056	353	11.090
Liguria	54	163	10	316.202	461	7.559
Emilia Romagna	151	715	17	1.048.920	171	15.798
Toscana	179	807	22	1.228.284	358	17.170
Umbria	44	238	27	315.353	192	19.593
Marche	85	320	21	525.069	381	20.896
Lazio	117	586	11	836.095	123	3.210
Abruzzo	104	456	35	609.022	449	19.666
Molise	31	138	43	189.256	436	17.625
Campania	231	1.687	29	2.716.957	444	19.479
Puglia	265	1.022	25	1.722.966	299	24.077
Basilicata	139	429	72	705.456	562	20.721
Calabria	355	1.171	58	1.829.531	496	44.173
Sicilia	499	1.991	40	2.825.665	389	39.355
Sardegna	213	1.075	65	1.212.618	874	28.319
<b>ITALIA</b>	<b>3.019</b>	<b>13.304</b>	<b>23</b>	<b>20.257.117</b>	<b>351</b>	<b>17.350</b>

Fonte: *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2006*

A cura della Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, "Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere", giugno 2008



### 5.3 L'Assistenza distrettuale

## Il ruolo della Pediatria di Libera Scelta

**Giuseppe Mele, Maria Concetta Mazzeo**

#### **La pediatria di famiglia: quando e come nasce**

Alla base della nascita, della crescita e del successo dell'assistenza pediatrica territoriale italiana (definita, in successione, Pediatria di Base, Pediatria di Libera Scelta, Pediatria di Famiglia) stanno sia l'evoluzione internazionale del concetto di salute, sia un'intuizione tutta italiana, anzi locale, e precisamente torinese.

A Torino, nei primi anni '60, l'ingegner Vittorio Valletta, presidente FIAT, intuì che per far aumentare la produttività dell'azienda conviene ridurre le assenze per malattia e infortuni dei dipendenti e delle loro famiglie e istituisce una mutua aziendale con cui vengono convenzionati sia i medici di famiglia che assistono i lavoratori adulti, sia i pediatri che curano i loro figli.

L'esperimento dà ottimi frutti, tanto che viene "copiato" in altre città industriali del Nord e poi in altre realtà regionali del Centro e del Sud.

Si comincia pertanto a creare una categoria di medici pediatri che ha come compito professionale quello di *tutelare la salute dei bambini "sul territorio"* (cioè, in studio medico o a domicilio) con un occhio speciale alla puericoltura, alla prevenzione e all'educazione sanitaria.

Questa categoria di pediatri decide quindi di costituire un'associazione di categoria e fonda la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) a Torino il 21 febbraio 1971.

Quasi contemporaneamente comincia a emergere a livello mondiale un nuovo concetto di salute, che nasce dal miglioramento delle condizioni igieniche e sanitarie e dal progresso medico continuo.

Come già ricordato nella introduzione del presente testo, nel 1978, in occasione del 30° anniversario della cosiddetta "Dichiarazione di Alma-Ata", sottoscritta tra il 6 e il 12 settembre 1978 in questa città, attuale capitale della Repubblica del Kazakistan, furono convocati 134 Paesi dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per discutere e definire il ruolo della Primary Health Care. Si riteneva essenziale tale tematica per il raggiungimento della Salute per tutti nell'anno 2000, un traguardo di ambizioni e di speranze considerato fondamentale dall'OMS, in coerenza con il

preambolo alla propria Costituzione. Tale documento, adottato il 22 luglio 1946, affermava i seguenti principi:

«La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solamente nella assenza di malattia o di infermità;

Il possesso del miglior stato di salute che egli è in grado di raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, quali che siano la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche e la sua condizione economica e sociale;

I Governi hanno la responsabilità della salute dei loro popoli: essi debbono provvedervi assumendo le misure sanitarie e sociali appropriate».

Pertanto, la Dichiarazione Internazionale OMS di Alma Ata conia una nuova definizione di **salute** intesa non solo come assenza di malattia, ma anche e soprattutto come benessere psicofisico individuale e sociale, tale da consentire il pieno sviluppo di tutte le potenzialità umane. In quello stesso anno, in Italia, viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833), che ha alla base i principi e gli obiettivi condivisi universalmente ad Alma Ata.

Viene sancito il principio della **tutela globale della salute dell'infanzia**, fino al termine dell'età evolutiva, attraverso l'opera di un medico specificatamente formato per rispondere alle esigenze assistenziali (diagnosi e cura, prevenzione ed educazione sanitaria) del bambino a livello territoriale extraospedaliero: nasce così la figura professionale del **pediatra di libera scelta**.

Nel 1979, accanto alla Convenzione Nazionale per la medicina generale viene istituita per la prima volta un'apposita Convenzione Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta, fortemente legata alla prima, ma autonoma e dotata di specifiche competenze assistenziali, operativamente configurata nell'Area Pediatrica (Società Italiana di Pediatria, 1979).

Questa nuova visione sanitaria viene confermata e ulteriormente rafforzata dalla Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia dell'UNICEF (approvata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 20 novembre 1989, e poi ratificata anche dallo Stato Italiano con Legge 176 del 27/5/1991) che sancisce il diritto dell'infanzia (cioè dei minori tra 0 e 18 anni) a una serie di tutele sociali e civili tra cui, in posizione preminente, il diritto alla salute, con particolare riferimento alle cure di base.

Dalla prima Convenzione sono passati quasi 30 anni, sono state rinnovate altre 8 Convenzioni Nazionali (l'ultima il 27/5/2009), i pediatri di libera scelta sono cresciuti in numero (da poche centinaia a circa 8000), l'età di assistenza pediatrica si è allungata da 12 a 16 anni (tabella 1), il numero di bambini assistiti è cresciuto tanto da coprire la gran parte della popolazione infantile italiana. I dati dell'Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale permettono di visualizzare nella tabella 1 dell'allegato la distribuzione regionale dei pediatri di libera scelta. Nella tabella 2 dello stesso allegato si fa riferimento invece alla distribuzione dei pediatri di libera scelta in forma associata.

**Tabella 1 - Età di competenza assistenziale del pediatra di famiglia**

Periodo contrattuale	Età di competenza (anni)
1978-1981	0-12 non esclusiva <sup>1</sup>
1981-1984	0-6 esclusiva <sup>2</sup>
1987-1990	6-12 non esclusiva – 0-6 esclusiva – 6-14 non esclusiva
1996-2000-2005	0-6 esclusiva – 6-14 non esclusiva – 14-16 opzionale <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Scelta attribuibile al pediatra di famiglia o al medico di medicina generale.

<sup>2</sup> Scelta attribuibile solo al pediatra di famiglia.

<sup>3</sup> Scelta mantenuta al pediatra di famiglia in casi particolari (su richiesta della famiglia e in accordo con l'ASL).

L'esperienza della pediatria di famiglia italiana è unica nel panorama sanitario dell'Europa occidentale, dove, tranne alcune eccezioni come la Spagna, l'assistenza medica di base al bambino è affidata al medico di medicina generale e dove i pediatri operano prevalentemente come specialisti di II livello o comunque relegati all'assistenza dei primissimi anni di vita del bambino. Molte nazioni stanno valutando con attenzione la possibilità di realizzare un sistema di assistenza pediatrica simile al nostro, considerate le positive ricadute sulla salute infantile, ma le attuali linee di tendenza della politica sanitaria a livello mondiale rendono difficile questa applicazione (vedi box).

**Box. Presenza del Pediatra di Famiglia (PdF) nel contesto internazionale**

**Presenza del PdF**

- **Svezia, Portogallo, Danimarca, Sud Africa, Grecia, Estonia, Irlanda, Moldavia:** non vi sono PdF;
- **Paesi Bassi, Croazia:** non vi sono PdF; si ricorre al pediatra presente in reparti specialistici su richiesta del medico di famiglia;
- **Malta:** vi sono PdF fino a 16 anni, su richiesta del medico di famiglia nel settore pubblico, completamente autonomi nel settore privato
- **Israele:** vi sono PdF che lavorano con i medici di famiglia e curano fino a 18 anni
- **Turchia:** in ospedale e nel settore privato

**Presenza di figure alternative al PdF**

- **Svezia:** infermiere di distretto per check up e vaccinazioni fino a 5 anni
- **Danimarca:** infermiere di distretto per check up; medici di famiglia effettuano le vaccinazioni

**Presenza e grado di integrazione tra MdF e PdF**

- **Croazia e Danimarca:** non esiste alcuna continuità di cura strutturata
- **Olanda:** esistono relazioni formali non strutturate
- **Sud Africa:** rapporti spesso conflittuali
- **Grecia:** vi è continuità più formale che sostanziale
- **Malta:** la continuità di cure è un problema: non esiste registrazione medico-paziente
- **Israele:** cooperazione anche nella ricerca ma differenze città/campagna
- **Turchia:** buon rapporto tra PdF e MdF

Fonte: Elaborazione Wonca 2009

Pertanto la pediatria di famiglia rimane ancora oggi una “virtuosa anomalia” della Sanità italiana, mentre esperienze analoghe sono state sviluppate nell’Europa orientale ma sono attualmente in fase di ripensamento.

Anche la pediatria di famiglia, però, risente dell’evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) che vede profonde modifiche strutturali culminate nei D.lgs 502/92, 517/93 e 229/99. Vengono introdotti prima i **Livelli Uniformi di Assistenza**, infine i **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** collegati a ben definite risorse; vengono affidate alle regioni sia l’organizzazione dell’assistenza sia la contrattazione di molti aspetti economico-normativi della medicina del territorio; vengono istituite le Aziende ASL (al posto delle USSL) quali strumenti regionali per l’erogazione dei LEA. Più recentemente con l’introduzione di concetti quali *budget e governo clinico*, la pediatria di famiglia si evolve e, accanto alla tradizionale funzione assistenziale globale in favore dei bambini, deve sempre più farsi carico degli aspetti legati all’efficacia e all’appropriatezza degli interventi, oltreché dell’adeguamento degli standard organizzativi e al raggiungimento di una migliore continuità assistenziale.

Nonostante queste inevitabili evoluzioni economicistiche dell’organizzazione sanitaria nazionale, il ruolo e i compiti del pediatra di famiglia rimangono aderenti al suo mandato originale. Egli è ancora oggi quel professionista che interpreta meglio di ogni altro sanitario il moderno concetto di **medicina della salute** (come richiesto dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005), in contrapposizione alla vecchia e obsoleta **medicina della malattia**. Si è passati, infatti, da una “medicina di opportunità” o da una “medicina d’attesa”, nella quale il medico interviene solo dopo che il singolo individuo ha subito un evento morboso, cercando di ristabilire il suo stato di salute, a una “medicina di iniziativa” per cui l’intervento del medico è finalizzato a prevenire o a intercettare gli eventi morbosi attraverso un’azione sul singolo, ma anche e soprattutto sulla collettività; una medicina della salute intesa come intervento sanitario che si propone spontaneamente sul territorio, andando incontro anche ai bisogni di salute non espressi dal paziente e dalla sua famiglia.

### La pediatria di famiglia: quale realtà oggi?

Negli anni si è definita una nuova figura del pediatra di famiglia (PdF) con una *mission* ben precisa, di assistenza “globale” al suo piccolo paziente, sia nel momento della malattia acuta o cronica che nel percorso costante di prevenzione ed educazione alla salute, che coinvolge anche il nucleo familiare e la comunità sociale in cui il minore è inserito, nell’ambito del rapporto convenzionale con il SSN.

I compiti principali del PdF, direttamente discendenti dall’Accordo Collettivo Nazionale con il SSN sono sintetizzati nella tabella 2.

---

**Tabella 2 - Compiti del pediatra di famiglia (modificato da *La mission del pediatra di famiglia*)**

---

Il pediatra di famiglia convenzionato con il SSN nell'ambito delle conoscenze professionali, delle tecnologie disponibili e nei limiti delle risorse e del contesto in cui opera, attraverso il rapporto con i bambini, genitori e comunità:

- svolge attività medico specialistica di assistenza (diagnosi, terapia e riabilitazione) nei confronti di bambini e adolescenti affetti da patologia acuta e cronica anche attraverso:
    - attività di self-help diagnostico all'interno dello studio pediatrico;
    - specifici programmi di assistenza programmata ambulatoriale e domiciliare;
    - informatizzazione dello studio pediatrico;
    - supporto di personale infermieristico e di segreteria;
    - forme di lavoro associato, di gruppo o in rete;
  - garantisce attività di prevenzione, educazione sanitaria e di promozione della salute con attenzione allo sviluppo fisico, psichico, relazionale, cognitivo del bambino e adolescente anche attraverso:
    - appositi "bilanci di salute" a età filtro da 0 a 14 anni;
    - screening neurosensoriali e individuazione precoce dei fattori di rischio prevalenti nelle diverse età;
    - promozione attiva ed eventuale esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative;
  - promuove e realizza (anche in collaborazione con ASL, ospedali e università):
    - attività di ricerca clinica sul territorio;
    - programmi di aggiornamento e formazione professionale;
    - attività didattica nei confronti di personale sanitario, di medici e specialisti in formazione;
    - programmi di miglioramento continuo della qualità.
- 

Come si può ben capire, tale "mandato assistenziale" non solo pone lo specialista pediatra che lavora sul territorio come punto di riferimento per ciò che concerne tutta la sfera della salute psicofisica (dalla prevenzione alla cura e riabilitazione) ma lo impegna anche culturalmente in uno sforzo continuo di aggiornamento, ricerca, tutoraggio, docenza, affinché le conoscenze di base possano divenire "vere competenze qualificate" in ogni ramo dell'intervento sanitario.

Dunque, l'attuale PdF, così come si va delineando nel panorama dell'Assistenza Primaria, assume caratteristiche peculiari che lo rendono unico in quanto possessore di quelle "competenze qualificate", con approcci e specificità d'intervento peculiari per ogni fase cronologica.

**Prevenzione ed educazione** sono allora due parole chiave nell'attività quotidiana del PdF, in quanto grazie al "pediatra educatore" si punta a ottenere una

coscienza sanitaria consona all'epoca di sviluppo psicofisico del bambino (quindi rivolta alla sua famiglia), nonché del giovane adolescente; con il ruolo preventivo del pediatra "*antenna sociale*" si cerca di contrastare tanto gli effetti di quei comportamenti familiari "a rischio" per i più piccoli, quanto quelli propri degli adolescenti così frequenti ed estremamente contagiosi tra i teenager, sviluppando sempre più un'azione pedagogica diretta sugli adolescenti e una funzione di "ponte radio" verso la famiglia.

Figura unica, in quanto ogni singolo Pediatra che si occupa di Assistenza Primaria, lavorando sul territorio, non prende in carico un "assistito" ma per l'appunto una "famiglia"; perché dietro ad ogni bambino o ad ogni adolescente che varca la soglia dello studio c'è sempre la "sua famiglia", il suo vissuto quotidiano, carico delle ansie dei suoi genitori (e dei nonni), impregnato delle gioie e dei problemi che giornalmente ciascuno di noi vive.

Se si considera poi che viviamo in un momento storico in cui è palpabile il continuo aumento del senso di insicurezza delle famiglie, ecco che la figura del pediatra assume un ruolo ben preciso: quello del medico di "fiducia", la persona a cui confidare non solo i problemi di salute fisica ma l'esperto a cui chiedere consigli, il "confidente" capace di ascoltare e mediare tra tutte le figure che si occupano di quel bambino o di quell'adolescente.

Il Pdf deve essere quindi un professionista capace di una buona e valida comunicazione che segue tanto i canoni della comunicazione verbale, quanto quelli della comunicazione non verbale, fatta di gestualità, di atteggiamenti, di partecipazione. Un pediatra capace di ascoltare e disponibile al dialogo con sincerità, pazienza, chiarezza, lealtà e rispetto, capace di rimodulare nel tempo un rapporto iniziato con i genitori di quel neonato, quindi con il bambino stesso e, infine, con l'adolescente.

L'azione del Pdf ha dunque due valenze principali entrambe importantissime e strettamente embricate tra loro: quella clinica e quella relazionale.

Proprio per esplicare al meglio queste attività, si è messo a punto uno strumento che, a fronte di importanti contenuti clinici, porta a un proficuo momento di scambio di conoscenze umane e sanitarie, di forte arricchimento reciproco: i **bilanci di salute**.

Si tratta di una serie di "*visite a età filtro*" (almeno sei tra la nascita e i 14 anni) previste dagli accordi stipulati nelle diverse regioni, utili a intercettare i principali problemi di salute nelle varie fasi dell'età evolutiva allo scopo di attuare un tempestivo e, se possibile, risolutivo intervento terapeutico, oltretutto fornire importanti consigli di educazione alla salute, rinsaldando ogni volta di più il rapporto di fiducia tra pediatra e famiglia.

I **bilanci di salute**, ormai entrati nella pratica ambulatoriale, anche grazie al Progetto Salute-Infanzia promosso dalla Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), rappresentano un razionale strumento di verifica dell'andamento della crescita e

della salute (benessere fisico, mentale e sociale) dei bambini (tabella 3) e consentono, anche, un approccio di giudizio sull'attenzione che i genitori dedicano ai figli.

**Tabella 3 - Piano dei bilanci di salute**

Esempio della Regione Lombardia		Esempi di altre regioni	
Prima Infanzia	Primi 45 giorni Mesi 2-3	<b>Anche preadolescenza-adolescenza Assistiti dal pediatra di famiglia</b>	
	Mesi 4-6 Mesi 7-9	Abruzzo, Molise, Veneto Sicilia*	10-12 anni
	Mesi 10-12 Mesi 15-18 Mesi 24-36	Calabria, Basilicata, Campania, Lazio, Liguria, Veneto, Piemonte Età prescolare-scolare	13-14 anni
	36 mesi 5-6 mesi		

\*Unitamente a compilazione di scheda sanitaria di passaggio al medico di medicina generale.

Fonte: Elaborazione da Mannello R. (2004) e Bertelloni S, De Luca G. (2004).

Il bilancio di salute rappresenta un momento ideale per poter effettuare, direttamente sulla famiglia, interventi mirati di prevenzione, promozione ed educazione alla salute volti non solamente ad aumentare il livello di salute del singolo, ma anche all'utilizzo razionale e appropriato dei servizi sanitari (ricorso appropriato al PdF, riduzione degli accessi impropri alle strutture di 2° livello e di emergenza, risparmio appropriato nell'uso di farmaci).

Una parte fondamentale dei bilanci di salute è dedicata **all'informazione corretta** e alla **promozione attiva delle vaccinazioni infantili obbligatorie** e raccomandate, strumenti preziosi per la prevenzione di mortalità e morbilità evitabili e per la promozione del progresso sanitario e sociale

Il PdF si trova in posizione privilegiata per illustrare ai propri pazienti e ai loro genitori il valore delle vecchie e nuove vaccinazioni per l'infanzia (tra le ultime citiamo: antipneumococcica, antimeningococcica, antivaricella, anti-rotavirus, antipapillomavirus) e anche, in casi di campagne o programmi vaccinali concordati con l'ASL o la Regione, per somministrare i vaccini stessi.

Le **coperture vaccinali** in Italia sono presentate nella tabella 4.

Una riduzione della mortalità infantile (mortalità, occorrente nei primi 12 mesi di vita) si è realizzata nel nostro Paese con ritmo rapido, soddisfacente al confronto con quello proprio degli altri Paesi dell'Unione Europea. Le "cause di morte", relativamente al quinquennio 1998-2002, sono riportate nella tabella 5 unitamente alla distribuzione di esse per area geografica. In particolare segnaliamo essersi anche sensibilmente ridotta (tra 3 e 4 volte nei Paesi industrializzati) la prevalenza della SIDS (la "morte inaspettata", peculiare del piccolo lattante).

**Tabella 4 - Coperture vaccinali tra 12 e 24 mesi\***

	<b>Italia (media)</b>	<b>minima</b>	<b>Massima</b>
Polio	95,7	88,6 (PA Bolzano)	99,5 (Puglia)
DT	95,8	88,6 (PA Bolzano)	99,5 (Puglia)
Pertosse	95,2	88,6 (PA Bolzano)	99,1 (Puglia)
HBV	95,5	88,6 (PA Bolzano)	99,5 (Puglia)
Hib	87,0	64,3 (Calabria)	97,6 (Basilicata)
MPR	66,0	43,3 (Calabria)	75,3 (Basilicata)
Morbillo =16	76,9	54,9 (Calabria)	89,6 (Toscana)

\*Valori in percentuale; da ICONA 2003 (ISS), limitatamente ai dati nazionali (media) e regionali (copertura minima e massima)

**Tabella 5 - Morti nel primo anno di vita per gruppo di cause\***

<b>Anni</b>	<b>Malattie infettive e parassitarie</b>	<b>Malattie apparato respiratorio</b>	<b>Malformazioni congenite</b>	<b>Condizioni morbose di origine perinatale</b>	<b>Altre cause</b>	<b>Totale</b>
<b>Quozienti per 1000 nati vivi sul totale (maschi e femmine)</b>						
1998		0,1	1,7	3,0	0,7	5,4
1999		0,1	1,4	3,0	0,7	5,2
2000		0,1	1,4	2,5	0,6	4,5
2001		0,1	1,4	2,6	0,6	4,7
2002		0,1	1,3	2,4	0,5	4,4
<b>Quozienti per 1000 nati vivi (distribuzione per area geografica, 2002)**</b>						
Italia	0,1	1,3	2,4	0,5	4,4	
Nord	0,1	1,1	2,0	0,6	3,7	
Centro	0,1	1,4	1,9	0,5	4,0	
Mezzogiorno	0,1	1,5	3,1	0,5	5,3	

\*Anni 1998-2002; si riportano unicamente i "quozienti" tralasciando i "valori assoluti"

\*\*Nel 2003 vengono riportati i quozienti che seguono; totale Italia 4,0; Nord 3,5; Centro 4,0; Mezzogiorno 4,4.

Fonte: Annuario Statistico Italiano ISTAT 2005, cap., 3 Sanità e Salute.

La tabella 6 riguarda la distribuzione dei decessi e il tasso di mortalità (per 1.000 abitanti) nel primo anno di vita relativo agli anni 1990, 1995, 2000, 2005, mentre il grafico I descrive la composizione percentuale dei decessi nel primo anno di vita relativa agli anni 1990-2005.

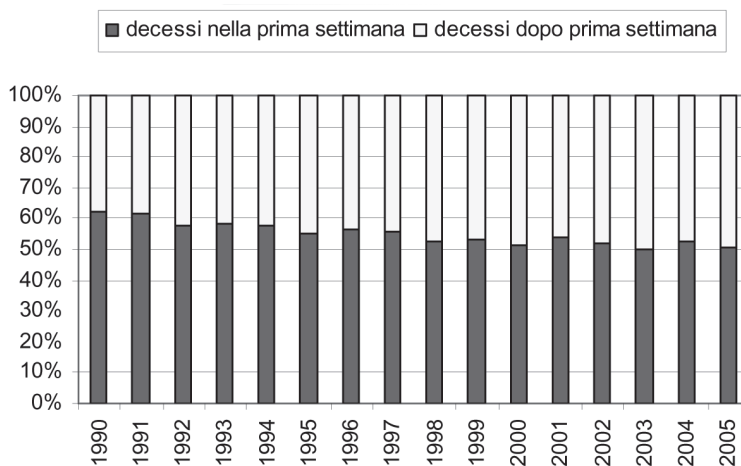


**Tabella 6 - Decessi e tasso di mortalità (per 1.000) nel primo anno di vita**

	Totale		Maschi		Femmine	
	decessi	tasso	decessi	tasso	decessi	tasso
1990	4.654	8,2	2.663	9,1	1.991	7,2
1995	3.257	6,1	1.887	6,9	1.370	5,3
2000	2.429	4,3	1.325	4,5	1.104	4,0
2005	2.108	3,7	1.169	4,0	939	3,4

Fonte: Istat, indagine sulle cause di morte

**Grafico I - Composizione percentuale dei decessi nel primo anno di vita - Anni 1990-2005**



Fonte: Istat, indagine sulle cause di morte

Nella tabella 7 vengono descritti i compiti del pediatra di famiglia rispetto alle esigenze di “care” del lattante.

Il bilancio di salute si configura, inoltre, come elemento essenziale per la lettura dello stato di salute di tutta la popolazione (con l’individuazione di tutte le maggiori problematiche dell’età infantile), utile per valutare i processi assistenziali e come elemento determinante del percorso assistenziale a livello territoriale locale (ASL, Distretto).

Un tale programma di prevenzione, fornendo adeguate informazioni agli assistiti, miranti a modificare le loro abitudini alimentari e il loro stile di vita, potrebbe inoltre contribuire a prevenire le cosiddette *killer diseases*, cioè le malattie cardiovascolari,

ipertensione, obesità, neoplasie polmonari, consentendo, in prospettiva, anche un risparmio della spesa sanitaria totale.

---

**Tabella 7 - Esigenze di “care” del lattante: i compiti del pediatra di famiglia**

---

- corretto allattamento, con estremo incoraggiamento di quello al seno;
  - protezione contro il fumo passivo e contro l'eccesso di calore in culla;
  - posizione supina nel sonno (questa, con le due accreditate protezioni precedenti, in prevenzione della SIDS, sindrome della morte improvvisa del lattante);
  - corretta esposizione all'aria aperta e al sole;
  - preparazione etica e culturale dei genitori alle profilassi vaccinali (da presentare come un vero e proprio “diritto” del lattante/bambino - quale che sia o che sarà, nelle varie regioni, l'approccio per scelta o ancora quello obbligatorio a esse - alla protezione della salute contro malattie infettive potenzialmente gravi);
  - prevenzione di avvelenamenti e incidenti domestici (e non);
  - corretta programmazione del divezzamento (e poi dell'alimentazione più in generale).
- 

Un aspetto importante è costituito dal fatto che attraverso i bilanci di salute si possono raggiungere precocemente e identificare soggetti ad alto rischio di marginalità sociale. Proprio a tale proposito non si può non citare, purtroppo ancora come occasione persa, quanto meno mai realizzata rispetto alle significative potenzialità che potrebbe esprimere, la riqualificazione del ruolo dei consultori.

Da tempo il mondo pediatrico, e gli studiosi di politiche sanitarie e di sanità pubblica, hanno tentato di sottolineare con forza la necessità di riscattare ed investire su questa “occasione persa”, cioè sul corretto utilizzo di uno strumento che comprende nella propria dotazione organica personale multidisciplinare che agisce in team, capillarmente diffuso nel territorio, che però da sempre è riuscito a realizzare solo in sporadiche situazioni di eccellenza la propria mission di “out-reaching” cioè di ricerca attiva e proattiva delle situazioni di esposizione e rischio da prevenire, non attendendo la comparsa del “problema” .

Pertanto a tutt'oggi si deve riconoscere che questa forma italiana originale e antesignana della medicina di iniziativa, non avendo potuto trovare espressione al proprio vero ruolo, rappresenta spesso solo una duplicazione di offerta di prestazioni e servizi, nell'ambito del bisognoso settore materno-infantile.

A testimonianza delle richieste da tempo avanzate in tal senso, tra gli studi, approfondimenti, documenti di sintesi di commissioni ministeriali, si ricorda il lavoro “Proposta di riqualificazione dei consultori familiari” (Grandolfo, Mazzeo) elaborato a cura di un sottogruppo della commissione di studio “Assistenza alla gravidanza, parto e periodo perinatale”, istituita con D.M. nel maggio 1995 con il compito di individuare iniziative per le problematiche emergenti nel settore attinente alla

tutela della salute materno-infantile, con particolare riguardo alla gravidanza, al parto e al periodo perinatale.

Si è ritenuto opportuno ricordare questo problema per raccomandare e stimolare le istituzioni a voler riprendere in esame la possibilità di riconsiderare il problema e valutare le azioni da attivare per ripensare e qualificare il ruolo del consultorio che, a parere di chi scrive, potrà rivestire un importante e strategico punto di snodo territoriale di Assistenza Primaria, secondo i dettami della medicina di iniziativa.

L'attenzione ai problemi di marginalità sociale e l'atteggiamento di medicina di iniziativa rappresentano nella pediatria di oggi una necessità particolarmente rilevante, di fronte a nuove, o, ormai, quasi nuove realtà che caratterizzano la nostra società, come nel caso dei bambini immigrati, specie se provenienti da famiglie in difficoltà, quindi a rischio di scarsa cultura sanitaria e di prevenzione, spesso con un rapporto instabile rispetto all'accesso ai servizi sanitari dedicati, ma che il pediatra di famiglia informa ed educa fin dalla presa in carico del neonato.

Il pediatra di famiglia rappresenta, dunque, una figura socio-sanitaria di estremo valore in un Paese come il nostro, ormai così variegato per situazioni socio-ambientali e composizione etnica della popolazione (ben 190 diverse etnie sono presenti in Italia, con 80 diverse lingue e 18 diverse religioni). Rispetto al tema della immigrazione e delle relative ricadute in ambito di assistenza pediatrica, è bene tener conto di una serie di dati significativi a riguardo: i permessi di soggiorno sono passati da 1.022.896 dell'1/1/1998 a 2.227.567 dell'1/1/2004 (tabella 8). Nelle tabelle 9 e 10 vengono illustrati i dati relativi alla popolazione infantile-adolescenziale straniera residente in Italia. Alla fine del 1999 i **bambini stranieri** in Italia erano 165.000, già alla fine del 2004: 500.000 circa (triplicati); e l'incremento continua. È comunque cospicua, sul totale degli stranieri, la fascia di età 0-17 anni (tabella 10).

Nella delicatezza dell'approccio a questa nuova realtà, i problemi di comunicazione richiedono spesso l'intervento di mediatori culturali e comportano duttilità di approccio dialogico nell'intento di facilitare la comprensione degli argomenti trattati, preliminare al recepimento del messaggio trasmesso. Si assiste all'emergenza di pratiche, come quella dell'infibulazione dei genitali femminili, che, con i principi della cultura occidentale e i diritti del bambino stridono, richiedendo maggiore attenzione e innovative modalità di approccio e risoluzione. Vi è la necessità di un'opera di educazione alla salute in quanto larghe fasce di famiglie rimangono insufficientemente edotte sulla corretta assistenza ai più piccoli.

**Tabella 8 - I permessi di soggiorno in Italia\***

Nord	1.296.241
Centro	618.645
Mezzogiorno	312.681
<b>Italia</b>	<b>2.227.567**</b>

\*Dati all'1 gennaio 2004, modificata da referenza 12

\*\*1.022.896 all'1 gennaio 1998

**Tabella 9 - Bambini immigrati in Italia**

Nati da genitori stranieri			Ricongiungimenti familiari	
1985	5.500	(0.9%)		
1990	11.500	(2%)	1990	2.000
1994	20.000	(3.8%)	1995	12.500
2000	25.900	(4.8%)	2000	23.000
2002	32.800	(6.1%)	2002	25.500
2004	48.000	(8.6%)	2004	29.000
2005	51.000	(8.8%)	2005	31.000

Tra parentesi le percentuali dei nati da genitori stranieri sul totale delle nascite in Italia, da Dossier Statistico Immigrazione della Caritas

**Tabella 10 - Popolazione straniera residente per classi di età**

Classi di età	21.10.2001*	1.1.2003	1.1.2004	1.1.2005	1.1.2006
Valori assoluti: totale e classe di età 0-17 anni					
Totale	1.134.889	1.549.373	1.990.159	2.402.157	2.670.514
0-17 anni	284.224	353.546	413.293	503.034	587.513
Incidenza % sulla popolazione totale					
0-17 anni	2.9	3.6	4.2	5.0	5.9
18-39 anni	3.8	4.5	5.9	7.1	7.7
40-64 anni	1.7	1.9	2.5	3.0	3.4
65 anni e più	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5
Totale	2.3	2.7	3.4	4.1	4.5

\*21 ottobre 2001 (Censimento della popolazione); 1 gennaio 2003, 2004, 2005, 2006

Alla professionalità e sensibilità del Pediatra di Famiglia, soprattutto, ma anche di ogni altro personale di assistenza, spetta armonizzare problematiche, bisogni e attese di accudimento nei confronti dei bambini adottivi o immigrati. Si tratta di una nuova, emergente realtà sociale con cui il pediatra e il personale medico vengono a cimentarsi ormai nel quotidiano e, naturalmente, anche ben oltre l'età del lattante.

In realtà, come prima accennato, questi nuovi compiti del Pediatra di Famiglia risultano sempre meno "nuovi", essendo rispetto all'accezione di novità ormai consolidati nel tempo, visto che già nel 1991, nel corso del congresso congiunto della SIP e di numerose società scientifiche pediatriche tenuto a Bologna (15-18 ottobre 1991), l'allora Presidente della SIP, Professor Salvio, alla chiusura della Tavola Rotonda "Una nuova emergenza: il bambino extracomunitario. Assistenza e prevenzione" decise di istituire in seno alla SIP il "Gruppo di Lavoro Nazionale per il

Bambino Immigrato” (GNBI), nominando come primo presidente del Gruppo il Professor Guzzanti. Il GNBI tuttora esiste, avvalendosi della attiva collaborazione di vari centri universitari, ospedalieri ed extraospedalieri di tutto il territorio nazionale con obiettivi di studio, ricerca e proposta di concreti interventi di politica sanitaria, avvalendosi di contatti con le istituzioni e della collaborazione con analoghi gruppi attivi e interessati a tali problematiche.

Con l'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione infantile e con la necessità di razionalizzare gli interventi sanitari, altri strumenti assistenziali sono emersi nell'area professionale del pediatra di famiglia e si stanno affermando come preziose opportunità per aumentare le competenze mediche del pediatra e per rafforzare ulteriormente il rapporto di fiducia con i suoi assistiti.

Sul versante della patologia acuta o ricorrente che, seppur sempre meglio controllata dalle nuove possibilità diagnostico-terapeutiche, crea sempre preoccupazioni e ansia nelle famiglie, la pediatria di famiglia ha sviluppato un'area di intervento professionale definita **self-help diagnostico ambulatoriale**.

Il self-help diagnostico (tabella 11) può essere definito come l'esecuzione ambulatoriale di semplici accertamenti diagnostici di 1° livello che oggi, grazie al progresso tecnologico, possono essere eseguiti all'interno di uno studio medico, e che servono di supporto all'esame clinico del bambino, al fine di identificare cause

**Tabella 11 - Prestazioni di self-help diagnostico\***

1. Conta leucocitaria (con microscopio e camera di Burker)	21. Colesterolo
2. Esame microscopico urine (con microscopio e camera di Burker)	22. Trigliceridi
3. PCR	23. IgE
4. Micro VES	24. Podoscopia
5. Agglutinine a frigore	25. Test per cecità colori
6. Ricerca SBEGA	26. Cover Test
7. Prelievo di sangue capillare	27. Tavole optometriche
8. Prelievo di sangue venoso	28. Riflesso rosso
9. Prelievo microbiologico	29. Test rapido per influenza
10. Test alla luce di Wood	30. Test rapido per rotavirus
11. Prick test	31. Test rapido per adenovirus
12. Otoscopia pneumatica	32. Test rapido per mononucleosi infettiva
13. Impedenzometria	33. Pulsiossimetria
14. Audiometria tonale	34. Ecg
15. Scoliometria	35. Ecografie anche
16. Spirometria	36. Ecografie addome
17. Terapia aerosolica	37. Ecografie cute e sottocutaneo
18. Urine completo (stick)	38. Test di Denver
19. Urinocultura	39. Screening per autismo (CHAT)
20. Emocromo	40. PICS-IV (diagnosi dei disturbi dirompenti del comportamento)
	41. Attività collegata al DMS IV

\*Di norma eseguibili nell'ambito di Accordi regionali, allegato CACN Pediatria di libera scelta 15.12.2005

e/o entità della patologia in atto e definirne con efficacia e appropriatezza il percorso terapeutico.

Grazie a queste nuove possibilità diagnostiche il PdF può aumentare le proprie competenze assistenziali globali, garantire una diagnosi più precisa e una definizione più accurata della terapia, evitando il ricorso al Pronto Soccorso o ad accertamenti esterni più scomodi e antieconomici per il paziente e - specie per le patologie infettive - terapie antibiotiche inutili e costose per il SSN.

Il self-help diagnostico permette, inoltre, di mantenere il percorso assistenziale all'interno dello studio medico del PdF, rinforzando il rapporto di fiducia medico-assistito.

Un altro prezioso strumento oggi a disposizione del PdF per gestire con maggiore competenza la sua attività professionale è il progetto di **Assistenza Programmata Ambulatoriale (APA) rivolto al paziente affetto da patologia cronica**.

Nell'ambito della patologia pediatrica si registra un aumento progressivo della patologia cronica o a rischio di cronicizzazione dovuta alla sopravvivenza di bambini affetti da malattie un tempo non curabili (gravi prematurità, gravi malattie infettive, malattie oncologiche ecc.) ma spesso gravati da reliquati o disabilità. Inoltre, anche gli attuali stili di vita nonché le problematiche ambientali stanno portando a un aumento di forme morbose a rischio di evoluzione in malattie cronicodegenerative (obesità, asma). Queste condizioni croniche necessitano ovviamente di un approccio multidisciplinare, vista la complessità degli interventi assistenziali necessari (clinici, riabilitativi, psicosociali); il PdF ha un ruolo determinante nel garantire il coordinamento delle prestazioni, per affrontare le patologie acute intercorrenti e per mantenere il rapporto relazionale con la famiglia e sostenerla nei momenti di difficoltà assistenziale.

Il PdF, mutuando dall'istituto dei bilanci di salute del bambino sano il concetto di *continuità dell'assistenza* e di *monitoraggio dinamico delle condizioni cliniche globali*, ha strutturato anche per il soggetto affetto da "cronicità" un percorso di assistenza personalizzato che coordina i vari interventi terapeutico-riabilitativi e svolge nel tempo un'azione continua di prevenzione secondaria e di educazione sanitaria in favore del bambino e della sua famiglia.

Per alcune patologie croniche (obesità, asma, celiachia), il PdF potrà avere un ruolo più attivo e diretto riducendo il numero degli interventi specialistici (e, quindi, i relativi costi e disagi) e assumendosi in prima persona la gestione del paziente.

## **Ambiti di integrazione assistenziale e professionale da implementare e promuovere**

Prima di concludere il presente capitolo, è particolarmente significativo sottolineare che la pediatria territoriale, così come descritta nella sua attualità ed evoluzione, dovrà necessariamente prevedere ambiti di integrazione, intesa come collabora-

zione operativa, formazione e ricerca integrata, specie nei seguenti settori organizzativi:

- Pediatria Territoriale e Pediatria Ospedaliera;
- Pediatria Territoriale e medicina generale;
- Pediatria Territoriale e Continuità Assistenziale.

### **Pediatria in Assistenza Primaria e pediatria ospedaliera**

L'analisi del ruolo della Pediatria di Famiglia e del suo specifico compito nella realizzazione di obiettivi di Assistenza Primaria deve necessariamente tener conto delle dinamiche che ormai da tempo caratterizzano l'Area Pediatrica in ambito ospedaliero.

In effetti, hanno delle chiare conseguenze assistenziali sia la evoluzione demografica, già illustrata all'inizio del presente capitolo, per cui ad una progressiva denatalità, quasi specifica del nostro Paese, si è affiancata una altrettanto progressiva, significativa e numerosa presenza di nuovi nati tra le famiglie di immigrati extracomunitari, tanto da invertire le su descritte tendenze demografiche, ed espressione, specie in ambito ospedaliero, di bisogni assistenziali non sempre sovrapponibili a quelli della popolazione italiana.

Peraltro, i dati di attività relativi all'area ospedaliera pediatrica, (vedi tabelle in allegato) sembrano sottolineare che la evidente riduzione del numero di ricoveri in regime ordinario di pazienti in età pediatrica non ha ancora raggiunto quei livelli che ci si aspetterebbe dalla piena espressione di potenzialità assistenziale che potrebbe derivare dalla adozione sistematica di Day Hospital e Day Surgery per tutti quei casi che lo consentono.

L'adozione di tali modelli assistenziali troverà un ulteriore sviluppo, vista la tendenza ad orientare le scelte di politica sanitaria ormai in modo improcrastinabile verso una sempre più appropriata allocazione delle risorse, con la riduzione della dotazione di posti letto prevista dai piani di rientro di molte regioni, e comunque in applicazione dell'art. 79 comma 1-bis della Legge 6 agosto 2008, che prevede, tra l'altro, una riduzione dello standard dei posti letto e l'impegno delle regioni alla riduzione delle spese del personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Questa realtà pone delle inevitabili riflessioni sulla necessità di intensificare l'integrazione, ancora non pienamente espressa, tra pediatria ospedaliera e territoriale, perché dal lavoro integrato e coordinato dei due ambiti possano provenire delle risposte assistenziali adeguate ai problemi di salute in età pediatrica che, appropriatamente, sempre meno verranno affrontati in ambito ospedaliero, o comporteranno una sempre minore durata della degenza in ricovero ordinario.

Peraltro, occorre sottolineare che la stessa formazione pediatrica risulta fortemente orientata verso la attività ospedaliera; si ritiene pertanto necessario ed improcrastinabile conferire un diverso impulso all'orientamento verso la pediatria

territoriale, impostando programmi formativi di medicina di iniziativa, sia per i pediatri, come anche per i loro collaboratori, prime tra tutte le professioni infermieristiche.

### **Pediatria territoriale e medicina generale**

Un ambito in cui occorre promuovere ed implementare la strutturazione di una collaborazione integrata e coordinata, purtroppo a tutt'oggi di difficile realizzazione, riguarda proprio il rapporto tra PDF e MG, specie tra professionisti che hanno tra i loro assistiti membri dello stesso nucleo familiare e per quanto riguarda il passaggio di informazioni cliniche in caso di pazienti pediatriche affetti da patologie croniche.

Infatti in questo ultimo caso si assiste spesso alla interruzione di progetti aziendali al compimento del quattordicesimo anno di età; quindi, al di là del costituirsi di rapporti personali di comunicazione tra singoli professionisti, si rende necessaria la identificazione di un "minimum data set" di informazioni che assicuri il passaggio completo e sistematico dei dati più significativi relativi alla storia clinica del paziente.

Ciò consentirebbe anche ai fini della formazione e della ricerca integrata di sistematizzare l'assetto di aspetti fondamentali, quali il follow up della cronicità dall'età pediatrica all'età adulta, come anche la valutazione degli esiti degli interventi di prevenzione adottati in ambito pediatrico.

A tale proposito si sottolinea lo sforzo di varie società scientifiche e gruppi di lavoro nel tentativo di identificare indicatori specifici della integrazione professionale, che comprendano anche la capacità di descrivere la disponibilità di ogni operatore al lavoro in team, come anche la prevista ipotesi di forme associative miste.

### **Pediatria territoriale e Continuità Assistenziale**

Attualmente non è prevedibile la costituzione di una continuità assistenziale affidata ai pediatri, anche perché il numero di pediatri in forza al SSN non ne consentirebbe una adeguata copertura assistenziale.

Pertanto nelle fasce orarie e nelle giornate non garantite dalla PdF la assistenza h24 viene delegata alla medicina generale, settore Continuità assistenziale.

In attesa che scelte di politica sanitaria possano orientare il numero di specialisti pediatri previsto dalle scuole di specializzazione, adeguandolo anche a queste esigenze assistenziali, emerge la chiara necessità di integrare le competenze prevedendo una formazione pediatrica per i medici di Continuità Assistenziale, come anche idonee forme di comunicazione già delineate nei rapporti con i MMG (possesso di un minimum data set per attivare in automatico il passaggio di informazioni necessarie).



## Conclusioni

In questi ultimi 30 anni le condizioni di vita e salute dell'infanzia e dell'adolescenza nel nostro Paese hanno avuto una positiva evoluzione. Sicuramente il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, con nuove scoperte medico-scientifiche (farmaci, vaccini, diagnostica) e il progresso economico e sociale hanno contribuito fortemente alla riduzione dei tassi di mortalità e morbilità delle nuove generazioni.

Una programmazione sanitaria mirata alla tutela globale dell'infanzia e dell'adolescenza, attenta alla prevenzione e all'educazione alla salute, garantita anche sul territorio da specialisti pediatri convenzionati con il SSN, ha consentito un'assistenza medica capillare ed efficace all'infanzia, ricevendo un forte gradimento da parte delle famiglie italiane.

Questo patrimonio non va assolutamente disperso, ma va adeguato alle mutate condizioni sociali ed economiche del Paese, in cui, a fronte di una costante riduzione delle risorse complessive del sistema, la domanda di assistenza cresce e si modifica (urgenza sempre meno differibile, cronicità in aumento, bambini immigrati sempre più numerosi, disagio psicosociale degli adolescenti) implicando un impegno sempre più forte da parte della pediatria di famiglia.

Sicuramente si dovrà operare per una razionalizzazione degli interventi e un miglior coordinamento delle cure, una maggiore disponibilità assistenziale alle nuove esigenze delle famiglie e l'uso di strumenti tecnologici che consentano sia diagnosi più accurate e terapie più appropriate ed efficaci, sia il collegamento informativo tra il territorio e l'ospedale secondo quel concetto di "area pediatrica", cioè di casa culturale e professionale comune di tutti i pediatri.

Sicuramente sarà indispensabile consolidare e implementare il valore primario e fondante della pediatria di famiglia, quello cioè del rapporto di fiducia e di "alleanza terapeutica" tra il pediatra e il suo paziente (e, quindi, anche la sua famiglia) che consente nel tempo, attraverso atti medici, educativi e relazionali, di consegnare alla società un adolescente sano e con le massime potenzialità psicofisiche per affrontare la vita adulta.

In ambito sanitario pubblico, sono oramai diversi anni che l'ampliamento della domanda di salute comporta, oltre a problematiche di tipo organizzativo, anche criticità connesse alla sostenibilità finanziaria del sistema. Se da una parte è condivisibile il fatto che il SSN sia un buon sistema posto a protezione della salute collettiva e individuale, dall'altra (specialmente in questo ultimo biennio) lo Stato, ivi comprese le sue articolazioni regionali, ha avvertito la forte esigenza di realizzare alcuni importanti aggiustamenti funzionali e strutturali utili a poter far fronte ad uno scenario in continua evoluzione, anche in termini di struttura demografica e cambiamenti nella morbilità.

In questo quadro, l'Assistenza Distrettuale assume un ruolo strategico, nel quale, il modello di Assistenza Primaria (erogato dai pediatri di famiglia e dai medici di

medicina generale) risulta centrale laddove si voglia ridisegnare un sistema sanitario più funzionale e sostenibile rispetto all'attuale modello.

È questa pre-condizione, unita all'evoluzione scientifica e tecnologica, che va modificando le caratteristiche richieste all'intervento sanitario dei medici del territorio, determinando un'estrema specializzazione e diversificazione dell'offerta alla quale non ha risposto finora una sufficiente integrazione organizzativa. Da un lato, la specializzazione sulla malattia ha permesso notevoli progressi in termini di appropriatezza della risposta sanitaria mentre, dall'altro quella stessa specializzazione sta aumentando la necessità di un livello di integrazione e collegamento in rete tra i diversi attori del sistema, per fornire una risposta completa ai bisogni socio-sanitari della persona.

L'esigenza di un riequilibrio verso il territorio, quindi, spinge ad un ripensamento dei ruoli degli attori esistenti (in primis i pediatri di famiglia e i medici di medicina generale) e a valutare l'opportunità dell'istituzione di nuove figure, unità o strutture per meglio rispondere alle esigenze della popolazione: l'organizzazione a rete tra tali soggetti appare una pre-condizione necessaria al corretto funzionamento di un SSN in evoluzione, in cui l'integrazione tra l'aspetto meramente sanitario dell'assistenza e quello a carattere sociale assume un ruolo centrale per gestire le complesse problematiche legate alle cronicità e alla fragilità.

Quale spazio riveste la salute dell'infanzia all'interno delle Aziende sanitarie oggi? E che cosa vuole dire oggi "salute" per l'infanzia? Come si può costruire un servizio che affronti, partendo da storie e ottiche sanitarie e sociali diverse, i bisogni dell'infanzia e delle famiglie? Quali immagini abbiamo dell'organizzazione attuale e quali possiamo ipotizzare per il futuro? Come si può lavorare insieme alla medicina generale senza che una visione domini sull'altra?

La medicina generale è sempre più coinvolta in strategie di governo della domanda di salute, come del resto la pediatria di famiglia che, inoltre però è specificamente indirizzata verso il recupero del disagio sociale e familiare, attraverso un contatto costante con la famiglia per il sostegno della genitorialità.

Nella nostra visione del "futuro", il Distretto rappresenta la sede principale dell'integrazione, non solo dei servizi socio-sanitari, ma anche delle attività di governo territoriale proprie dell'Assistenza Primaria, in particolare quelle orientate alla pediatria territoriale. È di tutta evidenza che, in un tal quadro, le regioni, come dispone la Legge 328/2000, dovranno prevedere «incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie». In altre parole, le regioni dovranno spostare risorse ad hoc, provenienti dal polo ospedaliero, che saranno utilizzate per strutturare la rete territoriale dei servizi socio-sanitari attinenti alle cure primarie.

Del resto, il Distretto, a livello strategico, e secondo le diverse previsioni regionali, deve svolgere un proprio ruolo determinante nella elaborazione dei Piani di zona, nel rispetto degli obiettivi e dei contenuti dei Programmi della attività territoriali, partecipando alle scelte di programmazione concertata tra i diversi centri di

responsabilità, con i Comuni, gli interlocutori non profit e profit presenti tra gli erogatori di servizi, con i soggetti solidaristici e di volontariato della Comunità locale e, soprattutto con le Aggregazioni Funzionali Territoriali della pediatria di famiglia e della medicina generale.

Va inoltre sottolineata l'importanza di agire nella consapevolezza che, nel momento in cui si intraprende un percorso di riorganizzazione, è cruciale affrontare in modo coordinato tutte le componenti del sistema.

Condizione necessaria (ma non sufficiente) affinché ciò sia reso possibile è la realizzazione di presupposti che consentano a tutti i pediatri di famiglia e ai medici di medicina generale, nell'ambito dei ruoli e delle responsabilità di competenza, di esercitare il giusto livello di autonomia e d'azione nel complesso processo assistenziale che si va realizzando. A ciò si deve aggiungere un'altra condizione imprescindibile per il successo dell'operazione: il potenziamento del livello di informatizzazione e l'adozione di modalità nuove di gestione dei dati e comunicazione elettronica tra tutti i soggetti afferenti al servizio di sanità distrettuale.

### **Raccomandazioni per una appropriata evoluzione della assistenza pediatrica in Italia**

In un forum della Società Italiana di Pediatria, che si è svolto a Pisa nel 2006, con il contributo di tutte le componenti della pediatria (territoriale, ospedaliera e universitaria), i cui contenuti sono stati ripresi dalla Federazione Italiana Medici Pediatri che ha concluso i suoi lavori a Lecce nel maggio 2009, sono scaturite alcune proposte, riportate nella tabella 12.

---

#### **Tabella 12 - Proposte per la razionalizzazione dell'assistenza pediatrica in Italia**

---

- Ridimensionare la rete pediatrica ospedaliera convertendo le piccole Unità Operative in strutture di assistenza diurna di supporto all'Assistenza Primaria e chiudendo i punti nascita con meno di 500 parti/anno.
  - Trattare i codici bianchi fuori dell'ospedale, ottimizzando l'erogazione dell'AP dalle 8 alle 20 per 7 giorni alla settimana.
  - Assicurare la continuità assistenziale realizzando una rete pediatrica regionale dell'emergenza-urgenza, mediante una migliore integrazione ospedale-territorio, con il coinvolgimento del Pronto Soccorso generale e pediatrico, dei medici del servizio di continuità assistenziale e del 118.
  - Migliorare l'offerta di salute all'adolescente (Progetto Salute Adolescente).
  - Realizzare un'assistenza multisettoriale e integrata per i bambini e gli adolescenti con patologia cronica e rara, potenziando i servizi alle famiglie.
-

Queste misure dovrebbero portare a una graduale riduzione delle strutture e degli interventi tradizionalmente di tipo ospedaliero attraverso un contemporaneo potenziamento quanti-qualitativo e integrazione operativa delle attività assistenziali territoriali extraospedaliere, con particolare riguardo all'attività della pediatria di famiglia. Tali misure sono indicate nella tabella 13.

---

**Tabella 13 - Proposte per il potenziamento della pediatria territoriale**

---

- Incentivare l'integrazione funzionale e operativa tra i pediatri di famiglia promuovendo il lavoro in forma associata (pediatria di gruppo e in associazione) e chiedendo un'apertura coordinata degli studi che preveda, sul territorio di ogni singolo distretto, una copertura più efficiente e fruibile della fascia oraria compresa tra le ore 8,00 e le ore 20,00 dei giorni feriali.
  - Garantire la comunicazione, anche informatica, con il servizio di Continuità Assistenziale e promuovere una formazione ad hoc dei medici che ne fanno parte al fine di assicurare una continuità di cura, competente, durante la notte e i giorni festivi.
  - Incentivare l'utilizzo di personale ausiliario di studio sia di tipo infermieristico che amministrativo in modo da liberare i pediatri da incombenze che non richiedano espressamente l'impiego di uno specialista.
  - Incentivare la diffusione della rete informatica pediatrica in modo da consentire il passaggio in tempo reale delle informazioni cliniche riguardanti ogni singolo paziente
  - Incentivare la possibilità di realizzare, negli studi del pediatra di famiglia, interventi di osservazione breve e di piccola diagnostica di laboratorio.
-

## Riferimenti bibliografici

- Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria* 6-12 settembre 1978. Alma Ata, URSS.
- Mastrilli F, Collina D, Mazzeo MC, Guzzanti E. Il Day Hospital: aspetti funzionali e strutturali. Atti del Convegno *Bambino: progetto salute. Progressi nella terapia e nell'assistenza pediatrica. Incontri internazionali multidisciplinari sullo sviluppo '91*. Ancona, 31 maggio - 1 giugno 1991, 88-92.
- Collina D, Mastrilli F, Mazzeo MC, Guzzanti E. (Il Day Hospital): aspetto organizzativo, funzionale, gestionale. Atti del Convegno *Bambino: progetto salute. Progressi nella terapia e nell'assistenza pediatrica*. Incontri internazionali multidisciplinari sullo sviluppo '91. Ancona, 31 maggio - 1 giugno 1991, 82-87.
- Mazzeo MC, Traversa G, Mastrilli F, Collina D, Guzzanti E. Indagine conoscitiva sul Day Hospital in Italia. Atti del Convegno *Bambino: progetto salute. Progressi nella terapia e nell'assistenza pediatrica*. Incontri internazionali multidisciplinari sullo sviluppo '91. Ancona, 31 maggio - 1 giugno 1991, 93-95.
- Guzzanti E, Mazzeo MC, Mastrilli F, Collina D. Una nuova emergenza: il bambino extracomunitario. Atti del Congresso *La Pediatria nel Servizio Materno-Infantile*. Università degli Studi di Bologna. Bologna, 17-18 ottobre 1991, 229-234. Bologna, 17-18 ottobre 1991, 229-234.
- Collina D, D'Alessandro D, Magrì P, Marceca M, Mazzeo MC, Mastrilli F, Fara GM. Guzzanti E., *Bambini stranieri ed assistenza ospedaliera: l'esperienza dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma nel quadriennio 1987-1990*. L'Igiene Moderna 98, 68-75, 1992.
- Giannico S, Mastrilli F, Cicini MP, Mazzeo MC, Guccione P, Catena G, Marcelletti C, Ragonese P. *Il cateterismo cardiaco in età pediatrica eseguito in regime di day hospital*. Ital. Cardiol. 22 (Suppl. 2); 41, 1992.
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del D.lgs 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni*, 27 maggio 2009.
- Mastrobuono I, Mastrilli F, Mazzeo MC, Guzzanti E. *Nuovi modelli organizzativi per la chirurgia pediatrica: la day surgery*. Rass. It. Chir. Ped. Vol. 35, (1): 47-54, 1993.
- Guzzanti E, Mastrilli F, Mastrobuono I, Mazzeo MC. *Day Surgery: concetti e possibilità di attuazione*. Federazione Medica n. 1, 7-13, 1993.
- Guzzanti E, Mastrilli F, Mazzeo MC. *Il bambino che si ricovera: dove, quando e perché*. Numero Monografico su: *Politica Sanitaria e salute infantile*. Prospettive in Pediatria, 23, 331-335, 1993.
- Mazzeo MC, Mastrilli F, Giannantonio A, Conti E, Guzzanti E. *Assistenza sanitaria a bambini extracomunitari. Esperienza dell'Ospedale Bambino Gesù negli anni 1991/92*. Riv. Ital. Pediatr. 19/S-2; 273, 1993.
- Mastrilli F, Mastrobuono I, Mazzeo MC, Guzzanti E. *Possibilità di attuazione della Day Surgery in Pediatria*. Riv. Ital. Pediatr. 19/S-2; 135-6, 1993.
- Mastrilli F, Bernardi S, Colombo AM, Mazzeo MC, Guzzanti E. *Un modello di ospedalizzazione a domicilio per bambini con malattie a lungo decorso*. Riv. Ital. Pediatr. 19/S-2; 134-5, 1993.
- Guzzanti E, Mastrilli F, Mazzeo MC, Viviano G, Conti EM, Conte M. *Assistenza sanitaria a*

- bambini stranieri: esperienza dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma.* Riv. Ital. Pediatr. 20-114, 1994.
- Guzzanti E, Mastrilli F, Mastrobuono I, Mazzeo MC. *La via italiana alla Day Surgery.* Il Polso n.5, 33-36, 15 aprile 1994.
- Guzzanti E, Mastrilli F, Mazzeo MC, Mastrobuono I. *Pediatric bioethics: ethical principles for organization and functioning of pediatric services. Primum non nocere today: a symposium on pediatric bioethics.* Proceedings of the International Symposium on paediatric bioethics. Pavia, 26-28 May 1994.
- Guzzanti E, Mastrilli F, Mazzeo MC. *Le malattie infettive pediatriche verso il terzo millennio.* Riv. Inf. Ped. vol. 9, 1, 5-28, 1994.
- Mastrilli F, Mazzeo MC. *Misure di politica sanitaria per promuovere la salute materno-infantile in Italia.* Pediatria notizie (mensile della Società Italiana di Pediatria), n. 2, febbraio 1996, 1-6.
- Guzzanti E, Mastrilli F, Mastrobuono I, Mazzeo MC. *Day Surgery: banalisation and multiplication of surgical procedures, transfer or additional activity?* Ambulatory Surgery 4, 8, 1996, 95-97.
- Guzzanti E, Mastrobuono I, Mastrilli F, Mazzeo MC. *Day Surgery leads to hospital closure.* 2nd International Congress on Ambulatory Surgery. London, 15-18 aprile 1997.
- Bertinato L, Mazzeo M. C, Pocetta G, Magliocchetti C, Briziarelli L, Guzzanti E. *The Organisation of Health Promotion and Education in Italy.* Promotion and Education, Vol. IV/2, 19-22, 1997.
- Guzzanti E, Mastrobuono I, Mastrilli F, Mazzeo MC. *Day Surgery: evoluzione dei concetti e delle iniziative in Italia e proposte per la regolamentazione,* Ricerca sui Servizi Sanitari, n. 4, 1998.
- Progetto Obiettivo Materno-Infantile (allegato al PSN 1998-2000) cap. 3.
- Burgio GR, Notarangelo LD. *La comunicazione in Pediatria.* UTET, Milano 1999.
- Mazzeo MC, *I dipartimenti transmurali: il dipartimento materno infantile come paradigma degli aspetti organizzativi e gestionali.* Organizzazione sanitaria n.1 Gennaio-Marzo 2001.
- Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JH. *Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training,* Pediatrics 2002; 109: 788-796.
- PSN 2003-2005 parte seconda cap. 6.2.
- Burgio GR, Lo Giudice M, Marinello R. *Promoting the health of children and adolescents in Europe: the duty of pediatricians and Institutions.* Ital. J. of Pediatr. 2004; 30:19-24.
- Greco L, a cura di. *Manuale di qualità per la Pediatria di Famiglia,* Pacini Editore S.p.A., 2004.
- Vitaliti SM, Gabriele B, Corsello G. *La dimissione del neonato "a rischio".* Occhio Clinico Pediatria 2004; 2: 46-49.
- Mannello R. *I bilanci di salute nell'età evolutiva.* Occhio Clinico Pediatria 2004; 8: 280-281.
- Bertelloni S, De Luca G. *Adolescenze. I bilanci di salute nell'età evolutiva.* Occhio Clinico Pediatria 2004; 2: 52-53.
- Annuario Statistico Italiano,* ISTAT 2005; cap. 3. Sanità e salute.
- ACN per la Pediatria di Famiglia 15/12/2005* ai sensi dell'art. 8 del D.lgs 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.
- Bonati M, Campi R. *Nascere e crescere oggi in Italia.* Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2005.

- Di Mauro G, Mariniello L, Liguori R. *La storia e l'organizzazione della Pediatria di famiglia in Italia. In Elementi di Pediatria nel Territorio*, a cura di Becherucci P e Brusoni G, editor, GESTIFIMP, 2005.
- Federico G, Ruggeri S, Baroncelli G, Massart F, Galliano S, Vanacore T, Saggese G. *Il follow-up anxiologico e metabolico a lungo termine nei bambini nati piccoli per l'età gestazionale*. *Minerva Pediatr* 2005; 57 (suppl. 1): 35-36.
- Ronfani L, Macaluso A, Tamburlini G. *Rapporto sulla salute del bambino in Italia: problemi e priorità*. Milano, 25 maggio 2005. Burlo, Centro per la salute del bambino, ACR Sanità Futura Cernobbio 2005.
- Burgio GR, Lo Giudice MC. *Per un'etica delle vaccinazioni*. In *Le vaccinazioni per la pratica pediatrica* (a cura di Ugazio AG, Guarino A). Pacini Editore, Pisa 2006, 51-60.
- De Curtis M. *The new role for the paediatrician in a changing society*. *Ital J Pediatr* 2006; 32: 1-2.
- Società Italiana di Pediatria. *Quale Pediatra per quale modello di Pediatria, Forum Formazione-Assistenza*, Pisa 15-17 giugno 2006.
- Telefono Azzurro. Sezione Quaderni. *Il disagio del bambino e dell'adolescente straniero* (a cura di Ghiringhelli B), 2006.
- Cataldo F. *L'alimentazione del bambino immigrato*. *Il Pediatra*. 2007; 11 (2): 26-29.
- Cataldo F. *Tutela della salute del minore con bisogni speciali: il bambino immigrato*. *Il Pediatra* 2007, in press.
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del D.lgs 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni, 27 maggio 2009.

### **Sitografia**

- Ministero della Salute, *Direzione generale del Sistema Informativo*. Relazione sullo stato sanitario del Paese 2003-2004. Sezione I. La situazione sanitaria del Paese, [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it).
- ISTAT - Servizio Dinamica Sociale. *Gravidanza, parto, allattamento al seno: 2004-2006*. Statistiche in breve, giugno 2006; [www.istat.it](http://www.istat.it).
- Geo-demo. Demografia in cifre, [www.demo.istat.it/index.html](http://www.demo.istat.it/index.html).

**ALLEGATO 1****Tabella 1 - Distribuzione PdF per numero scelte e bambini residenti**

<b>Regione</b>	<b>Numero pediatri di libera scelta</b>	<b>Numero scelte per pediatra</b>	<b>Bambini residenti per medico pediatra</b>
Piemonte	421	882	1.195
Valle d'Aosta	18	713	855
Lombardia	1.098	836	1.101
Prov.Auton.Trento	51	1.019	1.501
Prov.Auton. Bolzano	81	773	891
Veneto	559	915	1.101
Friuli Ven. Giulia	123	820	1.103
Liguria	155	807	1.070
Emilia Romagna	555	769	881
Toscana	426	799	962
Umbria	108	763	934
Marche	178	856	1.044
Lazio	761	771	901
Abruzzo	186	752	870
Molise	36	812	1.096
Campania	773	913	1.214
Puglia	596	816	994
Basilicata	69	765	1.149
Calabria	279	775	1.010
Sicilia	829	767	903
Sardegna	224	717	876
<b>ITALIA</b>	<b>7.526</b>	<b>820</b>	<b>1.023</b>

Fonte: Elaborazione da *Annuario Statistico del SSN Anno 2006*



**Tabella 2 - Distribuzione Pediatri di Famiglia per forma associata - Anno 2008**

Regione	Pediatri che lavorano singolarmente	Pediatria in associazione		Pediatria di gruppo		Pediatria in rete
		Numero Associazioni	Numero Medici partecipanti	Numero Gruppi	Numero Medici partecipanti	Numero Medici partecipanti
Piemonte	130	246		11	39	
Valle d'Aosta	10	2	6	1	1	
Lombardia						
Trentino Alto Adige (con MMG ) (Prov. Trento)	55	9	25			1
Veneto	155	78	314	31	84	
Friuli Ven. Giulia	67	7	24	8	18	
Liguria	71	18	73	10	-31	
Emilia Romagna		48	166	35	108	
Toscana	130	160	37%	138	33%	
Umbria	46	12	36	12	31	
Marche						
Lazio	434	234		97		UCPP - 511  (tra associazioni gruppi e pediatri singoli)
Abruzzo	58	32	113	3	13	18
Molise	20*	3	5*	5	11*	
Campania		114 (13 con MMG)	438	33	100	
Puglia	247**		282**	55**		
Basilicata		12	33	3	7	
Calabria	160	98		22		
Sicilia	317	180	500	5	12	
Sardegna						

Fonte: Elaborazione dati FIMP. Anno 2008

\*Dati parziali riferiti a Isernia-Venafro-Agnone-Campobasso. N.2 associazioni sono tra MMG/PLS

\*\*I dati della Puglia si riferiscono al numero di medici partecipanti

**Tabella 3- Tassi di ospedalizzazione per fasce di età, per tipo attività e regime di ricovero (x 1.000 abitanti) - Anno 2006**

Fasce di età	Acuti		Riabilitazione	
	Regime Ordinario	Day Hospital	Regime Ordinario	Day Hospital
Meno di 1 anno (*)	510.20	71.75	0.23	0.62
Da 1 anno a 4 anni	98.82	50.90	0.39	1.05
Da 5 anni a 14 anni	50.28	43.98	0.52	1.10
Da 15 anni a 24 anni	69.58	38.95	0.92	0.63
<b>ITALIA</b>	<b>136.38</b>	<b>64.57</b>	<b>5.07</b>	<b>1.20</b>

Tassi di ospedalizzazione calcolati sui soli ricoveri di residenti in Italia e dimessi da strutture pubbliche e private

(\*) Sono esclusi i neonati sani ed i dimessi con età non attribuibile

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2006

**Tabella 4 - Tassi di ospedalizzazione per fasce di età, per tipo attività e regime di ricovero (x 1.000 abitanti) - Anno 2007**

Fasce di età	Acuti		Riabilitazione	
	Regime Ordinario	Day Hospital	Regime Ordinario	Day Hospital
Meno di 1 anno (*)	502.92	66.68	0.19	0.55
Da 1 anno a 4 anni	93.28	48.54	0.47	1.11
Da 5 anni a 14 anni	47.80	42.79	0.52	1.18
Da 15 anni a 24 anni	66.77	38.02	0.86	0.60
<b>ITALIA</b>	<b>131.55</b>	<b>60.88</b>	<b>5.08</b>	<b>1.16</b>

Tassi di ospedalizzazione calcolati sui soli ricoveri di residenti in Italia e dimessi da strutture pubbliche e private

(\*) Sono esclusi i neonati sani ed i dimessi con età non attribuibile

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Attività di ricovero 2007. Analisi Preliminare

**Tabella 5 - Tassi di ospedalizzazione per fasce di età (x 1.000 abitanti).  
Ricoveri per acuti - regime ordinario - Anno 2006**

Regione di residenza	Meno di 1 anno	Da 1 anno a 4 anni	Da 5 anni a 14 anni	Da 15 anni a 24 anni	Tasso complessivo
Piemonte	530.02	70.02	39.19	52.56	109.68
Valle d'Aosta	383.55	54.51	47.50	58.12	127.77
Lombardia	590.47	93.15	47.57	66.59	133.19
P.A. di Bolzano	446.68	105.62	56.35	75.75	146.90
P.A. di Trento	307.19	55.90	31.49	53.26	114.73
Veneto	344.09	62.70	33.33	52.46	115.77
Friuli-Venezia Giulia	349.93	40.39	27.06	49.27	122.87
Liguria	563.39	82.30	42.96	61.86	132.43
Emilia-Romagna	432.90	85.61	43.04	61.35	130.64
Toscana	382.64	59.00	31.32	50.36	113.74
Umbria	517.78	100.31	46.20	60.38	124.97
Marche	420.53	96.56	48.82	61.28	133.91
Lazio	552.06	108.11	54.33	74.61	151.84
Abruzzo	659.42	134.60	66.42	86.78	183.58
Molise	700.92	131.89	64.63	79.83	172.45
Campania	463.25	108.92	59.10	85.68	147.47
Puglia	661.89	139.31	64.98	83.27	160.67
Basilicata	494.95	86.81	46.06	57.11	131.46
Calabria	512.17	109.27	58.24	79.75	154.61
Sicilia	581.21	147.55	64.23	76.52	147.04
Sardegna	557.83	125.94	53.46	76.07	145.98
<b>ITALIA</b>	<b>512.29</b>	<b>99.28</b>	<b>50.47</b>	<b>69.86</b>	<b>136.86</b>

Tassi di ospedalizzazione calcolati sui soli ricoveri di residenti in Italia e dimessi da strutture pubbliche e private

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2006

**Tabella 6 - Degenza media per fasce di età. Ricoveri per acuti - regime ordinario - Anno 2006**

Regione	Meno di 1 anno	Da 1 anno a 4 anni	Da 5 anni a 14 anni	Da 15 anni a 24 anni
Piemonte	6.1	3.7	3.9	5.0
Valle d'Aosta	5.2	2.6	3.1	4.5
Lombardia	6.0	3.7	3.7	4.3
P.A. di Bolzano	6.7	2.6	2.9	4.1
P.A. di Trento	6.9	3.2	3.5	4.5
Veneto	7.5	3.9	3.9	5.3
Friuli-Venezia Giulia	7.2	3.1	3.2	4.3
Liguria	6.3	4.6	4.8	5.2
Emilia-Romagna	6.3	3.5	3.7	4.3
Toscana	7.9	4.3	4.5	5.1
Umbria	5.4	3.0	3.3	4.1
Marche	7.0	3.5	3.5	4.3
Lazio	6.9	4.1	4.2	5.2
Abruzzo	5.7	3.7	3.3	4.0
Molise	5.2	3.2	3.4	4.9
Campania	6.3	3.2	2.9	3.6
Puglia	5.6	3.7	3.7	4.2
Basilicata	4.7	3.2	3.2	4.3
Calabria	5.7	3.3	3.4	4.2
Sicilia	6.0	3.5	3.6	4.3
Sardegna	6.6	3.6	3.8	4.5
<b>ITALIA</b>	<b>6.3</b>	<b>3.7</b>	<b>3.7</b>	<b>4.4</b>

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2006

**Tabella 7 - Tassi di ospedalizzazione per fasce di età (x 1.000 abitanti) - Ricoveri per acuti - day hospital - Anno 2006**

Regione di residenza	Meno di 1 anno	Da 1 anno a 4 anni	Da 5 anni a 14 anni	Da 15 anni a 24 anni	Tasso complessivo
Piemonte	47.65	36.84	32.68	39.73	64.16
Valle d'Aosta	57.14	32.27	27.36	25.48	57.24
Lombardia	54.30	36.27	30.66	29.44	58.76
P.A. di Bolzano	49.51	45.00	32.13	23.17	51.98
P.A. di Trento	34.09	33.77	28.98	30.66	54.76
Veneto	21.81	34.90	22.49	26.51	49.95
Friuli-Venezia Giulia	26.34	32.31	23.24	24.32	37.78
Liguria	239.20	79.51	72.68	59.57	92.46
Emilia-Romagna	29.05	22.53	20.74	25.72	44.79
Toscana	60.44	53.11	44.74	38.65	52.70
Umbria	39.36	53.78	45.85	38.53	59.51
Marche	51.69	31.27	29.53	27.17	48.17
Lazio	109.72	102.68	96.82	57.03	79.69
Abruzzo	83.35	73.04	58.62	37.62	68.87
Molise	133.15	49.92	49.28	36.39	64.01
Campania	106.69	65.39	50.36	44.19	74.11
Puglia	28.73	29.77	26.68	23.16	49.10
Basilicata	50.05	44.23	42.44	39.52	71.09
Calabria	90.70	56.06	47.27	39.76	66.86
Sicilia	145.23	74.20	63.16	66.55	109.02
Sardegna	47.48	29.39	38.84	31.60	54.60
<b>ITALIA</b>	<b>72.06</b>	<b>51.09</b>	<b>44.16</b>	<b>39.26</b>	<b>64.78</b>

Tassi di ospedalizzazione calcolati sui soli ricoveri di residenti in Italia e dimessi da strutture pubbliche e private

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2006



## 5.3 L'Assistenza distrettuale

# Il ruolo della Specialistica ambulatoriale territoriale

**Roberto Lala**

### Introduzione

Un corretto inquadramento del ruolo e della funzione dello Specialista ambulatoriale territoriale, anche in una prospettiva di impegni futuri in termini di proposte operative e culturali, utili inoltre per eventuali proposte di carattere normativo, non può non tener conto della storia ed evoluzione di tale figura nel sistema sanitario nazionale.

Come noto, negli anni '60 l'attività specialistica ambulatoriale era garantita dalle cosiddette "Casse Mutue", circa una dozzina (ENPAS, ENPDEDP, ENPALS, INADEL, ONMI, ecc.) di cui la più importante era l'INAM. Queste erano strutture ognuna con proprie Direzioni, propri ambulatori, propri ricettari e con una sperequazione - in termini di assistenza erogata - nei confronti dei cittadini.

In termini organizzativi, tale assetto si traduceva in una situazione alquanto caotica poichè i medici potevano lavorare in più Enti, con status giuridici ed economici anche molto diversi. Questa condizione andò avanti fino alla fine degli anni '60, quando i medici ambulatoriali si accorsero che solo unendosi in un unico soggetto interlocutore con le istituzioni, potevano dare origine ad una forza nuova e compatta nel contesto sanitario, anche con il superamento delle diseguaglianze giuridiche ed economiche.

Il 1968, nella storia della specialistica ambulatoriale, può essere considerato l'anno che - attraverso il primo Congresso Nazionale del Sindacato Unitario dei Medici Ambulatoriali Italiani - ha costituito il momento embrionale per compattare e rendere più consistente la figura dello Specialista ambulatoriale territoriale.

Tale figura riveste un ruolo fondamentale nel quadro dell'assistenza primaria, che comprende i servizi e le prestazioni di cui i cittadini fruiscono a livello territoriale e riferibili:

- alla medicina generale (medici di famiglia e pediatri);
- alla continuità assistenziale (guardia medica);
- ai Consultori familiari;

- ai CUP;
- alla medicina riabilitativa territoriale ed alla assistenza protesica ed integrativa;
- alla assistenza domiciliare;
- alla residenzialità e semiresidenzialità;
- all'assistenza farmaceutica.

Questa breve introduzione appare doverosa per ribadire, ancora una volta, lo spirito di aggregazione e collaborazione che contraddistingue la figura dello Specialista ambulatoriale territoriale, caratterizzando il suo ruolo e funzione che saranno di seguito esplicitati.

### **Ruolo e funzione dello specialista ambulatoriale territoriale**

Non si può parlare del ruolo e funzione di tale figura se, preliminarmente non si procede all'esatta individuazione della stessa nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale, anche in linea con le previsioni di cui all'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della categoria.

In particolare, si considerano le seguenti figure professionali con le quali viene instaurato un rapporto di lavoro autonomo convenzionato con le Aziende Sanitarie:

- medici specialisti ed odontoiatri (specialisti ambulatoriali), compresi i medici provenienti dal Ministero di Grazia e Giustizia operanti nell'attività penitenziaria, per la erogazione in forma diretta delle prestazioni specialistiche a scopo diagnostico, curativo, preventivo e di riabilitazione;
- biologi, chimici e psicologi (altre professionalità), compresi i professionisti provenienti dal Ministero di Grazia e Giustizia operanti nell'attività penitenziaria;
- medici veterinari.

Esistono ulteriori figure che rientrano tra tali figure professionali:

- gli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti presso l'INAIL;
- i medici e gli altri professionisti a rapporto convenzionale con il Ministero della Salute che assicurano l'assistenza sanitaria al personale marittimo in navigazione o imbarcati (anche se a terra per i periodi di sosta o di riposo compensativo), o in attesa di imbarco nonché agli aeronaviganti, attraverso poliambulatori (Servizi di Assistenza Sanitaria al Personale Navigante - SASN) ubicati presso porti ed aeroporti. Le prestazioni erogate, sia in forma diretta che indiretta, spaziano dalla medicina generale e specialistica all'assistenza farmaceutica.

Si ricorda come nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino - intesa quale fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività - il SSN



demanda al livello “dell’assistenza specialistica distrettuale” il compito di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica di integrazione con l’assistenza di medicina generale e di apporto e di interconnessione con quella ospedaliera e degli altri servizi. È in questo contesto che tali figure sono parte attiva e qualificante del SSN, integrandosi nell’assistenza primaria attraverso il coordinamento con le altre categorie di erogatori ammesse ad operare sul territorio e nel distretto, e presso le strutture accreditate ospedaliere ed extraospedaliere per l’espletamento, secondo modalità di accesso ed erogative uniformi, di tutti gli interventi volti alla prevenzione, alla diagnostica di laboratorio, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione, nel rispetto delle relative competenze professionali.

Nell’ambito del processo di razionalizzazione del SSN realizzato con il D.lgs n.502/92 e s.m.i. finalizzate a garantire ai cittadini un sistema sanitario caratterizzato dall’equità ma anche dall’efficienza operativa e dall’efficacia dei risultati, tali figure partecipano al rinnovamento del sistema sanitario assicurando:

- un rapporto coordinato con la dirigenza e con tutte le altre attività delle strutture operative delle aziende sanitarie;
- la disponibilità a concorrere attivamente al decentramento dell’offerta di prestazioni specialistiche;
- un’attività flessibile per la pluralità dei servizi, delle sedi di lavoro e la variabilità degli orari;
- un corretto e conveniente rapporto costi/benefici a favore dell’utenza e del SSN.

Tale livello dell’assistenza specialistica territoriale risponde in ogni branca specialistica alla domanda dell’utenza in modo tale da partecipare al processo di deospedalizzazione dell’assistenza contribuendo alla umanizzazione del rapporto assistenziale, al mantenimento del paziente nel proprio luogo di vita, alla eliminazione degli sprechi, alla riduzione dei tempi di attesa ed alla minimizzazione dei costi.

La flessibilità e la territorialità dell’impegno di tali figure professionali (attività svolta presso più servizi della stessa azienda o per conto di più aziende pur con unicità del rapporto di lavoro con il SSN) divengono strumenti incisivi per abbattere, insieme agli altri operatori sanitari, le disuguaglianze nei confronti della salute per quanto riguarda, in particolare, l’accesso ai sistemi di cura operando in modo coordinato ed integrato con le strutture aziendali e gli altri professionisti ed operatori nell’ambito dell’attività di assistenza sanitaria territoriale. In tale contesto, essi concorrono a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la realizzazione degli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale e dai programmi attuativi aziendali.

Tali figure operano nella piena autonomia professionale, garantendo la piena disponibilità a forme di coordinamento organizzativo ed operativo finalizzato all’integrazione funzionale con gli altri servizi dell’azienda coinvolti e all’integrazione interprofessionale secondo le rispettive competenze.

Tale figura concorre quindi ad assicurare - nell'ambito delle attività distrettuali e territoriali come individuate dal Piano sanitario nazionale e dai piani sanitari regionali vigenti - l'assistenza primaria unitamente agli altri operatori sanitari secondo quanto sottoindicato:

- assolvimento di tutti i compiti inerenti lo svolgimento delle attività specialistiche di competenza, fermo restando il rispetto dei doveri deontologici la cui valutazione è di competenza dell'Ordine provinciale di iscrizione;
- prestazioni concernenti tutti gli atti e gli interventi di natura specialistica tecnicamente eseguibili, salvo controindicazioni cliniche. Tali attività possono essere svolte, anche al di fuori della sede di lavoro indicata nella lettera di incarico (attività esterna), secondo quanto segue:
  - a. nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI);
  - b. presso il domicilio del paziente;
  - c. presso le strutture pubbliche del SSN (residenze sanitarie assistenziali, servizi socio-assistenziali di tipo specialistico, ospedali, consultori famigliari e pediatrici, ecc.), scuole, fabbriche, case protette, comunità terapeutiche, carceri ecc.;
  - d. presso lo studio del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta;

- assistenza specialistica in favore dei cittadini, utilizzando i referti degli accertamenti diagnostici già effettuati, compatibilmente con le condizioni cliniche in atto del soggetto, evitando inutili duplicazioni di prestazioni sanitarie, redigendo le certificazioni richieste.

Nell'attività di diagnosi e cura, prevenzione e riabilitazione il medico specialista è tenuto alla compilazione dei referti sull'apposito modulare e con apposizione di firma e timbro che rechi anche la qualifica specialistica;

- collaborazione al contenimento della spesa sanitaria secondo i principi dell'appropriatezza prescrittiva, ed alle attività di farmacovigilanza pubblica. Al riguardo per le proposte d'indagini specialistiche e le prescrizioni di specialità farmaceutiche e di galenici, utilizza il ricettario del SSN, nel rispetto della normativa vigente e dei provvedimenti regionali, adottando le disposizioni aziendali in merito alle modalità di prescrizione ed erogazione delle specialità medicinali riguardanti particolari patologie in analogia a quanto previsto per i medici dipendenti;
- partecipazione alle disposizioni aziendali in materia di preospedalizzazione e di dimissioni protette ed alle altre iniziative aziendali in tema di assistenza sanitaria, anche con compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale;
- attività specialistiche di supporto e di consulenza richieste dall'azienda per i propri fini istituzionali;
- consulto con il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta, previa autorizzazione dell'azienda, nonché il consulto specialistico interdisciplinare;

- partecipazione, sulla base di accordi di livello regionale, alle sperimentazioni cliniche;
- partecipazione alle attività formative programmate dall'azienda;
- partecipazione nelle articolazioni organizzative del distretto che attuano l'assistenza primaria, al fine di favorire la realizzazione di percorsi integrati sia con l'attività di assistenza primaria che con quella ambulatoriale ospedaliera, nonché la gestione clinica complessiva del paziente fino alla definizione del problema e al rinvio al medico di famiglia o pediatra di libera scelta.

Le articolazioni organizzative del distretto finalizzate all'integrazione professionale sono anche le équipes territoriali e le unità di assistenza primaria (UTAP). L'équipe territoriale e l'UTAP (strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale) sono strumenti attuativi della programmazione sanitaria, per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale.

Ad utile complemento di quanto già rappresentato si riportano una serie di elementi, desunti dall'ACN della categoria su una serie di aspetti del rapporto convenzionale (modulazione attività oraria, incompatibilità, ripartizione tra attività ospedaliera, ambulatoriale e non, ecc), con l'obiettivo di comprendere maggiormente le modalità di lavoro e la relativa organizzazione di tali professionalità.

Tali ulteriori aspetti vanno analizzati considerando, preliminarmente, i livelli di negoziazione della categoria, con i relativi aspetti peculiari, di seguito riportati a titolo esemplificativo:

1) negoziazione nazionale:

- natura, modalità e costituzione del rapporto di Convenzione;
- incompatibilità;
- il ruolo, il coinvolgimento nell'organizzazione e programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato;
- requisiti per il mantenimento del rapporto di convenzione;
- servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza;
- modalità e ambiti di esercizio della libera professione;
- definizione delle modalità di applicazione degli aspetti sanzionatori e conseguenti criteri di valutazione delle violazioni e delle penali conseguenti fino al venir meno del rapporto di convenzione;
- criteri generali nella gestione della formazione, nei suoi ambiti principali;
- la compatibilità economica.

2) negoziazione regionale:

- obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale;

3) negoziazione aziendale:

- progetti e attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

Vengono di seguito approfonditi alcuni degli aspetti di cui sopra.

Così come previsto da una serie di riferimenti normativi (punto 6 dell'art. 48 della Legge 23 dicembre 1978, n.833, e dall'art. 4, comma 7, della Legge 30/12/1991 n.412) l'attività dello specialista ambulatoriale è *incompatibile* con lo svolgimento di una serie di attività, che vengono parimenti riportate a titolo esemplificativo:

- rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;
- attività di medico di medicina generale convenzionato
- iscrizione negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta e abbia concorso in una branca diversa dalla pediatria;
- esercizio della Professione medica con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'ACN;
- attività a qualsiasi titolo nelle case di cura convenzionate o accreditate con il SSN fatto salvo i medici specialisti operanti in branche chirurgiche e mediche che possono essere autorizzati all'esercizio professionale nelle case di cura convenzionate o accreditate, qualora l'azienda non sia in grado di garantire mezzi idonei ad assicurare la continuità terapeutica, nelle strutture che l'azienda mette a disposizione;
- attività fiscali nell'ambito dell'azienda con la quale è instaurato il rapporto di lavoro convenzionale;
- proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN;
- titolare di incarico nei servizi di guardia medica.

Tutte le incompatibilità di cui sopra, non operano qualora lo specialista le rimuova per tutta la durata dell'incarico conferito a tempo determinato, mentre è comunque incompatibile lo svolgimento di attività a tempo indeterminato con incarichi a tempo determinato, all'interno delle strutture del SSN.

Altro elemento su cui focalizzare l'attenzione è lo svolgimento di *attività libero professionale intra-moenia*, per la quale l'azienda deve consentire l'esercizio per le prestazioni ambulatoriali, e deve avvenire fuori dell'orario di servizio, in giorni ed orari prestabiliti. In caso di indisponibilità di spazi e personale si applicano le norme previste dalla normativa della dirigenza medica. L'azienda, parimenti, stabilisce i criteri, le modalità e la misura per la corresponsione degli onorari, sentito lo specialista ambulatoriale o il professionista interessato, in modo che, in ogni caso, non sussistano oneri a proprio carico.

Relativamente al *compenso*, lo stesso è sintonizzato con il perseguimento degli obiettivi di salute programmati, concorrendo allo stesso una quota oraria, ed una quota variabile nell'ambito dei programmi regionali ed aziendali, finalizzata al raggiungimento di standard organizzativi, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché per il raggiungimento degli obiettivi di qualificazione, appropriatezza e governo della compatibilità.

Per quanto riguarda l'*orario di attività*, l'incarico ambulatoriale non può superare le 38 ore settimanali ed è espletabile presso più posti di lavoro e/o più aziende o altre istituzioni pubbliche, le quali provvedono al controllo, con gli stessi metodi adottati per i medici dipendenti operanti nel presidio, prevedendosi sanzioni in caso di inosservanza. In tale ambito è previsto un flusso informativo (comunicazione) da parte dello specialista e dell'azienda, per eventuali variazioni dell'orario, con uno specifico organismo previsto a livello provinciale (Comitato consultivo zonale), che tiene ed aggiorna un apposito schedario nel quale vengono registrati i nominativi degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti, l'orario di attività e le modalità di svolgimento presso ciascuna azienda e l'anzianità dell'incarico ambulatoriale. Le aziende - al fine di adeguare maggiormente l'offerta di prestazioni o attività specialistiche e professionali alla domanda dell'utenza - possono adottare provvedimenti tendenti a realizzare flessibilità operativa, anche temporanea, dell'orario di servizio in ambito aziendale e forme di mobilità interaziendale, anche a domanda dello specialista ambulatoriale o professionista interessato, fermo restando il mantenimento dell'orario complessivo di incarico.

Cerchiamo di approfondire, integrando quanto già detto, l'*organizzazione del lavoro* di tale figura, a partire dalle esigenze dell'azienda. Al riguardo, qualora quest'ultima adotti provvedimenti per l'attivazione di nuovi turni, per l'ampliamento di quelli in atto e per la copertura dei turni resi disponibili, vengono poste in essere tutta una serie di procedure che coinvolgono, tra l'altro, l'organismo già citato (Comitato consultivo zonale), che ne garantisce la copertura secondo un iter procedurale previsto nell'ACN.

Andiamo ad analizzare i principali elementi in tema di organizzazione del lavoro di tali figure, riconducibili alle seguenti previsioni:

- collaborazione, nel rispetto delle specifiche competenze ed attività con le altre figure professionali e secondo le esigenze funzionali valutate dall'azienda, alle attività e ai progetti da realizzarsi nelle articolazioni organizzative per l'assistenza primaria, come definite dalla programmazione regionale ed aziendale. Per determinati servizi, l'attività può essere svolta anche in ore notturne e/o festive;
- individuazione - tra gli specialisti titolari di incarico in ciascuna branca in servizio presso l'azienda e previo assenso dell'interessato - di un responsabile di branca per ciascun servizio specialistico, di branca o multidisciplinare, al quale sia addetta una pluralità di specialisti ambulatoriali convenzionati. Le sue funzioni e compiti sono concordati mediante Accordi regionali con le organizzazioni sindacali

e, specificatamente per lo specialista in patologia clinica che, ai sensi della normativa vigente, svolge la funzione di Direttore tecnico responsabile, lo stesso assume contestualmente l'incarico di responsabile di branca;

- determinazione del numero di prestazioni erogabili per ciascuna ora di attività sulla base della tipologia e della complessità della prestazione fermo restando che il loro numero è demandato alla scienza e coscienza dello specialista e non può di norma essere superiore a quattro;
- qualora le prenotazioni siano state tutte soddisfatte prima del termine dell'orario dovuto, resta a disposizione fino alla scadenza di detto orario e utilizza l'orario residuo per i compiti derivanti da eventuali incarichi aziendali, ovvero per prestazioni che si dovessero ritenere indispensabili ed urgenti;
- esecuzione - nel caso che l'orario disponibile si sia esaurito senza che tutte le prenotazioni siano state soddisfatte - ed ove sia possibile, delle residue prestazioni;
- verifiche periodiche da parte dell'azienda della media delle prestazioni erogate sulla scorta dei dati relativi alla casistica clinica (e non numerica) ed in relazione alla dotazione tecnico-strumentale e di personale esistente nel presidio. Tale aspetto della dotazione di adeguate risorse - umane e strumentali - riveste notevole importanza in fase di pianificazione, programmazione e rimodulazione delle attività che devono rispondere a criteri di efficienza gestionale ed a criteri di HTA;
- svolgimento di attività anche al di fuori della sede di lavoro indicata nella lettera di incarico, cosiddetta "attività esterna", ampiamente descritta precedentemente;
- assicurazione dell'istituto della pronta disponibilità - qualora operi in un servizio in cui è attivato tale istituto - compatibilmente con la propria residenza e con le stesse modalità e lo stesso compenso del personale dipendente.

Questa seppur breve, ma esaustiva, analisi dell'organizzazione del lavoro dello specialista ambulatoriale, conferma ulteriormente quello spirito di collaborazione che contraddistingue tale figura, inserita in una rete organizzativa che comprende anche le altre figure che assicurano l'erogazione dell'assistenza primaria.

### **Criticità e proposte operative**

Il quadro che è stato delineato fotografa una situazione che, sulla base di una serie di considerazioni che seguono, necessita di una rivisitazione ed ottimizzazione che viene rappresentata attraverso una serie di proposte operative, affinché avvenga una trasformazione dell'attuale impostazione di attesa del SSN in una impostazione di iniziativa, che si prenda cura della persona fin dalla nascita e la segua costantemente senza aspettare la manifestazione della malattia.

In tale contesto è fortemente sentita la necessità di ridefinire l'attività prestata dai professionisti che, in regime di convenzione, operano a livello territoriale, per ri-

spondere appropriatamente ed efficacemente ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità e integrazione dell'assistenza.

Queste le condizioni necessarie a sviluppare la medicina di iniziativa con particolare riferimento alle malattie croniche, a potenziare l'assistenza domiciliare in collaborazione con gli specialisti convenzionati, a supportare la continuità tra territorio ed ospedale, non dimenticando l'assistenza alla persona in regime di residenzialità e l'integrazione con i servizi sociali.

La necessità di un processo di *reengineering* è ulteriormente avvalorata dalle recenti risultanze circa la distribuzione dei costi, da una ricerca FIASO-Bocconi-CERGAS del 2008, effettuata in 13 ASL distribuite in 11 regioni, che ha messo in evidenza come diventi significativamente più rilevante il valore della Specialistica, che si attesta al secondo valore in termini di costo in tutte le Aziende. Da notare che nel periodo 2003-2006, i ricoveri ospedalieri presentano un aumento dei costi dell'1%, la farmaceutica (convenzionata + distribuzione diretta dei farmaci) del 2%, la specialistica, invece, aumenta del 6%.

La ricerca, relativamente a questo ambito, conclude affermando che la specialistica ambulatoriale, che ha presentato negli ultimi anni variazioni in aumento del 6%, nel prossimo futuro assumerà un ruolo sempre più centrale in virtù della sua relazione significativa con: la riduzione delle liste d'attesa; la riduzione dell'accesso inappropriato al Pronto Soccorso; lo sviluppo dell'ospedale del futuro, in cui le innovazioni tecnologiche renderanno il ruolo della Specialistica sempre più rilevante.

Quanto sopra dovrà essere governato e si dovrà tener conto come la costituzione/potenziamento della Assistenza Primaria è un obiettivo comunemente ritenuto non più eludibile e che è capace di rendere più di quanto si sia investito per la sua realizzazione anche attraverso modelli organizzativi per realizzare le integrazioni tra i professionisti medici e con gli altri professionisti sanitari. A tale riguardo, la categoria degli specialisti ambulatoriali e delle altre professionalità è pronta a raccogliere la sfida ed a contribuire a tale processo, attraverso una serie di proposte operative riconducibili:

- alla garanzia di un adeguato flusso informativo per le finalità di *governance* del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nell'ambito della continuità dell'assistenza per i propri pazienti ed attraverso le sue scelte diagnostiche, terapeutiche e assistenziali con le quali persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse;
- all'utilizzo dei sistemi informativi anche per garantire, ai fini dell'assolvimento dei compiti previsti del D.M. 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008, la realizzazione del progetto Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica;
- alla previsione di essere parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di medici specialisti ambulatoriali che può operare, in sintonia e sinergia, con una o più unità complessa delle cure primarie, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali;

- alla individuazione di forme di collaborazione tra il medico di medicina generale, i pediatri di libera scelta e lo specialista ambulatoriale, con l'individuazione e la definizione dei relativi vincoli di incompatibilità;
- al miglioramento dell'accesso agli ambulatori di medicina generale e di pediatria di libera scelta e ai poliambulatori specialistici pubblici, a partire dal potenziamento dell'orario di apertura quotidiana, anche ai fini di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso;
- al potenziamento dei programmi di continuità assistenziale per garantire una assistenza e una presa in carico 24 ore su 7 giorni, a partire dai pazienti cronici a favore dei quali va previsto l'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
- al potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore della popolazione sia in età pediatrica che in età adulta;
- al coinvolgimento programmato degli specialisti ambulatoriali a favore sia degli assistiti a domicilio o nelle strutture residenziali, sia ai fini del potenziamento della diagnostica di primo livello presso gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Si ricorda, inoltre, come nella presentazione del programma della I Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie (Bologna 25-26 febbraio 2008) era previsto che *“..lo sviluppo e l'allargamento delle funzioni dell'assistenza primaria siano fondamentali per garantire servizi sanitari di qualità integrati con il più ampio sistema di welfare”*. Non a caso, viene enfatizzato il concetto di *“allargamento delle funzioni dell'assistenza primaria”*, da riferirsi non in maniera riduttiva alla necessaria integrazione e coerenza con l'assistenza sociale ma, soprattutto, al concetto stesso di Assistenza Primaria, che comprendono i servizi e le prestazioni di cui i cittadini fruiscono a livello territoriale.

Quanto sopra comporta - e non potrebbe essere diversamente in considerazione della molteplicità degli attori coinvolti e dei modelli assistenziali - l'utilizzo di strumenti di governo propri del “governo clinico”, ma non solo, al fine di rendere certe e definite le opportunità di utilizzo dei servizi e per qualificare i prodotti erogati in relazione ai bisogni.

Ma tale governo clinico non può camminare se le diverse professionalità che partecipano alla gestione delle varie fasi del processo, operanti in ambito territoriale e ospedaliero, non siano tutte coinvolte in una rete integrata di responsabilità che le porti a condividere il percorso diagnostico-terapeutico erogato, riconoscendosi vicendevolmente al suo interno.

In definitiva, un percorso così articolato di *“.. sviluppo e allargamento delle funzioni dell'assistenza primaria...”* costituisce il primo passo di un lungo percorso che porterà alla trasformazione della medicina territoriale nel secondo pilastro d'eccellenza del Sistema Sanitario Nazionale.

Questo percorso si deve, necessariamente, dotare di strumenti di governo alcuni dei quali già posti in essere ma, molti ancora da implementare.

Sono queste le sfide che ci attenderanno nel prossimo futuro e un ruolo decisivo



giocherà anche la contrattualistica che, pur nella specificità delle questioni riguardanti le singole categorie, potrebbe mettere a disposizione una straordinaria opportunità di governo del sistema, nell'ottica dell'integrazione e della promozione dell'Assistenza Primaria e della medicina del territorio, più vicina ai cittadini.

### **Riferimenti bibliografici**

Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni - 23 marzo 2005.

I Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie - *Quali strumenti di governo per il futuro delle cure primarie* - Bologna 25-26 febbraio 2008.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26 marzo 2008 *Attuazione dell'articolo 1, comma 810, lettera c), della Legge 27 dicembre 2006, n. 296, in materia di regole tecniche e trasmissione dati di natura sanitaria, nell'ambito del Sistema pubblico di connettività.*

Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 4 aprile 2008 *Decreto di revisione del D.M. 24 giugno 2004, attuativo del comma 4 dell'articolo 50 della Legge n. 326 del 2003 (Progetto Tessera Sanitaria), concernente i parametri tecnici per la trasmissione telematica dell'associazione medico-ricettario da parte delle ASL/AO.*

Rapporto FIASO-CERGAS Bocconi sul *Governo dell'assistenza territoriale* - 10 luglio 2008.

Documento specialistica SISAC-OO.SS. - 22 dicembre 2008.

Documento SUMAI-Assoprof sulla *Governance Clinica* alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati - 30 gennaio 2009.

[www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it).

## 5.3 L'Assistenza distrettuale

# Il ruolo dell'assistenza infermieristica

**Annalisa Silvestro**

I mutamenti avvenuti in questi ultimi decenni nei quadri sanitari dei paesi occidentali sono stati rilevanti. I progressi delle scienze mediche, delle scienze sanitarie e l'innovazione biotecnologica hanno ampliato i tempi e la qualità di vita dei singoli e dato nuovi strumenti per affrontare la mutata prevalenza e tipologia delle malattie oltre che i bisogni espressi dalla popolazione.

I fruitori dei servizi sanitari sono cambiati: rivendicano per sè e per i propri cari protagonismo e partecipazione nei processi di cura e di assistenza e individualità e tempestività nella risposta.

In un quadro contestuale siffatto i sistemi sanitari sono costantemente sollecitati a ricercare e sperimentare modelli organizzativi e assistenziali flessibili ed innovativi per migliorare la modalità e la gestione dei processi di cura, l'organizzazione dell'assistenza, la pertinente ed equa allocazione delle risorse, le competenze e la professionalità delle diverse figure sanitarie impegnate nel sistema. Si è così avviato un processo di cambiamento organizzativo e culturale, che considera in primo luogo la capacità dei servizi e degli operatori di pianificare processi e di erogare risposte fra loro integrate e orientate a porre l'assistito e la sua rete parentale al centro del progetto di cura e di assistenza.

L'assistenza primaria rappresenta il primo livello di risposta alla domanda di salute dei cittadini e delle comunità e si prefigge l'obiettivo di avvicinare il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove la popolazione vive e lavora.

In tutta l'Unione Europea si assiste ad un processo di rafforzamento dell'assistenza primaria e all'attivazione di modelli assistenziali che facilitino e sostengano i diversi professionisti sanitari (medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, ostetriche ecc.) nell'assunzione di comportamenti professionali strutturati per il mantenimento della salute e della maggiore autonomia possibile delle persone coinvolte.

Nel nuovo secolo la sfida maggiore è rappresentata dalle malattie cronicodegenerative che determinano bisogni sempre più complessi e che richiedono interventi basati su uno sviluppo integrato delle professionalità e sulla costruzione di connessioni cliniche, assistenziali ed organizzative che integrino competenze, conoscenze e abilità specifiche dei diversi professionisti. È ormai anacronistico e poco efficace un approccio clinico assistenziale frammentato, basato prevalentemente su

una risposta di tipo prestazionale, magari scollegata dalla dimensione di vita dell'assistito. Nelle cure dedicate ai pazienti con patologie cronic-degenerative il bisogno che viene prevalentemente rappresentato è quello della presa in carico globale: che crea un ambiente terapeutico, che segue i problemi nel tempo, che garantisce continuità tra ospedale e territorio.

La malattia cronica rappresenta una condizione che non trova unicamente nella clinica la risposta in quanto è caratterizzata da una molteplicità di problemi che coinvolgono il portatore della patologia e chi lo circonda e la cui risoluzione o controllo non può che coinvolgere l'assistito e/o la sua rete parentale resa capace di autodeterminarsi.

Per affrontare le nuove sfide, tra le quali significativa diviene quella della cura e dell'assistenza delle persone affette da patologie cronic-degenerative, è ineludibile individuare, nell'ambito dell'assistenza primaria, nuovi paradigmi organizzativi, assistenziali e gestionali quali quelli, ad esempio, della medicina di iniziativa che include altri campi delle attività distrettuali, dalle vaccinazioni agli screening, alle attività consultoriali e che si basa sui principi di centralità della persona assistita e sulla proattività anche con il coinvolgimento dei servizi di sanità pubblica.

I contenuti teorici delle scienze infermieristiche si riferiscono sia ai temi più specifici delle malattie, sia ai problemi che esse determinano sulle persone ed hanno anche l'obiettivo di produrre un'assistenza peculiare nei percorsi delle diverse malattie all'interno dell'assistenza primaria. L'assistenza infermieristica rivolta a gruppi di pazienti o alla comunità per il supporto e il buon controllo della malattia, può essere effettuata sia nei diversi setting assistenziali (assistenza domiciliare, attività di accoglienza, accesso, educazione, monitoraggio delle patologie croniche nei singoli o nei gruppi, ecc.) che nelle aree ambulatoriali e nelle strutture residenziali attraverso interventi di tipo intra o inter professionale e/o nel ruolo "case manager".

Le peculiarità dell'assistenza primaria e il contesto socio sanitario inducono a ritenere che l'assistenza infermieristica non potrà che ulteriormente svilupparsi, in stretta connessione con la medicina generale, nell'ambito:

- della prevenzione e promozione della salute,
- della valutazione, identificazione e decodifica dei bisogni assistenziali degli assistiti anche per la collaborazione con ulteriori professionalità sanitarie,
- dell'assistenza diretta comprensiva della gestione dei disturbi cognitivi e del rischio derivante dalle condizioni di lunga assistenza, soprattutto di tipo complesso,
- dell'assistenza diretta nelle fasi terminali di vita (cure palliative),
- dell'educazione/addestramento alle prestazioni più semplici nella logica di orientare e supportare l'auto assistenza per il mantenimento dell'autosufficienza,
- del coordinamento e della gestione assistenziale dei casi,
- della comunicazione e dell'utilizzo di modalità di lavoro integrate e di partnership,
- dell'utilizzo dei dati epidemiologici a supporto delle decisioni proprie, del medico di medicina generale e dell'equipe.

In letteratura gli esempi di nuovi modelli organizzativi quale ad esempio quello inerente il Chronic care model, elaborato da E. Wagner, MacColl Institute for Health care innovation, evidenziano che a situazioni di relativa stabilità clinico assistenziale corrispondono interventi orientati all'autocura (*self management*), mentre a situazioni di relativa instabilità clinico-assistenziale corrispondono interventi integrati dei diversi professionisti per la gestione della malattia (*disease management*) e/o l'individuazione di una figura che garantisca il raccordo tra i diversi professionisti e quindi una reale continuità assistenziale (*case management*). L'assistenza infermieristica in situazioni di relativa stabilità clinico-assistenziale si sviluppa nella realizzazione dei processi assistenziali definiti con il medico di medicina generale nell'ambito dell'equipe assistenziale (attivata, ad esempio, nell'ambito dei Nuclei delle cure primarie distrettuali) orientati a sostenere l'assistito nell'assumere un ruolo centrale nella gestione della propria patologia (autocura).

L'infermiere dovrà quindi fare proprio e continuamente implementare quel set di competenze che lo rendono in grado di:

- trasferire informazioni a sostegno del processo di autocura,
- addestrare l'assistito o il care giver nelle abilità necessarie per ridurre e/o migliorare i problemi quotidiani derivanti della cronicità (controllo dell'alimentazione, corretta assunzione della terapia farmacologia, sviluppo di stili di vita adeguati),
- fornire le indicazioni utili per accedere ai diversi servizi e per trovare e utilizzare le giuste informazioni.

**L'assistenza infermieristica in situazioni di relativa instabilità clinico assistenziale si sviluppa tenendo come focus prioritario l'interrelazione tra i diversi professionisti (medici, fisioterapisti etc. anche supportati da medici specialisti), che intervengono integrandosi nella gestione della malattia.**

In particolare nell'ambito dei percorsi assistenziali infermieristici potranno essere coinvolti gruppi di pazienti per incontri periodici di follow-up e per la riprogettazione assistenziale utilizzando protocolli e percorsi condivisi con il medico di medicina generale e con l'equipe assistenziale.

Diversi studi dimostrano che, per i pazienti con alta complessità assistenziale, con elevato rischio di perdita dell'autosufficienza e di ricoveri ripetuti e istituzionalizzazione, il case management può promuovere una migliore qualità delle cure e quindi un miglioramento della qualità della vita, attraverso il coordinamento degli interventi, l'integrazione dei diversi apporti professionali e la garanzia della continuità assistenziale durante tutte le fasi del progetto di cura.

L'infermiere, per le sue caratteristiche generali e specifiche, può essere, insieme al medico di medicina generale, il più idoneo ad esercitare il ruolo di case manager a favore degli assistiti per i quali è fondamentale una visione assistenziale olistica e globale.

Attualmente, la presenza di infermieri nelle attività territoriali in generale e nell'as-

sistenza primaria in particolare viene generalmente definita come carente. Non è facile reperire dati certi sulla distribuzione degli infermieri in ambito ospedaliero e in ambito territoriale. Si ritiene altamente probabile che il numero di infermieri sul territorio sia deficitario anche perché continua a reiterarsi l'idea che ogni tipologia di bisogno sanitario possa trovare risposta attraverso le strutture ospedaliere che producono inevitabilmente un forte assorbimento di risorsa infermieristica. È invece necessario invertire tali logiche distributive e dare forza e corpo all'assistenza primaria per sostenere un'innovazione coerente con i reali bisogni della collettività e contribuire all'evoluzione del sistema sanitario in generale e dei servizi territoriali in particolare.

Nell'ambito dell'Unione Europea l'Italia ricopre, per quanto riguarda il rapporto tra numero di infermieri e abitanti, una posizione non brillante. Negli ultimi anni la situazione è migliorata, grazie al maggior interesse che la professione ha acquisito sui giovani e le loro famiglie a seguito dell'inserimento dei percorsi formativi in ambito accademico (corso di laurea triennale, quinquennale, master), della ridefinizione dello status giuridico e professionale dell'infermiere e del delinearsi di specifici percorsi di carriera sia in ambito gestionale che assistenziale che formativo. Molta strada è stata fatta ma altrettanta è ancora da percorrere; senza un significativo aumento del numero degli infermieri impegnati nell'assistenza primaria e comunque nel territorio è più che prevedibile l'irrealizzabilità di tutte le ipotesi presentate e l'aumento delle criticità evidenziate dai singoli cittadini, dalle famiglie e dai servizi socio sanitari territoriali che non riescono a dare risposte soddisfacenti alle fasce più fragili e deboli della società. Il gap presente tra la stima delle necessità (21.000 per l'anno accademico 2008/2009 per la Federazione nazionale colleghi infermieri e le regioni) e la programmazione del sistema Università (14.849) evidenzia e conferma la necessità di porre mano con serietà al problema posto. È possibile che la riorganizzazione del sistema sanitario attualmente in previsione e in atto (ad esempio riduzione dei posti letto ospedalieri per pazienti acuti, riorganizzazione degli ospedali per intensità di cure/complessità assistenziale, redistribuzione delle competenze tra le diverse figure di assistenza diretta alla persona) consenta di liberare risorse a favore del sistema territoriale e di una ridefinizione dei paradigmi assistenziali.

Nell'ambito dell'assistenza primaria l'orientamento della collettività infermieristica italiana è di adoperarsi affinché l'infermiere possa assumere le funzioni previste dall'OMS che individua nell'infermiere (denominato infermiere di famiglia) insieme al medico, il "... perno della rete dei servizi...". L'OMS ritiene che "Il ruolo dell'infermiere di famiglia è quello di un professionista che aiuterà gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del suo tempo al domicilio dei pazienti con le loro famiglie .. (omissis).. . Può facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia e il medico di base".

Le prestazioni e l'assistenza infermieristica sono garantiti da infermieri le cui funzioni sono definite da precise norme che ne hanno profondamente innovato

competenze, ambito operativi e responsabilità (D.M. 739/94, L. 42/99, L. 251/2000, L. 43/2006, Codice Deontologico 2009).

I processi caratterizzanti le prestazioni e l'assistenza infermieristica privilegiano l'attività in team, la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà. La stessa definizione e sviluppo del progetto clinico-assistenziale obbliga una serie di collaborazioni, integrazioni e interazioni, unitamente all'utilizzo ordinario degli indispensabili strumenti di lavoro (scale di valutazione, pianificazione degli interventi, procedure, protocolli, documentazione clinica, etc.), al fine di garantire la continuità ed uniformità delle prestazioni, il monitoraggio degli interventi, la verifica e la valutazione dei risultati ottenuti. I momenti di audit (clinico e organizzativo) sono altrettanto importanti e necessari per correggere/migliorare i percorsi clinico-assistenziali (sulla base dei risultati raggiunti) e per correggere/migliorare i modelli organizzativi applicati (sulla base delle non conformità riscontrate, rispetto alla programmazione stabilita).

È evidente che per un efficace e proattivo sviluppo dell'infermieristica nell'assistenza primaria è necessaria la presenza strutturata di infermieri formati sulla valutazione del bisogno (valutazione multidimensionale), in grado di raccogliere anche la domanda di non autosufficienza sia a livello di territorio che di ospedale (dimissione protetta) e di risolverla con le strutture/servizi del distretto o comunque della più ampia rete di macrostruttura sanitaria e sociale. In questa logica l'intervento assistenziale infermieristico si orienta e finalizza affinché l'assistito assuma un ruolo centrale nella gestione della propria patologia attraverso il trasferimento concordato di informazioni a sostegno del processo di autocura e nell'acquisizione delle abilità necessarie per ridurre e/o migliorare i problemi quotidiani derivanti della cronicità. Esistono sul territorio nazionale esperienze che vedono, nell'ambito dell'assistenza primaria, una stretta e innovativa integrazione tra medici di medicina generale e infermieri "di territorio". Interessanti a tal proposito sono le esperienze di infermieristica di comunità nell'ambito della Regione Friuli Venezia Giulia, della Regione Emilia Romagna e della Regione Veneto.

Lo studio di tali esperienze, la disseminazione degli strumenti, delle modalità e dei percorsi utilizzati potrebbero essere di generale interesse anche per uscire dalle ideologie, da ruoli stereotipati e modelli ormai inadeguati ed avvicinarsi davvero alle esigenze dei singoli cittadini, delle famiglie e di quelle collettività sociali che vivono con sempre maggiore disagio e frustrazione le difficoltà di adeguata risposta ai bisogni manifestati dai loro appartenenti. Un'infermieristica innovativa e proattiva nell'assistenza primaria necessita di competenze gestionali, tecnico-scientifiche e comunicativo relazionali strutturate, impostate su evidenze e nel solco della pertinenza, dell'efficacia, dell'equità distributiva e della responsabilità operativa. Il luogo prevalente di esercizio professionale dell'infermiere non è più unicamente l'ospedale e pertanto ai futuri infermieri e a coloro che infermieri sono già e che intendono acquisire competenze avanzate nell'ambito manageriale, didattico formativo, della qualità e della ricerca, dovrà essere garantita una formazione che superi l'ospedalocentrismo per allargarsi sull'intera gamma di risposte curativo assistenziali

che comprenda non solo l'intensività ma anche l'estensività assistenziale. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea in infermieristica (1° livello) e dei corsi di laurea in scienze infermieristiche (2° livello) dovranno pertanto essere rivisti e riorientati. I contenuti teorici e professionalizzanti inerenti l'infermieristica di territorio, i diversi setting assistenziali e l'assistenza primaria attualmente previsti nel corso di laurea di 1° livello non sono sufficienti per far sì che l'infermiere impegnato nell'assistenza primaria o comunque sul territorio possa garantire risposte esaustive.

È necessario ipotizzare ulteriori e specifici approfondimenti:

- sia attraverso i processi di educazione continua (rivalutazione delle metodologie, elaborazione e revisione di specifici strumenti di rilevazione dei bisogni, definizione dei criteri di priorità, di verifica degli outcome, audit organizzativo assistenziali, strutturazione e partecipazione a progetti di innovazione/ricerca) che dovrebbero vedere la contemporanea presenza di medici di medicina generale e infermieri “di territorio”,
- sia in percorsi di perfezionamento (master o quant'altro di appropriato e soprattutto professionalizzante) per acquisire strumenti scientifico professionali utili a mantenere ed innovare le competenze necessarie per una risposta assistenziale efficace e di qualità.

Nell'ultimo quinquennio sono stati attivati in alcune sedi universitarie (Torino, Bologna, Padova, Firenze e Perugia) specifici master nell'area dell'infermieristica di sanità pubblica; l'esperienza meriterebbe indubbiamente ulteriori riflessioni e approfondimenti anche per progettare momenti formativi comuni (non solo in ambito accademico) dedicati alle figure professionali operanti nel territorio. L'assistenza primaria riceverebbe un forte impulso anche attraverso la promozione di una cultura interdisciplinare che favorirebbe la programmazione e lo svolgimento integrato delle diverse e specifiche attività. Percorsi formativi comuni, ad esempio nelle fasi della didattica e della ricerca, faciliterebbero il trasferimento intradisciplinare delle conoscenze e delle competenze oltre che la continuità del processo formativo nell'intero corso della vita professionale. Grande e positivo impatto deriverebbe dall'attivazione di percorsi formativi comuni (con aree di apprendimento sul campo) con l'effettuazione di specifici e mirati stages professionalizzanti. In tal modo verrebbero poste ulteriori basi per la realizzazione di una rete multi-professionale di assistenza primaria fortemente radicata nel territorio e in grado di rispondere con sempre maggiore efficacia ed appropriatezza alla domanda che il territorio esprime.



## Riferimenti bibliografici

- Campbell NC, Ritchie LD, Thain J, Deans HG, Rawles JM, & sqair JL (1998). *Secondary prevention in coronary heart disease: a randomized trial of nurse led clinics in primary care*. Heart, 80 (5), 447-452.
- Lattimer V, George S, Thompson F. *Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. The South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group*. BMJ 1998 Oct 17, 317:1054-9.
- Linee guida per un progetto di formazione infermieristica complementare nelle aree previste dal D.M. 739/94*, Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 1998.
- Lattimer V, Sassi F, George S. *Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial*. BMJ 2000 Apr. 15; 320:1053-7.
- Kovner CT, Harrington C. *CMS study: correlation between staffing and quality*. Am J Nurs. 2002 Sep;102(9):65-6.
- Barea M, Cesana G. *Il welfare in Europa*, Società Editrice Fiorentina, Firenze 2003.
- Florida, *A Healthy State*, November 2004 Update.
- [Http://www.pfizerhealthsolutions.com/pdf/ProgramOverview2.pdf](http://www.pfizerhealthsolutions.com/pdf/ProgramOverview2.pdf).
- Bunn F, Byrne G, Kendall S. *Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction*. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct. 18; (4): CD004180.
- Raftery JP, Yao GL, Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD. (2005), *The cost effectiveness of nurse led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: follow up of a randomised trial*, BMJ 2005; 330:707-10.
- Metcalf J. *The management of patients with long term conditions* Nursing Standard 2005 July 20:vol 19 n°45, 53-60.
- Department of Health (2005) *Supporting people with long term conditions. Liberating the talents of nurses who care for people with long term conditions* London [www.dh.gov.uk/cno](http://www.dh.gov.uk/cno).
- Corben S, Rosen R. *Self management for long-term conditions*, King's Fund, 2005 [www.kingsfund.org](http://www.kingsfund.org).
- Sasso L, Gamberoni L, Ferraresi A, Tibaldi L. *L'infermiere di famiglia*, Mc Graw-Hill, Milano 2005.
- OMS, *Prevenire le malattie croniche, un investimento vitale*, 2006 (versione italiana a cura del Ministero della salute).
- Rapporto OASI , *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano 2006.
- Woodend K, *The role of community matrons in supporting patients with long- term conditions* Nursing Standard 2006 January 25:vol 20 n°20.
- Fioravanti L, Spandonaro F. *Continuità assistenziale dal principio alla realizzazione. Cosa insegna il disease management* Politiche sanitarie, vol.8 n.1 gennaio-marzo 2007.
- VII Rapporto sulle Politiche della Cronicità* - Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici – Cittadinanzattiva – 2007 [www.cittadinanzattiva.it](http://www.cittadinanzattiva.it).
- Rapporto OCSE 2007.
- Pelizzari M. *L'infermiere di comunità, dalla teoria alla prassi*, Mc Graw-Hill, Milano 2008.
- Seago YA. [http://www.kipihp.org/publications/docs/nurse\\_staffing.pdf](http://www.kipihp.org/publications/docs/nurse_staffing.pdf), Nursing Staffing and Care Delivery Models: a review of the evidence.
- <http://improvingchroniccare.org>.



capitolo 6

---

*I farmaci nel Servizio  
Sanitario Nazionale*



## 6.1 La politica dei farmaci per la promozione della salute, della ricerca, dell'innovazione, dell'occupazione

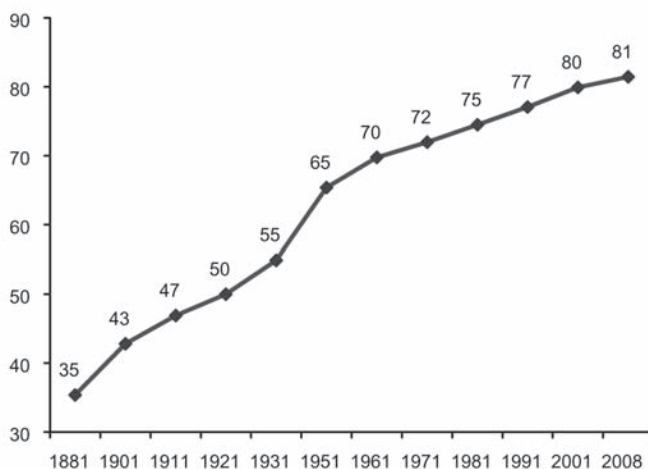
**Sergio Dompé**

Non di rado la società tende a concentrarsi sul tempo presente e a dimenticare il passato, anche abbastanza recente, dando per scontati i benefici dei progressi tecnologici e trascurando quanto fosse diversa la vita solo pochi decenni prima. Un fenomeno spesso ancora più evidente per i progressi delle scienze mediche.

Per questo una riflessione sul ruolo dei farmaci nel Servizio Sanitario Nazionale deve partire da alcuni dati di fatto, che misurano il valore attuale del farmaco per la salute del Paese.

L'Italia è oggi uno dei Paesi più longevi al Mondo (dal 1951 a oggi ogni 4 mesi se ne è guadagnato uno di vita in più) e tra quelli con una maggiore aspettativa di vita senza disabilità. Un fenomeno che, come in tutte le economie avanzate, oltre al progresso economico, sociale e sanitario, può essere attribuito in maniera significativa – fino al 40% del totale – ai frutti della Ricerca farmaceutica (Grafico I).

**Grafico I - Italia: anni di aspettativa di vita alla nascita (media uomini e donne)**



Fonte: Istat

Un valore che i cittadini italiani percepiscono chiaramente, ritenendo nell'80% dei casi che i medicinali abbiano contribuito molto alla possibilità di convivere con patologie croniche, nel 76% al miglioramento della qualità della vita e nel 54% alla sconfitta di malattie mortali.

Tendenze demografiche, cambiamento nella coscienza dei bisogni della popolazione, bassa crescita economica, oltre alle grandi trasformazioni nello stesso settore del farmaco e della salute, suggeriscono approfondite riflessioni sui modelli da adottare perché il sistema sanitario pubblico possa garantire cure sempre migliori e sostenibili negli anni.

Riflessioni che coinvolgono tutti gli attori della salute ed in primo luogo le imprese, partendo dalle azioni per rilanciare il contenuto innovativo dei propri prodotti.

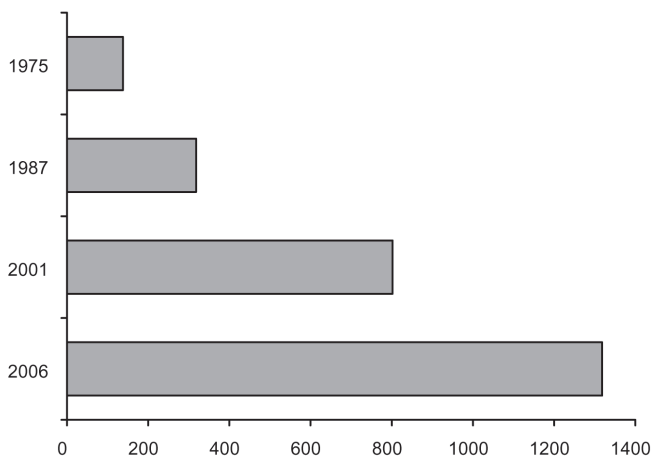
### I nuovi modelli della Ricerca farmaceutica per cure più mirate ed efficaci

La farmaceutica è un settore che nasce dalla Scienza, alla quale è legata in modo indissolubile.

Per questo i progressi nelle cure del futuro dipendono in modo determinante dalla vera e propria rivoluzione che sta attraversando la Ricerca farmaceutica, sempre più dedicata a cure mirate e specifiche per le esigenze degli individui.

L'aumento degli investimenti richiesti per rendere disponibile un farmaco innovativo (ormai anche superiori al miliardo di euro) e in particolare dei costi nelle fasi di sviluppo, la maggiore complessità dei progetti di R&S e le nuove scoperte scientifiche portano a una più ampia specializzazione e divisione del lavoro innovativo (Grafico II).

**Grafico II - Investimenti necessari per rendere disponibile un nuovo farmaco (milioni di dollari)**



Fonte: Pharma

I nuovi modelli di Ricerca modificheranno anche il percorso per lo sviluppo dei farmaci, ad esempio con *trials* clinici basati su una fase di pre-sviluppo capace di identificare caratteristiche e processi genetici prima di una sperimentazione su un numero molto ampio di pazienti.

Grazie a nuovi meccanismi saranno sufficienti numeri più ristretti, ma più mirati, per valutare rischio ed efficacia dei farmaci, con un'evoluzione rispetto al metodo della *Evidence Based Medicine*, mantenendo i più elevati standard di efficacia e sicurezza delle terapie.

È un modello che avrà bisogno anche di un nuovo approccio regolatorio, nel quale la protezione intellettuale non sia più affidata solamente al tradizionale brevetto, ma a forme più evolute di *open-source protection*, per fare in modo che le nuove scoperte, quali ad esempio quelle della farmacogenetica e della biologia molecolare, non siano vincolate ad un solo uso terapeutico, ma possano dispiegare le proprie potenzialità su un numero più ampio di applicazioni.

È un sistema che, oltre a grandi capacità di sviluppo terapeutico, presenta anche positive sinergie di crescita tra settori affini, poiché, ad esempio, l'uso di farmaci mirati renderà più intenso il ricorso anche a strumenti diagnostici più sofisticati.

Inoltre la spinta all'eccellenza su specifici comparti aumenta l'interdisciplinarietà della Ricerca, moltiplica le opportunità per soggetti diversi e sta determinando la trasformazione nella struttura di Ricerca dei grandi Gruppi, che vanno articolandosi in unità più flessibili e specializzate. Rafforzando un lavoro di *talent scout* volto a scoprire idee innovative, nate anche in ambiti esterni al perimetro aziendale, da sviluppare grazie al *know-how* e alle risorse che solo grandi aziende sono in grado di mettere in campo.

Una recente indagine sui principali Gruppi farmaceutici globali mostra come la fonte di innovazione ritenuta più efficiente per il futuro sia l'*outsourcing* tramite *partnership* di Ricerca (41%), seguita da acquisizioni di imprese biotech (39%) e, infine, dalla ricerca *in-house* (20%).

È un processo, dunque, che rende decisiva la competitività del *network* determinando uno scenario nel quale l'Italia, anche in presenza di una massa critica minore, può avere grandi opportunità se saprà collegare le proprie eccellenze alla rete internazionale della Ricerca.

## La sostenibilità di una crescente domanda di Salute

Ogni valutazione sui progressi della terapie non può prescindere dalle scelte per reperire le risorse necessarie, ovvero dal tema della razionalizzazione della spesa e della sostenibilità del SSN.

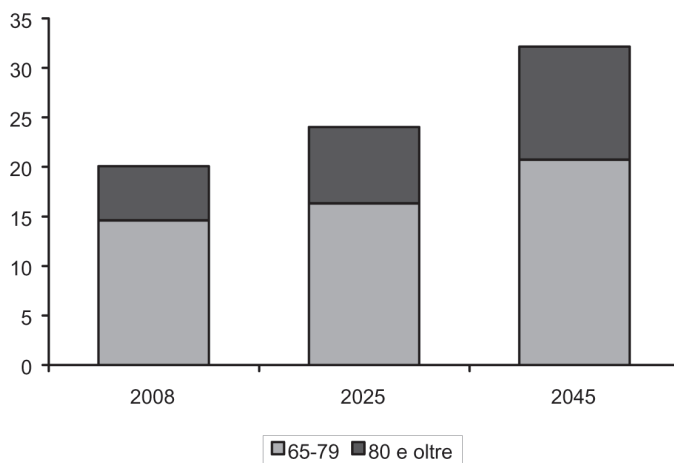
In Italia la quota di *over-65* sulla popolazione totale è ormai del 20% e potrebbe arrivare al 32% nel 2045, con gli *over-80* che passeranno dall'attuale 5% all'11%.

La domanda di salute, dunque, non potrà che aumentare, per l'invecchiamento

della popolazione (un *over-65* “impiega” circa il doppio della media), ma anche per la tendenza a spendere di più per il proprio benessere e per i costi crescenti connessi ai farmaci più innovativi. (Grafico III).

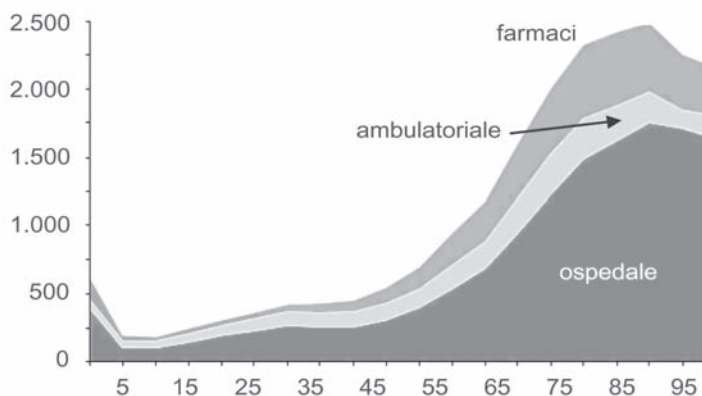
La necessità di destinare risorse ed energie sempre maggiori alla spesa per il *Welfare* (nel 2045 per 100 persone in età lavorativa ce ne saranno 85 in età non

**Grafico III - Italia: popolazione per fascia d'età (in % sul totale)**



Fonte: Istat, Ministero della Salute

**Grafico III - Italia: spesa sanitaria annua pro-capite per fascia d'età (in €, anno 2006)**



Fonte: Istat, Ministero della Salute



lavorativa, oggi ce ne sono 54) fa sì che gli sprechi della spesa sanitaria rappresentino una lesione del diritto alla Salute, rendendo insopportabile ogni inefficienza nella gestione e non più rimandabile la sua ottimizzazione.

Come afferma il Libro Verde del Ministero del *Welfare*, in Italia si trova “il meglio e il peggio nell’ambito dei Paesi industrializzati” per quanto riguarda la qualità dei servizi sanitari.

Analisi che considerano la spesa articolata per regioni confermano che le criticità non risiedono nella carenza di mezzi (spesso, anzi, si spende di più proprio dove i servizi sono peggiori), ma nella differenza dei risultati tra centri di spesa.

Dati del Ministero dell’Economia e delle Finanze mostrano, ad esempio, come, fatto 100 il costo medio per posto letto, coesistano valori pari a 139 per il Lazio e 83 per la Lombardia.

Oppure che la percentuale di parti cesarei è pari al 38% sul totale, rispetto al 24% dei Paesi OECD, con le regioni del Centro-Nord vicine a questi ultimi e il Sud complessivamente quasi al 50%.

Infine uno studio realizzato dall’Università Cattolica del Sacro Cuore, l’Università di Tor Vergata (CEIS) e il SIC, mostra che razionalizzando voci di spesa riferite a beni e servizi accessori, che pesano circa 4,5 miliardi di euro (il 4,5% del totale in sanità), è possibile risparmiare quasi un miliardo all’anno.

Risparmi che, se realizzati, potrebbero essere destinati a terapie farmacologiche, tecnologie innovative o ad assistenza sul territorio per elevare l’equità nell’accesso e la qualità del SSN.

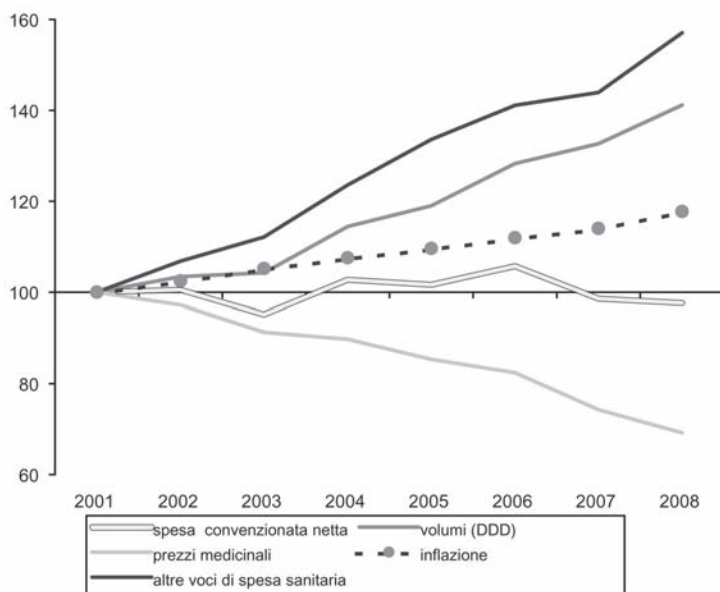
## **Medicinali e vaccini sono un investimento per l’efficienza e la sostenibilità del SSN**

La farmaceutica ha i conti in ordine e, dal 2007, le imprese sono rimaste all’interno delle risorse loro assegnate, con una dinamica di spesa ormai sostanzialmente sotto controllo, a differenza di molti degli altri comparti di spesa (che complessivamente pesano l’84% del totale).

Infatti dal 2001 al 2008, a fronte di un aumento delle altre voci superiore al 50%, la spesa farmaceutica convenzionata è diminuita del 2,4% – con un aumento dei consumi del 40% – e, in termini pro-capite, è ormai di oltre il 30% inferiore alla media dei grandi Paesi europei (Grafico IV).

È una situazione nella quale le imprese hanno subito forti tagli dei prezzi (i più bassi in Europa) ed incrementi dei costi del 20%, con una conseguente compressione delle risorse necessarie per l’autofinanziamento degli investimenti che penalizza il settore nel nostro Paese.

A una visione a compartimenti stagni (farmaceutica, ospedali, diagnostica, ecc.)

**Grafico IV - Italia: andamento della spesa sanitaria, della farmaceutica convenzionata e delle sue componenti (indice 2001=100)**

Fonte: Elaborazioni su dati Aifa, Federfarma, MEF

deve subentrare una che tenga conto delle relazioni tra le varie voci del sistema socio-sanitario e del valore delle prestazioni in termini di risultati.

Un approccio al quale orientare anche la distribuzione diretta dei farmaci – recentemente oggetto di un provvedimento per la tracciatura dei flussi da parte delle regioni – ovvero quei medicinali ritenuti di particolare rilevanza per i Pazienti, che sono distribuiti attraverso le Asl.

Questa modalità di distribuzione può essere funzionale per il governo della spesa, purché adottata nei modi previsti dalla normativa nazionale, valutandone anche i costi amministrativi necessari per il funzionamento, garantendo la libertà prescrittiva dei Medici e – soprattutto – tenendo conto delle esigenze dei Pazienti, ai quali va assicurata la piena disponibilità e accessibilità delle cure.

Nell'ottica di una farmaceutica integrata nel totale del Sistema Sanitario, l'uso corretto ed appropriato di medicinali e vaccini rappresenta uno strumento per l'efficienza e la sostenibilità del SSN, perché può generare significativi risparmi, sia

con la prevenzione primaria, sia rallentando la degenerazione di molte malattie: un bene per il Paziente come per il SSN, che può evitare il ricorso a prestazioni sanitarie più costose.

Ad esempio con la prevenzione (1 euro speso per una vaccinazione può equivalere fino a 24 euro per curare chi si ammala); rendendo non necessari interventi chirurgici; accorciando i tempi di ospedalizzazione o evitando il ricovero ospedaliero (un giorno in ospedale, circa 600 euro, costa più di tre anni di assistenza farmaceutica convenzionata, 188 euro per anno, e più dell'intero ciclo vaccinale fino ai 14 anni di età previsto dai LEA); rallentando la degenerazione o attenuando la sintomatologia di alcune malattie tipiche dell'invecchiamento; riducendo il rischio di malattie invalidanti (la degenerazione delle malattie cardiovascolari è la causa più frequente di pensioni di invalidità, con il 31,2% dei casi).

Uno studio del CER sul ruolo del farmaco come strumento di controllo per la spesa sanitaria ha recentemente mostrato che, per quanto riguarda patologie croniche quali quelle del sistema circolatorio, respiratorio e del sistema nervoso (che rappresentano oltre il 50% delle cause di morte in Italia), l'uso corretto dei farmaci comporta una minore spesa di 12,4 miliardi all'anno: 6,4 per minori spese sanitarie e 6 per maggiore produttività e minori spese per assistenza.

Farmaci e vaccini devono quindi essere considerati un investimento piuttosto che una semplice spesa corrente, e vanno valutati con un approccio costo/valore/beneficio, ovvero tenendo conto, non solo delle spese sostenute, ma anche dei loro risultati in termini di miglioramento delle cure, di risparmi per le altre voci di spesa e di crescita del Capitale Umano.

## **Il valore delle imprese del farmaco per la crescita economica e scientifica del Paese**

Oltre che per il benessere dei cittadini, la farmaceutica ha un ruolo fondamentale come settore industriale, per la crescita economica e scientifica.

L'Italia è uno dei più importanti Paesi produttori, terza in Europa per numero di addetti (dopo Germania e Francia) e quinta nel mondo (USA e Giappone ai primi due posti). Un risultato che dipende dall'impegno di tutte le imprese del farmaco: grandi gruppi a capitale nazionale che aumentano il loro impegno su scala internazionale; imprese italiane a capitale estero che in molti casi investono nel Paese; piccole e medie imprese che crescono sempre più nei settori avanzati.

Queste le cifre chiave del settore:

- 69.500 addetti diretti, più del 90% laureati o diplomati, e 61 mila nell'indotto a monte;
- 6.230 addetti alla R&S, il 9,0% degli addetti totali (sono l'1,3% nella media dell'industria);

- 2,3 miliardi di euro di investimenti in produzione e Ricerca;
- una *pipeline* di 198 progetti di ricerca italiani e 136 prodotti biotech in fase clinica (oltre ai 73 in fase preclinica e 49 in *discovery*);
- 23 miliardi di euro di produzione, il 53% rivolto alle esportazioni, cresciute del 200% dal 1996;
- oltre 30 acquisizioni all'estero dal 2000 e 200 insediamenti totali.

Le imprese del farmaco si distinguono dunque per impegno in Ricerca e Innovazione (che sostengono per oltre il 90%), elevati livelli di investimenti, qualità dell'occupazione e propensione all'export, caratteristiche tipiche di un settore avanzato che permettono di generare una maggiore quota di valore aggiunto rispetto alla media dell'industria.

La farmaceutica è un settore *hi-tech* ad alta vocazione industriale e con forte presenza nel Paese: le esportazioni farmaceutiche sono il 37% del totale *hi-tech* dall'Italia e i medicinali hanno un saldo positivo da oltre 10 anni, mentre la bilancia commerciale degli altri settori a elevata tecnologia è negativa per quasi 15 miliardi.

Una specializzazione che fa della farmaceutica un *asset* strategico per la competitività dell'Italia nell'Economia della Conoscenza, fondamentale per sostenere la ripresa della crescita, senza la quale trovare le risorse da destinare alla spesa sociale diventa quasi una "missione impossibile".

## Rinnovare la *governance* per promuovere qualità e responsabilità

Il nuovo modello di *Welfare* si propone di sostituire un approccio dirigista – che fa “calare dall'alto” la sua rete di protezione, prestazioni sanitarie e finanziamento – con uno fondato su una maggiore responsabilità di tutti gli attori del sistema (istituzioni, imprese, cittadini, medici).

Una responsabilità di tipo intergenerazionale, ovvero verso il presente (risposte adeguate alle esigenze di cure, prevalentemente per gli anziani), ma anche verso il futuro (garantire alle giovani generazioni sostenibilità del sistema e capacità di crescita economica).

Responsabilità per le istituzioni, nazionali e regionali, per introdurre elementi di *governance* che garantiscano su tutto il territorio nazionale la diffusione delle *Best Practice* e l'omogeneità delle prestazioni, affinché decisioni prese a livello locale non siano in contraddizione con quelle dell'autorità centrale.

Va infatti evitato da un lato che duplicazioni di competenze penalizzino i Pazienti, ad esempio allungando i tempi per l'introduzione dei farmaci innovativi nei Pron-tuari rispetto all'approvazione a livello nazionale, con un ritardo di oltre 200 giorni in media e forti differenze tra regioni.

Dall'altro che decisioni locali abbiano ricadute strutturali, che impoveriscono l'intero Paese, come ad esempio nel caso di provvedimenti che ledono la tutela del valore della proprietà intellettuale.

Dal canto loro le imprese sono chiamate ad intensificare i propri investimenti in Ricerca e a garantire, a fronte della spesa erogata, un adeguato valore economico, scientifico e sociale.

Impegno che passa anche attraverso la creazione da parte delle Istituzioni di incentivi alla R&S, con meccanismi chiari e trasparenti per premiare il merito e l'eccellenza.

Mai più incentivi a pioggia, ma focalizzati su aree strategiche e vincolati al raggiungimento di obiettivi dichiarati, secondo un piano prestabilito con seri controlli sul miglior uso delle risorse.

Infine, il nuovo *Welfare* passerà da un approccio "di massa" e di rimedio post-evento ad un modello centrato sulla persona e sulla prevenzione, con un aumento della responsabilità di tutti i cittadini.

Concetti quali appropriatezza, vaccinazioni, *screening*, *compliance*, persistenza della terapia, stili di vita salutari saranno sempre più importanti.

Temi fondamentali da affrontare con l'apporto determinante dei Medici, sempre più fulcro del SSN e guida per il cittadino. Una risorsa da valorizzare ulteriormente come garanti per la riqualificazione della spesa, l'adozione delle migliori cure e l'uso responsabile delle risorse.

## Conclusioni

I forti cambiamenti strutturali impongono di ripensare l'attuale modello socio-sanitario. Qualità e universalità sono valori da difendere, con una razionalizzazione del sistema, necessaria per evitare il pericolo che domanda sanitaria crescente e risorse limitate da una bassa crescita economica comportino il possibile razionamento delle prestazioni.

Un passaggio chiave sarà la riforma federalista, per raggiungere un equilibrio tra risposte adeguate alla domanda di salute, necessario governo della spesa e attenzione per l'innovazione e per la competitività in un comparto molto importante per la crescita.

Rinnovare le basi del nostro servizio sanitario, mantenendone i punti di forza è un lavoro che richiede una progettualità di alto livello, per re-ingegnerizzare la sanità ed utilizzare al meglio le risorse che già ci sono, in base alle mutate esigenze del Paese. Ad esempio con lo spostamento delle cure dall'ospedale al territorio e la costruzione di una rete di servizi per il trattamento a domicilio delle persone non autosufficienti, azioni concrete per razionalizzare la spesa e al contempo rispondere all'evoluzione della domanda di salute.

Non solo, andrà affrontata anche una riflessione sulla compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, con esenzione per i redditi bassi e per le fasce deboli,

e che in ogni caso preveda meccanismi di defiscalizzazione delle spese sostenute per la salute.

L'Italia può fare conto sulle grandi risorse di una Sanità pubblica e privata che, pur con i ritardi che è necessario superare, va considerata un patrimonio per il Paese. Qualità che hanno trovato negli ultimi anni un supporto importante in un approccio politico positivo e con provvedimenti favorevoli alla Ricerca, che vanno consolidati, ma che segnano una svolta rispetto agli anni passati.

Dopo lo sviluppo per molti versi senza regole di alcuni settori della finanza, è auspicabile che “torni di moda” e venga valorizzata l'economia reale dei settori che fanno di Innovazione e Risorse Umane i loro punti di forza. Come il farmaco, a tutti gli effetti un settore del *made in Italy*, dall'alto valore sociale, per il suo contributo al SSN, ed industriale nell'Economia della Conoscenza.

Le imprese del farmaco che operano e investono in Italia vogliono essere co-protagoniste nella costruzione di un nuovo sistema di *Welfare*, insieme ai molti attori del nostro SSN, a partire dai medici – di elevatissima professionalità e dedizione – i farmacisti, gli operatori sanitari, gli amministratori pubblici.

Con un lavoro in comune per contribuire a un sistema più adatto alle nuove caratteristiche della società e che valorizzi la centralità della persona, con più salute, più equità, più competitività e occupazione, più sostenibilità: un circolo virtuoso per i cittadini di oggi e quelli del futuro.

## Raccomandazioni

- *Per preservare qualità e universalità del SSN a fronte della crescente domanda di Salute è necessaria una forte assunzione di responsabilità da parte di tutti gli attori per l'uso appropriato delle risorse.*
- *Va abbandonata una visione economicistica e a compartimenti stagni, adottandone una che tenga conto del valore delle prestazioni e delle relazioni tra le varie voci del sistema socio-sanitario.*
- *La possibilità di accedere alle terapie innovative è il fattore che caratterizza la qualità del servizio sanitario, per questo la crescita della Ricerca è fondamentale per ottenere significativi miglioramenti per il sistema.*
- *Rafforzare l'attività dei centri di eccellenza della ricerca italiana e creare i presupposti per il loro ingresso nel network internazionale deve essere una priorità.*
- *Un compito per il quale le imprese sono chiamate ad intensificare i propri investimenti e le Istituzioni a creare un ambiente favorevole alla crescita, con azioni di contesto (stabilità del quadro normativo, risorse adeguate, incentivi alla R&S con logiche premiali, tutela della proprietà intellettuale) che possono determinare un grande impulso positivo.*

### **Riferimenti normativi**

Per i riferimenti legislativi essenziali per quanto riguarda la distribuzione diretta dei farmaci si consideri la Legge 405/2001 art. 8 (*Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria*), Legge 222/2007 art. 5 (*Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 1° ottobre 2007, n. 159, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale*), il Decreto Ministero della Salute del 31 luglio 2007 (*Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto*) modificato con decreto del Ministero del Lavoro, della Salute delle Politiche Sociali, del 13 novembre 2008.

### **Riferimenti bibliografici**

*Libro Verde sulla spesa pubblica*, Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2007.

*Trent'anni di ricerca biomedica e di lotta alle malattie: passato e futuro del farmaco*, Forum per la Ricerca biomedica, Censis, 2008.

*Crisis, what productivity crisis?*, SCRIP vol. 1 n. 7, 2008.

*La vita buona nella società attiva. Libro Verde sul futuro del modello sociale*, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2008.

*Il valore del farmaco. I farmaci come strumento per il controllo della spesa sanitaria*, CER-Centro Europa Ricerche, 2008.

*Analisi del trend della spesa delle aziende sanitarie del SSN*, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Economia, Roma CEIS-Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata, SIC Sanità in Cifre Federanziani, 2009.

*Indicatori Farmaceutici, L'industria del farmaco, la salute del Paese*, Farminindustria, 2009.

*Studio sul settore farmaceutico italiano*, Centro di Ricerca Imprenditorialità e Imprenditori (EntER), SDA Bocconi, 2009; "Biotecnologie in Italia", Blossom & Company-Assobiotec, 2009.

*I farmaci ospedalieri tra Europa, stato, regioni e cittadini*, CERM, 2009.





## 6.2 La prescrizione e l'utilizzazione dei farmaci: ruolo e responsabilità della Assistenza Primaria

**Carlo Manfredi**

### LA MEDICINA GENERALE COME DISCIPLINA

La medicina generale (m.g.) è una disciplina che entra in relazione con la totalità e la complessità della persona inserita nella sua realtà naturale e culturale. Nella persona coesistono infiniti elementi appartenenti alla sua identità fisica, soggettiva, esistenziale, culturale e sociale che sono tali da renderla unica. Oltre alla variabilità biologica, cambiano l'idea della vita, lo stile, i valori, la spiritualità e la storia degli individui. Il medico di m.g. s'immerge nella trama complessa dell'esistenza e allarga il suo sguardo a comprendere l'insieme della persona facendo attenzione a non lasciarsi sfuggire l'essenziale che deve essere colto nella molteplicità delle sue espressioni. Una persona è considerata in uno stato di buona salute se è in grado o meno di realizzare il proprio progetto di vita. Per questo vengono attribuiti a salute, malattia, guarigione, cronicità e trapasso significati che travalicano il mero dato biologico. La malattia è sofferenza e frustrazione per l'incapacità di compiere le azioni della vita quotidiana e per l'angoscia di percepire la propria vulnerabilità. Il paziente, nel raccontare al medico la propria "storia di malattia", descrive nel modo più vero e completo il suo malessere che comprende i suoi stati d'animo, le sue esperienze interiori, il suo vissuto e le sue aspettative future. Pertanto la narrazione che il paziente fa della sua patologia deve essere considerata al pari dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa. Il trasferimento nella pratica della conoscenza medica non è pertanto univoco ma è oggetto di un confronto con la cultura del paziente.

Il rapporto fra medico di m.g. e paziente è contrassegnato da un divenire continuo perché nel tempo cambiano il paziente, il medico e la loro relazione, e si modifica l'ambiente intorno a loro. Il variare dei bisogni della persona e le crescenti, multiformi, mutevoli e, talora, contraddittorie aspettative dei pazienti implicano una continua necessità di scomposizione e ricomposizione della *technè* della m.g. che va ben oltre il rapido evolvere delle conoscenze e delle risorse tecnologiche. La m.g. si fonda dunque sulla capacità di adattarsi alla variabilità storica dei contesti e della conoscenza scientifica mantenendo inalterata la capacità di relazionare con le persone nel rispetto della loro libertà e autonomia in un rapporto di condivisione esistenziale e di comunicazione autentica.

## LA SCELTA TERAPEUTICA

### Le attese del paziente

Il mito fondante dell'attività terapeutica ci è stato tramandato dalla cultura greca nella figura semidivina del centauro Chirone, un abile guaritore che, ferito a sua volta, non è in grado di guarire se stesso perché condivide con l'uomo il fatto di essere mortale. Anche il medico è colpito da questa "ferita" esistenziale. Nonostante si prodighi con passione ed entusiasmo per contrastare la malattia è impotente di fronte alla morte alla quale esso stesso è inesorabilmente soggetto. Il paziente percepisce la malattia come una "ferita" psicofisica irrimediabile e talora insopportabile della propria integrità che lo rende insicuro e timoroso perché avverte che su di lui incombono disabilità, sofferenza e morte.

Per questo, si rivolge fiducioso al medico consapevole del fatto che la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica mettono a disposizione sempre nuove opportunità per migliorare gli esiti di molte malattie. Al tempo stesso chiede al medico di non essere considerato come un oggetto passivo sul quale riversare il sapere scientifico ma come una persona sofferente intensamente bisognosa di compassione, di altruismo e di empatia.

Infine, aspira ad avere garanzie sull'autonomia del medico che auspica scevro da conflitti d'interesse.

### L'alleanza terapeutica

La prescrizione di un trattamento, adattato alle specifiche esigenze del soggetto, allo scopo di migliorare o di ripristinare lo stato di benessere o di salute, rappresenta concretamente la nascita dell'alleanza terapeutica.

La scelta è resa spesso più complessa dalla concomitanza di più patologie croniche, dai problemi psicologici e relazionali lavorativi e familiari e dai fattori emotivi e culturali variamente intrecciati e combinati fra loro. Gli orientamenti prescrittivi del medico sono influenzati anche dalla sua preparazione, dall'esperienza clinica, dalle suggestioni scientifiche, dalla mole d'informazioni disponibili, dai nuovi farmaci e dal desiderio di provarli.

Tuttavia il processo relazionale bidirezionale che instaura con il paziente vincola il medico di m.g. a prescrivergli ciò che è più confacente secondo, scienza ed etica, alle sue necessità e alla condizione biologica ed esistenziale nella quale si trova. Per questo il medico considera tutto ciò che appare utile per il bene del paziente come un imperativo da raggiungere per alimentare il processo di cura e rinforzare l'alleanza terapeutica.

## I condizionamenti del medico

L'esito della prescrizione non dipende solo dai contenuti scientifici ma anche dall'interazione fra il sistema di valori, verità, sensibilità, convinzioni e credenze del medico con quelle del paziente. Per questo è indispensabile stabilire un rapporto di feconda comunicazione bidirezionale nella fase di definizione e di successiva gestione della scelta. La cura è quindi scientificamente definita ma è, al tempo stesso, culturalmente aperta. Il farmaco deve essere "pensato" considerando tutti gli aspetti della vita di una persona che vanno oltre la realtà biologica del corpo vivente e della malattia. Il medico, attraverso la sua persona fisica, la sua cultura, la capacità relazionale ed empatica, diventa prescrizione di se stesso ed elemento decisivo sull'esito del trattamento. L'attenzione alla personalità del malato, alle condizioni del suo vivere, alla sua volontà di guarigione e al suo progetto di vita permette di dispiegare pienamente l'azione del farmaco che diventa mezzo ed espressione del "prenderci cura". Abdicare alla forza della comunicazione favorisce l'accesso al farmaco come dispendioso surrogato e scorciatoia puramente chimica della relazione con il paziente e della cura. Il farmaco è un investimento affettivo, una promessa variamente modulata nella cultura delle diverse persone, una parola "magica", un incantesimo biologico o un "miracoloso tocco salvifico".

La responsabilità condivisa della scelta permette di estendere il processo di cura, attraverso il conseguimento del benessere del singolo, al bene della società. L'atto prescrittivo è peraltro gravido di conseguenze economiche in quanto, scegliendo tra varie possibilità, anche non farmacologiche, finisce per ripercuotersi sull'impiego delle risorse. L'attività prescrittiva è condizionata da disposizioni che vincolano il medico di m.g. al rispetto del prontuario terapeutico, delle linee guida, dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e del  *tetto*  di spesa assegnato. Pertanto, essendo il medico coinvolto nella responsabilità della gestione di risorse che sono di tutti, se sfrutta pienamente le sue competenze e abilità tecniche per indirizzarle al bene comune, carica ulteriormente il suo operare di preziose valenze *civili ed etiche*.

## La terapia e il suo contesto

Nell'ambito dell'assistenza primaria una buona parte dei casi è rappresentata da patologie sfumate che spesso si autolimitano o che sono di breve durata. Sono pertanto difficili da racchiudere entro i limiti ben definiti di categorie nosologiche codificate. In molti altri casi il quadro clinico appare caratterizzato da una costellazione di segni e sintomi indifferenziati e disorganizzati che oscillano per intensità e per durata. Si tratta per lo più di sintomi e di disturbi nei quali elementi fisici, funzionali, psichici, sociali e comportamentali sono variamente intrecciati ed embricati fra loro. Spesso la malattia è osservata nella sua fase iniziale prima che il quadro clinico possa mostrarsi in tutta la sua completezza. Prevalgono, dunque, situazioni più sfumate di

malessere soggettivo (*illness*) piuttosto che malattie intese come *disease* (processi patologici identificabili con la metodologia diagnostica corrente). Il paziente ha un suo “modello profano di malattia” che condiziona il potere di negoziazione che esercita nel corso della consultazione con il medico. Il medico di famiglia non cura solo malattie, ma anche “disagi” perché sa di avere a che fare con una “persona”. Ai pazienti che si aspettano un rimedio per ogni sintomo, deve spesso semplicemente comunicare che *molti disturbi non richiedono alcun intervento farmacologico perché si autolimitano*. Del resto le prescrizioni finalizzate a soddisfare il bisogno psicologico e di rassicurazione di chi la richiede e di chi la prescrive, sono spesso insoddisfacenti, potenzialmente a rischio di reazioni avverse e fonte di dilatazione della spesa. Anche quando la diagnosi è accurata e il trattamento univoco e universalmente accettato, non devono essere trascurati gli aspetti soggettivi del paziente e la relazione medico-paziente per evitare che una scarsa accettabilità e aderenza al trattamento possano depotenziarne o vanificarne l'efficacia.

### **La conoscenza scientifica come base della terapia**

La terapia è una scienza *tecnologica* o *applicata* perché fonda preferibilmente le previsioni sugli esiti che i trattamenti potranno avere nei singoli pazienti sulle conoscenze derivate da sperimentazioni cliniche controllate e randomizzate (*Randomized Controlled Trial* – RCT, vedi glossario in allegato) ben disegnate e condotte. Il RCT rappresenta, infatti, lo strumento metodologicamente più valido per ottenere la prova, entro i limiti di probabilità assegnati, che un trattamento è in grado di modificare favorevolmente il decorso naturale di una malattia in termini di prolungamento della sopravvivenza e/o di miglioramento della qualità della vita. La terapia è, però anche una disciplina *storica* o *idiografica* giacché trasferisce le conoscenze di carattere generale, ricavate su popolazioni selezionate, al singolo individuo, un universo a sé, diverso da tutti gli altri passati, presenti e futuri, e portatore di una storia localizzata nel tempo e nello spazio. La terapia è pertanto una scienza *tecnologica* e *storica* che realizza una sintesi fra i contenuti della conoscenza scientifica e le peculiarità della storia e della realtà clinica dell'individuo per decidere qual è la strada migliore da seguire per lui.

Il RCT si colloca all'apice della gerarchia delle prove di efficacia (tabella 1 e glossario allegato) perché, rispetto ad altri disegni di studio, si caratterizza per un rigore metodologico nelle fasi di pianificazione, conduzione e analisi dei risultati che rendono minimo l'effetto dei *bias*. Il *bias* o distorsione, è un errore sistematico che, introdotto consciamente o inconsciamente in qualsiasi stadio dell'inferenza, modifica una o più condizioni dell'esperimento in modo tale da condurre a conclusioni errate. In presenza di un *bias* il risultato dell'esperimento va in una direzione diversa da quella verso la quale si dirigerebbe se l'unica differenza fra i gruppi derivasse dai trattamenti a confronto.

Gli strumenti metodologici adottati nella progettazione degli studi per tenere sotto controllo e ridurre al minimo gli errori sistematici comprendono la randomizzazione, la cecità, i criteri d'inclusione e di esclusione, la completezza del *follow-up* e l'analisi dei risultati con l'approccio *intention-to-treat*. La randomizzazione è una procedura che garantisce a tutti i pazienti la stessa probabilità di essere assegnati a uno qualunque dei gruppi di trattamento a confronto. L'assegnazione "*at random*", se la numerosità del campione è adeguata, permette che i fattori noti che influiscono sulla prognosi, come ad esempio sesso, età, gravità della malattia, fattori di rischio, patologie concomitanti, e tutti gli altri fattori, la cui natura e identità non sono conosciute, si distribuiscano omogeneamente fra i gruppi di trattamento. La randomizzazione è anche la *conditio sine qua non* per l'applicazione delle inferenze statistiche poiché rende possibile stabilire il rapporto causa effetto fra il trattamento in studio e i risultati ottenuti. Gli studi ben disegnati e realizzati da ricercatori qualificati in condizioni organizzativo-assistenziali ottimali che confrontano il trattamento attivo con il placebo su popolazioni molto selezionate e omogenee (ad es. limitando l'arruolamento a ristretti ambiti di gravità della malattia, eliminando i pazienti più "complessi" per comorbidità e/o polifarmacoterapia, oppure i soggetti in condizioni generali scadute, gli anziani, le donne in gravidanza o che allattano e i bambini), si caratterizzano per un'elevata validità interna, espressione della loro qualità metodologica, che dimostra l'efficacia del trattamento in condizioni sperimentali ideali (*efficacy* [vedi tabella 2 e glossario allegato]).

Le conclusioni degli studi di *efficacy* sono generalizzabili esclusivamente a pazienti simili a quelli ammessi allo studio che sono scarsamente rappresentativi dell'universo dei pazienti affetti dalla malattia. Pertanto la validità esterna di questi studi, espressione del grado con cui i risultati possono essere applicati a popolazioni differenti e in contesti assistenziali diversi, è molto limitata.

Dimostrare l'*efficacy* di un trattamento è utile ai fini regolativi presso le autorità regolatorie per immettere sul mercato i nuovi farmaci ed è un passaggio spesso obbligato prima di procedere alla valutazione dell'efficacia reale (*effectiveness* – vedi tabella 2 e glossario allegato) nelle popolazioni molto più eterogenee che s'incontrano nelle condizioni assistenziali dell'assistenza primaria. Per valutare l'efficacia pratica è preferibile ricorrere al disegno dello studio proprio dei *pragmatic trial* che si prefiggono di dimostrare se un trattamento di *efficacy* documentata è dotato anche di *effectiveness* (tabella 2). Si tratta di studi randomizzati realizzati in condizioni assistenziali simili al *setting* dell'assistenza primaria che ammettono criteri d'inclusione meno selettivi, che confrontano dei regimi terapeutici più flessibili e che sono condotti da medici sperimentatori con un addestramento paragonabile a quello dei professionisti che agiscono nella realtà assistenziale esistente. Questi studi permettono di arruolare popolazioni di pazienti molto simili alla popolazione che s'incontra nella pratica corrente e le loro conclusioni saranno più facilmente generalizzabili ai pazienti esterni agli studi. Tuttavia, è spesso difficile tracciare una linea netta di demarcazione fra studi di *efficacy* e di *effectiveness*. In effetti, quasi sempre coesistono nello stesso studio

caratteristiche di entrambe le metodiche che risultano di volta in volta più o meno accentuate.

Per questo motivo, per valutare la generalizzabilità o validità esterna di un trial, è necessario verificare quanto l'eccesso di validità interna ne restringa l'applicabilità alle popolazioni osservate nelle condizioni di assistenza corrente.

I trial pragmatici non sono ancora diffusi come sarebbe auspicabile soprattutto nell'assistenza primaria che ne rappresenta il *setting* naturale. La pianificazione di studi pragmatici è strettamente legata allo sviluppo della ricerca indipendente che ha tra i suoi obiettivi anche quello di dimostrare l'efficacia degli interventi sanitari "nel mondo reale".

È possibile che trattamenti di dimostrata *efficacy* siano sprovvisti di *effectiveness*, pertanto la loro adozione nella pratica, implicherebbe l'impiego di risorse che potrebbero essere più appropriatamente allocate.

**Tabella 1 - Livelli di efficacia delle evidenze scientifiche**

<b>Livello di evidenza</b>	<b>Tipo di studi dai quali è stata ottenuta la validità delle prove di efficacia</b>
I a	Metanalisi di RCTs senza eterogeneità*
I b	Singolo RCT con intervallo di confidenza ristretto
I c	Criterio <i>all or none</i> (tutti o nessuno): prima della disponibilità del trattamento tutti i pazienti morivano o peggioravano mentre con il nuovo trattamento <i>una parte sopravvive o migliora</i> ; oppure: una parte dei pazienti non trattati muoiono o peggiorano mentre <i>nessuno fra quelli che seguono la nuova terapia muore o peggiora</i>
2 a	Una metanalisi con omogeneità* di studi di coorte
2 b	Almeno uno studio di coorte di qualità elevata o un RCT di bassa qualità (ad es. quelli con follow-up in meno dell'80%)
2 c	Studi post-marketing di <i>outcome</i>
3 a	Una metanalisi con omogeneità * di studi caso-controllo
3 b	Singolo studio caso-controllo di qualità elevata
4	Almeno una serie di casi di qualità elevata (o studi di coorte e caso-controllo di scarsa qualità)
5	Opinione di esperti, senza riferimento a una delle evidenze dei livelli precedenti, basata sulla fisiopatologia o su ricerche di base o su principi generali

Le raccomandazioni basate su quest'approccio si applicano al paziente "normale" e possono essere modificate alla luce delle caratteristiche individuali e alle preferenze del paziente.

\*omogeneità: si riferisce a studi numerosi che forniscono stime ampiamente concordanti per l'effetto del trattamento.

**Tabella 2 - Differenze tra studi clinici di efficacy e di effectiveness**

	<b>Studio di efficacy</b>	<b>Studio di effectiveness</b>
Disegno dello studio	RCT	RCT, Studi Osservazionali Caso Controllo e di Coorte
Assegnazione dei pazienti	Randomizzata	Randomizzata (RCT) o decisa dal curante (Studi Osservazionali)
Setting	Standard organizzativo assistenziali ideali (Università, Ospedali, Istituti di ricerca)	Contesto assistenziale "reale", Cure primarie
Professionisti Ricercatori	Specialisti con addestramento ed esperienza elevati	Medici delle cure primarie
Popolazione	Omogenea	Eterogenea
Pazienti	Altamente selezionati e motivati Esclusione dei pazienti complessi	Tutti Criteri di esclusione limitati
Trattamento di Controllo	Placebo o terapia standard	Tutte le terapie disponibili (anche assenza di trattamento o trattamento non farmacologico)
Modalità di trattamento	Definite da un protocollo rigoroso (più standardizzate)	Definite secondo i criteri della pratica corrente (più variabili e flessibili)
Misure di esito	Surrogate (modifiche di parametri strumentali e di laboratorio) o clinicamente rilevanti (morbilità e mortalità)	Cliniche (morbilità e mortalità) Soggettive del paziente Costi diretti e indiretti, individuali e sociali
Attendibilità	Elevata per <i>outcome</i> clinici	Elevata per <i>outcome</i> soggettivi
Conclusioni	Causalità (nesso causa effetto)	Causalità (RCT) Associazioni, correlazioni e stime (Studi osservazionali)
Validità interna	Elevata	Inferiore
Validità esterna	Inferiore	Elevata e rilevante per il paziente Fornisce indicazioni per l'allocazione delle risorse
Generalizzabilità	Limitata ad una popolazione specifica e selezionata	Ampia per molti pazienti
Costi di esecuzione	Generalmente alti	Variabili, ma relativamente bassi

## Efficienza farmacologica, efficacia clinica

Gli *end point* degli studi clinici più rilevanti per la pratica terapeutica sono rappresentati dalla riduzione della mortalità per tutte le cause, dal prolungamento della sopravvivenza, dalla riduzione degli eventi clinici legati alle complicanze indotte dalla malattia di base (ad es. infarto, reinfarto, ictus, fratture etc.), dalla capacità del paziente di mantenere uno stile di vita attivo (assenza di limitazione dell'autonomia e di disabilità), dalla qualità della vita e da un minore ricorso al ricovero ospedaliero o alla chirurgia.

I trials che studiano gli *end point clinici* sono definiti terapeutici o di *efficacia clinica*. Gli studi che adottano parametri di *efficienza farmacologica*, surrogati rispetto a quelli primari o clinici, ad es. l'aumento della massa ossea e non l'incidenza di fratture, la riduzione della pressione arteriosa o del colesterolo piuttosto che una minore incidenza degli eventi cardiovascolari fatali e non fatali, sono detti *conoscitivi* o di *efficienza farmacologica* e portano a conclusioni più fragili.

Infatti, nonostante le loro conclusioni appaiano spesso ragionevolmente affidabili alla luce delle conoscenze dei meccanismi fisiopatologici della malattia e delle osservazioni epidemiologiche, non sempre esiste un rapporto lineare fra l'*end point* surrogato e quello primario e quindi non sono necessariamente predittivi della capacità di ridurre l'incidenza degli eventi clinici che s'intende prevenire o rimandare.

Per dimostrare l'efficacia "nel mondo reale", sono spesso disegnati studi di tipo osservazionale che, rispetto ai trial, occupano un livello inferiore nella gerarchia delle evidenze (vedi tabella 1 e glossario allegato).

I risultati degli studi osservazionali devono essere valutati con la dovuta circospezione perché tendono a sovrastimare quasi sempre l'efficacia dei trattamenti e spesso non sono confermati da studi sperimentali.

## Terapia ed EBM

La medicina basata sulle prove di efficacia (*Evidence Based Medicine* [EBM]) propone che le decisioni cliniche, nell'assistenza al singolo paziente, devono risultare dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori prove di efficacia scientifiche disponibili, nel rispetto dell'autonomia del medico e delle preferenze del paziente. L'EBM vincola il medico a fondare le sue scelte su criteri scientifici, oggettivi e riproducibili per evitare che utilizzi pratiche e cure superate, inutili o più dannose di quelle che un'accurata analisi della letteratura potrebbe consentire.

I risultati dei RCTs possono essere anche esaminati nella loro globalità in revisioni sistematiche spesso combinate in una metanalisi che fornisce una stima complessiva e quantitativa dell'efficacia di un trattamento.

Questa modalità di analisi non può tuttavia correggere la qualità e l'eterogeneità



dei dati che esamina e che include, e, quindi non tutte le conclusioni delle metanalisi garantiscono il massimo livello di evidenza (tabella 1). La qualità dei risultati di una metanalisi è condizionata dal rigore metodologico e dai procedimenti statistici adottati. La letteratura scientifica è tuttavia disorganizzata, pletrica e in larga misura irrilevante per la pratica clinica.

Il medico riceve spesso informazioni molteplici, frequentemente discordanti e fuorvianti, che la sua formazione di epidemiologia clinica e di biostatistica non gli permette di valutare autonomamente e in modo critico. Tutti i medici dovrebbero possedere una preparazione di base sufficiente a identificare gli articoli scientifici o le metanalisi di buona qualità e a comprenderne la rilevanza per la pratica clinica. Non è realistico pensare di poter insegnare a tutti i medici come ricercare e interpretare RCTs e metanalisi. Alla luce di questo assume grande importanza pratica la letteratura secondaria rappresentata da sintesi strutturate e commentate di facile e rapida consultazione dei principali RCTs e delle metanalisi più attuali redatte da parte di esperti indipendenti. Da notare che articoli scientifici, *consensus conferences*, editoriali, consigli di colleghi, informatori farmaceutici, linee guida possono contenere in misura maggiore o minore errori sistematici o essere gravate da pesanti conflitti d'interesse.

L'analisi dei comportamenti prescrittivi indica spesso l'esistenza di una "sintonia" fra il comportamento prescrittivo e gli obiettivi di mercato delle industrie. Esiste un'inconsapevolezza diffusa fra i medici del fatto che messaggi promozionali e ricompense di vario tipo inducono pregiudizi e perdita dell'autonomia di giudizio. Non tutti conoscono e apprezzano la metafora del porcospino. Una novella inglese narra la vita di questi animali durante il freddo inverno. I porcospini, nelle loro tane, si avvicinano l'un l'altro per scaldarsi. Sono però consapevoli del fatto che, se l'abbraccio diventa troppo stretto, si pungono.

Anche medici e Industria hanno bisogno l'uno dell'altro, ma, se si avvicinano troppo, rischiano di compromettere la reciproca integrità e libertà.

### **La prescrizione tra linee-guida ed esigenza di personalizzazione**

Le linee guida (LG), elaborate attraverso un processo di analisi sistematica delle migliori prove di efficacia disponibili in letteratura, sono uno strumento di sintesi delle conoscenze scientifiche che definisce raccomandazioni di comportamento clinico per assistere il medico nella gestione più appropriata della prevenzione, della diagnosi e della terapia nel singolo paziente. Le LG di buona qualità si caratterizzano per la flessibilità e per la buona adattabilità al contesto clinico alle peculiarità dei diversi pazienti. Il medico non deve interpretare rigidamente le LG né applicarle senza tener conto delle caratteristiche e delle esigenze personali dei singoli pazienti. Le LG vanno viste come un aiuto alle decisioni cliniche e non come un fattore vincolante e limitante la libertà clinica. Infatti, data la variabilità delle condizioni cliniche e delle situazioni psicologiche e sociali nelle quali si possono trovare le persone,

può essere lecito e doveroso discostarsi in maniera motivata da quanto suggerito da una LG.

La qualità e l'affidabilità delle raccomandazioni di una LG può essere condizionata dai limiti metodologici o dall'eterogeneità dei risultati degli studi sui quali si basa. In questi casi deve essere valutato il rischio che sia lasciato troppo spazio alle interpretazioni fisiopatologiche o alle opinioni e all'esperienza personale dei componenti del gruppo di stesura. Infine, le LG possono essere condizionate da conflitti d'interesse che possono riguardare in varia misura il medico, gli amministratori pubblici o le Società Scientifiche. Le LG esistenti sono di qualità molto diversa, qualche volta si contraddicono tra di loro e talora sono troppo complicate da seguire. Nell'adattamento locale di LG nazionali o internazionali le raccomandazioni devono essere riconsiderate anche sulla base del contesto assistenziale esistente.

Dato che le raccomandazioni in sanità sono di tipo probabilistico, raramente possono riguardare tutti i pazienti e le situazioni cliniche.

### **La terapia in assenza di prove di efficacia**

In molte aree della medicina non esistono ricerche di buona qualità e numerose e ampie sono le *'zone grigie'* nelle quali non è possibile assumere decisioni corroborate da solide dimostrazioni scientifiche. Nella pratica corrente i trattamenti prescritti sono solo in parte basati su prove di efficacia convincenti e spesso fanno riferimento a evidenze più fragili o incerte. Molti trattamenti, originariamente basati su conoscenze di fisiopatologia e di farmacologia, possono essere ugualmente considerati efficaci nella pratica clinica se sono stati confermati da un'esperienza diretta vasta e condivisa in medicina. In alcuni casi hanno reso curabili malattie a evoluzione spontanea invariabilmente fatale come l'insulina nel coma diabetico, la vitamina B<sub>12</sub> nell'anemia perniziosa e la penicillina nell'endocardite batterica. Si tratta di una circostanza prevista nella definizione dei livelli di efficacia di un trattamento (tabella 1 e glossario allegato) poiché risponde al criterio *all or none* che fa riferimento alle condizioni cliniche nelle quali tutti i pazienti non trattati muoiono e una parte di quelli trattati sopravvive, oppure, una parte dei pazienti non trattati muoiono e tutti quelli trattati sopravvivono (livello di evidenza 1c). Infine, nelle condizioni in cui non sono disponibili trattamenti in grado di modificare la storia naturale della malattia, tutti gli interventi devono mirare a limitare la sofferenza.

## **IL PROCESSO TERAPEUTICO**

La terapia consiste nell'assegnazione degli interventi - farmacologici, chirurgici, psicoterapeutici o di altra natura (stili di vita, abitudini voluttuarie, dieta) - convenientemente adattati alle specifiche esigenze e alle caratteristiche individuali, allo scopo di

conservare la salute, di ripristinare uno stato di benessere, di alleviare le sofferenze o di correggere le disabilità. La prescrizione di farmaci è condizionata dal fatto che essi non sono efficaci in tutti i casi nei quali sono indicati e non sono sempre adattabili alle caratteristiche del singolo soggetto.

La terapia può essere:

- 1) **etiologica o risolutiva:** se è in grado di far ottenere la guarigione eliminando l'agente causale (come ad esempio un antibiotico in una malattia infettiva);
- 2) **ablativa:** se consente la guarigione per eliminazione dell'elemento etiologico analogamente a quanto si può realizzare nelle neoplasie;
- 3) **fisiopatologica e/o patogenetica:** se modifica la situazione indotta dalla malattia nell'organismo e, pur senza eliminare la causa, ne previene le complicazioni, ne ritarda la progressione o le ricadute;
- 4) **sintomatica:** se risolve o attenua le manifestazioni della malattia senza interferire con le sue cause;
- 5) **profilattica o preventiva:** se previene l'insorgere o il progredire di una malattia. Trattamenti profilattici finalizzati alla prevenzione primaria di malattie nella popolazione generale sono rappresentati, ad esempio, dalle vaccinazioni, dal *connselling* mirato alla riduzione del peso corporeo o alla cessazione del fumo di sigaretta, dall'impiego di statine in pazienti con elevato rischio cardiovascolare. In prevenzione secondaria vengono prescritti vari farmaci per prevenire il verificarsi di nuovi eventi clinici come ad esempio l'impiego di acido acetilsalicilico (Aspirina®) a basse dosi e di statine nel post infarto.
- 6) **riabilitativa:** se è orientata a correggere disabilità;
- 7) **palliativa:** se allevia le manifestazioni della malattia senza influenzarne il decorso.

Il processo decisionale che deve guidare nella scelta terapeutica, coinvolge una serie di valutazioni successive e ordinate in una sequenza razionale che prevede i seguenti passaggi:

- 1) **Formulare, se possibile, la diagnosi:** nessun intervento terapeutico dovrebbe essere eseguito senza prima aver formulato un'ipotesi diagnostica e averla accertata. L'obiettivo è di prescrivere nella misura maggiore possibile per diagnosi e non per sintomi il cui trattamento è peraltro più appropriato se avviene dopo averne individuate le cause. Ad es., in presenza d'ipercolesterolemia è indispensabile chiarire se siamo di fronte ad una malattia dei lipidi (principalmente

ipercolesterolemia familiare o iperlipidemia combinata familiare) o a un fattore di rischio di malattia cardiovascolare perché l'approccio da seguire cambia completamente. Se una terapia etiologica o ablativa espone a danni importanti (ad esempio gravi reazioni avverse o asportazione di un organo) è necessario avere un livello di certezza della diagnosi elevato. La soglia di probabilità diagnostica può essere più bassa nel caso di terapie meno impegnative. Nelle malattie gravi può essere necessario iniziare un trattamento senza attendere gli esiti di ulteriori indagini se il suo prevedibile effetto favorevole supera ampiamente i rischi o i danni che deriverebbero dalla sua mancata adozione. Lo stesso atteggiamento è giustificato se un test di conferma diagnostica richiede una procedura invasiva, di non facile realizzazione o se la disponibilità del risultato richiede un'attesa troppo lunga. Viceversa una diagnosi precisa è indispensabile quando sia disponibile un trattamento altamente specifico ma inefficace in altre patologie. La definizione della diagnosi consente di sapere quali sono le probabilità di risoluzione spontanea del quadro clinico, di valutare i rischi che il paziente corre in assenza di terapia e di ponderare i benefici e i rischi degli interventi terapeutici possibili. Se anamnesi e dati clinici sono insufficienti a formulare una diagnosi precisa e l'approfondimento diagnostico è di difficile programmazione o d'incerta definizione, si può ricorrere a un trattamento "ragionato". L'adozione del criterio dei *remedia ex adjuvantibus* indica la decisione di intraprendere una terapia non suffragata da prove cliniche. La prescrizione di una terapia *ex adjuvantibus* è lanciata come una sonda diagnostica per confermare o escludere l'ipotesi formulata. Il medico, aggira l'ostacolo e gioca d'astuzia con la malattia, avvalendosi della complicità del paziente al quale espone i vantaggi possibili e i limiti oggettivi del tentativo proposto che potrebbe rivelarsi inidoneo a formulare la diagnosi e/o a risolvere il problema. In caso di successo, l'esito favorevole potrebbe essere attribuito all'efficacia del trattamento a conferma del sospetto diagnostico, ma potrebbe anche trattarsi di una guarigione spontanea indipendente dalla cura somministrata. Una risposta favorevole solo sui sintomi potrebbe procrastinare inutilmente e pericolosamente la diagnosi vera con possibili ripercussioni negative sulla prognosi. Questo rischio va attentamente valutato prima di procedere con il criterio *ex adjuvantibus*.

- 2) **Definire gli obiettivi del trattamento:** significa identificare gli *outcome* clinicamente significativi che permettono di selezionare adeguatamente i trattamenti capaci di far raggiungere gli esiti attesi. Il requisito chiave dell'efficacia fa riferimento alla capacità di un trattamento di modificare in senso favorevole la storia naturale della malattia prolungando la sopravvivenza e/o migliorando la qualità della vita. Nel caso del trattamento dell'ipertensione arteriosa, ad esempio, l'obiettivo terapeutico è rappresentato dalla prevenzione degli esiti cardiovascolari e della mortalità. Il target pressorio da raggiungere può essere però più elevato in un ultraottantenne a rischio cardiovascolare basso per l'età e inferiore in un iperteso affetto anche da diabete mellito. Nella fibrillazione atriale i principali

obiettivi terapeutici sono rappresentati dal miglioramento dei sintomi, dalla profilassi degli eventi tromboembolici, principalmente l'ictus, dalla riduzione del rischio di mortalità e dalla prevenzione dell'insufficienza cardiaca. Il trattamento dovrà prevedere farmaci che agiscono sul ritmo cardiaco e gli anticoagulanti o gli antiaggreganti per le complicanze tromboemboliche. Definire gli obiettivi terapeutici è necessario per rispondere alla domanda concreta del paziente: "Perché devo prendere questo farmaco?".

- 3) **Definire l'approccio terapeutico:** significa decidere qual è il modo migliore per raggiungere gli obiettivi che si sono stabiliti. Deve essere esaminata la possibilità di adottare un trattamento farmacologico o non farmacologico, ad esempio chirurgia, fisiokinesiterapia o psicoterapia. L'approccio terapeutico deve sempre ricomprendere l'educazione all'autogestione della malattia, l'allontanamento dei fattori scatenanti, l'igiene del sonno, le modificazioni dello stile di vita (esercizio fisico, uso di sostanze psicotrope, fumo di sigaretta) e della dieta (nella sua composizione qualitativa e quantitativa comprensiva della restrizione dell'impiego di sale). Tutti questi interventi possono anche essere in grado di risolvere da soli il problema senza ricorrere ai farmaci. Anche la sospensione di farmaci che il paziente sta assumendo può essere utile. Si pensi alla sospensione di farmaci antinfiammatori non steroidei (come ad es. i comuni prodotti da banco per i dolori) o di purganti contenenti liquerizia che può favorire il ripristino di valori pressori normali o la stabilizzazione di un paziente affetto da insufficienza cardiaca. Le probabilità di successo di un trattamento farmacologico sono sempre utilmente integrate dai trattamenti non farmacologici e dalle modificazioni degli stili di vita. Inoltre gli obiettivi terapeutici sono spesso più efficacemente perseguiti associando al trattamento principale altri farmaci che concorrono a ridurre il peso degli altri fattori di rischio sugli esiti della malattia. Ad esempio, i farmaci per abbassare la pressione arteriosa possono essere utilmente associati a farmaci per abbassare il colesterolo o gli antiaggreganti piastrinici che hanno effetto antitrombotico se contribuiscono ad abbassare il rischio di incorrere in eventi cardiovascolari gravi come l'infarto e l'ictus, indipendentemente dai valori pressori raggiunti.
- 4) **Selezionare la classe di farmaci:** per ogni obiettivo terapeutico possono essere disponibili classi farmacologiche diverse. Dovendo scegliere una classe di farmaci per il trattamento dell'ipertensione arteriosa, i  $\beta$ -bloccanti, ad esempio, hanno dimostrato di possedere l'effetto farmacologico di ridurre la pressione arteriosa, ma altri farmaci antipertensivi hanno dimostrato di essere più efficaci nel ridurre l'incidenza di ictus, infarto miocardico e mortalità per eventi cardiovascolari, soprattutto negli anziani. Pertanto i  $\beta$ -bloccanti non possono essere considerati farmaci di prima linea nel trattamento dell'ipertensione arteriosa. Tuttavia, nei soggetti di età superiore a 60 anni che già assumono altri due o tre

farmaci per la pressione arteriosa elevata e non riescono ad avere un buon controllo, un  $\beta$ -bloccante può essere aggiunto come terza o quarta molecola se necessario. Per contro se oltre alla pressione elevata ci si trova di fronte a pazienti portatori di malattia coronarica o di scompenso cardiaco i  $\beta$ -bloccanti possono essere farmaci di prima scelta. In un paziente che presenti ipertensione arteriosa e angina stabile, i  $\beta$ -bloccanti hanno dimostrato di essere superiori ai calcioantagonisti.

- 5) **Scegliere il farmaco più adatto all'interno della classe di appartenenza:** sebbene i farmaci presenti sul mercato siano suddivisi in classi terapeutiche, asserire l'esistenza di un *effetto di classe* secondo il quale tutti i componenti di una classe sono *equivalenti* e quindi *intercambiabili* è inesatto e ingiustificato. Ogni classe comprende più farmaci con caratteristiche simili dei quali devono essere conosciute l'efficacia e la tollerabilità per valutare i benefici attesi e i rischi da correre per ottenerli. Anche nella scelta di un farmaco all'interno di una classe, deve essere preferito il criterio dell'efficacia e della tollerabilità della singola molecola documentato da studi su *end point* clinici di morbilità e mortalità, spesso disponibili solo per alcuni membri della classe di appartenenza e solo raramente derivati da studi di confronto. Inoltre, pur essendo molecole simili, differenze salienti riguardanti gli aspetti farmacocinetici e farmacodinamici potrebbero influire sugli effetti clinici. Se, ad esempio, si deve selezionare un  $\beta$ -bloccante, bisogna tener conto che può peggiorare la tolleranza glucidica e interferire con la risposta metabolica e autonoma all'ipoglicemia, precipitare l'asma nei pazienti con una storia di bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) o di broncospasmo o aggravare i sintomi di un'arteriopatia periferica. Per questo, nell'ostruzione bronchiale reversibile, sono preferibili i  $\beta$ -bloccanti cardioselettivi, sebbene alle posologie più elevate la selettività recettoriale tende a scomparire. Il carvedilolo e il nebivololo, ad esempio, mostrano effetti più favorevoli sulla resistenza all'insulina e sul profilo lipidico, e sono dotati di un'azione vasodilatatrice arteriolare che riduce le resistenze periferiche. L'insieme di queste caratteristiche rende queste due molecole preferibili nella BPCO e nelle arteriopatie periferiche.
- 6) **Definire la dose e il regime terapeutico:** il farmaco non deve essere usato in modo stereotipato alla stessa dose e col medesimo regime terapeutico in tutti i casi ma alla posologia che garantisca il raggiungimento della concentrazione adeguata nel sito di azione e per il tempo necessario in modo da garantire la produzione dell'effetto terapeutico. Per questi motivi la posologia, data la variabilità interindividuale, deve essere adattata al singolo paziente e modificata nel corso del trattamento, se necessario, per ottenere le risposte desiderate.
- 7) **Personalizzare il trattamento:** la *gravità della malattia*, la *farmacocinetica*, la

*farmacodinamica* e le *condizioni individuali* (età, gravidanza, allattamento o epoche feconde della vita, rischio lavorativo, stile e ambiente di vita, comorbilità) impongono scelte più personalizzate specialmente in presenza di alterazioni funzionali dei recettori o degli organi deputati all'escrezione dei farmaci. Devono, inoltre, essere evitate le interazioni farmacologiche sfavorevoli e ponderato il rischio di reazioni avverse in relazione alla probabilità che hanno di verificarsi e alla loro potenziale gravità. I benefici probabili e il profilo di tollerabilità del trattamento devono essere infine confrontati con l'accettabilità e la fruibilità da parte del paziente. A parità di efficacia, preferire farmaci con un profilo di sicurezza più favorevole, più semplici da essere assunti e meno costosi.

- 8) **Modulare la polifarmacoterapia:** la presenza di più patologie, disturbi e/o fattori di rischio può indurre all'impiego concomitante di più trattamenti e alla prescrizione di più farmaci di quelli clinicamente indicati. Un'accurata revisione della polifarmacoterapia si basa su cinque elementi: associare il farmaco con la diagnosi corrispondente, individuare i duplicati terapeutici, interrogare il paziente sui farmaci realmente assunti compresi i prodotti da banco, gli "integratori" e i prodotti di erboristeria, rivedere i parametri di laboratorio e l'anamnesi del paziente in relazione all'efficacia e alla tossicità del regime terapeutico adottato, sforzarsi di escludere i farmaci non necessari. Ad esempio un paziente diabetico, iperteso e dislipidemico che presenti un controllo glicemico inadeguato con il solo regime dietetico, dovrebbe assumere almeno un antidiabetico, un antipertensivo, un antiaggregante piastrinico (Aspirina® a basse dosi), e una statina. Il totale prevede 4 o 5 farmaci esclusi quelli motivati da altre patologie che il paziente potrebbe avere. Forse in questo caso non si può fare a meno di adottare un regime terapeutico così impegnativo, ma un'accurata valutazione delle interazioni tra farmaci, delle reazioni avverse e dei duplicati può sempre consentire di ottimizzare il trattamento.
- 9) **Scegliere gli indici di monitoraggio di efficienza farmacologica, di efficacia terapeutica e di tollerabilità:** il monitoraggio della terapia permette di adeguare la posologia, di rivalutare il piano terapeutico, di evitare di prolungare i trattamenti quando sono diventati inutili e di contribuire alla riduzione dell'incidenza delle reazioni avverse. In alcune situazioni il monitoraggio è facilmente ripetibile, poco o non invasivo e di basso costo come ad esempio il controllo della pressione arteriosa (PA) o della glicemia e dell'emoglobina glicosilata. Gli indici per il monitoraggio degli effetti collaterali vanno invece definiti caso per caso e possono essere spesso diversi da quelli riguardanti la risposta terapeutica. Si pensi ad esempio alla necessità di monitorare gli elettroliti e la funzionalità renale in corso di terapia con inibitori dell'enzima di conversione (ACE-inibitori) o della funzionalità epatica all'inizio di una terapia con statine. Il monitoraggio delle concentrazioni plasmatiche dei farmaci con ristretto margine terapeutico è

indispensabile per evitare di incorrere nei due estremi sfavorevoli e opposti: il mancato raggiungimento della dose minima efficace e il superamento della soglia di tossicità. Il monitoraggio plasmatico assume un ruolo di primaria importanza per i farmaci per i quali esiste un'importante variabilità farmacocinetica interindividuale o in situazioni fisiologiche, come gravidanza, infanzia e vecchiaia, o patologiche che coinvolgano gli organi deputati alla metabolizzazione ed eliminazione dei farmaci. Quando si fa ricorso alla determinazione della concentrazione plasmatica, il primo prelievo dopo l'inizio della terapia o dopo aver modificato il dosaggio deve essere eseguito dopo un tempo corrispondente a 4 - 5 emivite del farmaco. Questo intervallo è necessario affinché il paziente raggiunga un livello della concentrazione plasmatica stabile del farmaco (*steady state*). Alcuni farmaci si caratterizzano per l'esistenza di metaboliti attivi che, in parte più o meno rilevante, possono concorrere all'effetto terapeutico che non è dunque correlabile solo alla concentrazione ematica del principio attivo. I farmaci che reagiscono irreversibilmente con il recettore non mostrano alcuna correlazione fra la loro concentrazione plasmatica e l'attività farmacologica che si prolunga, infatti, oltre la loro permanenza nel sangue.

- 10) ***Fornire informazioni chiare e dettagliate, istruzioni e avvertenze al paziente sulla pianificazione del monitoraggio clinico e di laboratorio e/o strumentale:*** il paziente deve essere istruito a conoscere gli effetti dei farmaci sulla malattia dalla quale è affetto e a riconoscere prontamente i segni e i sintomi che possono comunemente comparire nel corso del trattamento e a riconoscerne e a riferire tempestivamente quelli potenzialmente più gravi. Deve essere dettagliatamente informato oralmente e per iscritto (promemoria ben leggibile, senza abbreviazioni e facilmente comprensibile) sul numero di unità posologiche da assumere nella giornata, sul programma dei controlli previsti e sulla durata del trattamento. Devono essere inoltre specificate le modalità di conservazione (es. in frigo, al buio), di assunzione nel corso della giornata (es. il mattino, al momento di andare a letto) e rispetto ai pasti (es. a digiuno, dopo mangiato), le interazioni con gli alimenti (es. pompelmo, verdure a foglia larga) o con gli altri farmaci (es. antiacidi).
- 11) ***Valutare lo stato funzionale del paziente e la soddisfazione globale:*** le modificazioni funzionali derivate dal trattamento possono indurre una scarsa aderenza o addirittura una sospensione della terapia. Il medico deve discutere di queste variazioni con il paziente, correggere, se possibile, quelle più difficilmente sopportabili, e collocare nella prospettiva dei veri obiettivi della terapia vantaggi e svantaggi del trattamento per sviluppare e consolidare l'alleanza terapeutica.
- 12) ***Valutare l'aderenza alla terapia, rivalutare periodicamente la situazione clinica e i fattori prognostici, attuare gli aggiustamenti necessari,***



***ottimizzare l'adesione alle terapie e consolidare l'alleanza terapeutica:***

dopo aver istituito il trattamento, è necessario, ogni volta che sia rinnovata la prescrizione, impiegare il tempo necessario a valutare se il trattamento deve essere rivisto o addirittura sospeso. Infatti, si deve tener conto delle eventuali variazioni nella fisiopatologia, dei cambiamenti indotti dall'invecchiamento, dell'aggravamento della condizione di base o della comparsa di sue complicazioni, del manifestarsi di nuovi effetti indesiderati o di reazioni avverse prima assenti, del rischio di possibili interazioni farmacologiche o della necessità di aggiungere nuovi farmaci per l'insorgenza di nuove patologie. Anche l'emergere di nuove evidenze scientifiche può indurre a rivedere un trattamento. Si pensi alla pubblicazione di studi come quelli che hanno ridimensionato il valore della terapia ormonale sostitutiva in menopausa, o che hanno dimostrato l'efficacia degli inibitori di pompa protonica (IPP) nella prevenzione delle ulcere da antinfiammatori non steroidei.

L'aderenza al trattamento, che è parte integrante della relazione medico paziente, può essere definita come la misura del comportamento messo in atto dal paziente rispetto al programma terapeutico stabilito e condiviso con il medico. Si stima che l'aderenza, anche per trattamenti la cui prescrizione è fondata su solide prove di efficacia, sia variabile fra il 40 e il 50%. Questi livelli poco soddisfacenti compromettono il conseguimento degli obiettivi terapeutici del singolo paziente e la capacità dell'assistenza primaria di raggiungere *outcome* clinici di più ampie dimensioni nelle popolazioni. La scarsa aderenza non può essere imputata totalmente al paziente, anche il medico deve opportunamente interrogarsi sulla sua parte di responsabilità.

Dato che l'aderenza al trattamento non è prevedibile, assumono un'importanza critica tutti gli interventi orientati ad abbattere le barriere e gli ostacoli che la rendono di difficile realizzazione.

**13) *Programmare la durata della terapia e le modalità di sospensione:*** è importante preventivare il momento più appropriato per interrompere un trattamento.

Anche se si pensa che alcune terapie debbano essere protratte per tutto il corso della vita, ci sono evidenze scientifiche che indicano che, ad esempio in pazienti ipertesi in monoterapia e motivati ad accettare modificazioni nello stile di vita, la terapia antipertensiva può essere sospesa. Anche gli IPP nella malattia da reflusso e i FANS nel dolore osteoartritico possono essere interrotti in casi selezionati. L'interruzione deve essere programmata, a seconda del tipo di farmaco, con una graduale riduzione della posologia per evitare la sindrome da astinenza nel caso degli oppiacei maggiori e la sindrome da sospensione dell'antidepressivo paroxetina caratterizzata da capogiri, disturbi del sonno e turbe comportamentali e i fenomeni di rimbalzo dovuti alla brusca interruzione dei cortisonici o dei  $\beta$ -bloccanti.

## L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

L'irrompere sulla scena della medicina della dimensione economica ha messo il sistema sanitario di fronte alla necessità di coniugare l'ambizione etica di fornire prestazioni di qualità elevata con l'attenzione ai costi imposta dalla scarsità delle risorse disponibili. L'appropriatezza persegue il raggiungimento di risultati di salute predefiniti e compatibili con le risorse disponibili e si configura come una modalità più avanzata rispetto al mero contenimento dei costi.

L'appropriatezza valuta i benefici attesi o probabili degli atti medici in relazione ai costi certi che la loro scelta comporta rispetto alle risorse disponibili. Implica anche un confronto con quanto altri interventi avrebbero permesso di conseguire grazie ad una diversa combinazione nell'impiego dello stesso ammontare di risorse.

L'*appropriatezza clinica* definisce il comportamento giusto e congruo del medico rispetto alle necessità di un individuo, allo scopo di prescrivergli ciò che gli è più confacente nell'ambito di scelte qualitativamente conformi ai processi relazionali intersoggettivi instaurati. Di ogni trattamento devono essere sempre soppesati i benefici ragionevolmente conseguibili e i rischi proporzionalmente giustificabili rispetto alla capacità di influenzare favorevolmente il decorso della malattia e la qualità della vita della persona. La prescrizione di un trattamento rappresenta il trasferimento dei risultati della ricerca a pazienti esterni agli studi con caratteristiche cliniche paragonabili nei quali è ragionevole aspettarsi un risultato favorevole, sebbene nessuno sia in grado di prevedere se il singolo paziente rientrerà fra chi ne trarrà reale beneficio. La terapia, come detto, è una scienza tecnologica e storica che non garantisce che una legge universale si ripeta sempre nel particolare e nessuno può essere sicuro che il ripetibile si riprodurrà nel caso che si appresta a trattare. Il medico di m.g., sebbene ricavi preziose informazioni dalla molteplicità, guarda all'unicità del caso e considera tutto ciò che gli appare utile secondo scienza ed etica per il bene del paziente come economicamente giustificato e giustificabile. L'*appropriatezza sanitaria* prende in esame, invece, il percorso diagnostico e terapeutico adottato dal medico, i suoi esiti e i suoi costi. Il medico, come soggetto, è sostituito dal "procedimento" che ha messo in atto e il malato dai "dati" sui benefici conseguiti. Medico e malato sono a loro volta valutati con riferimento ai costi sostenuti per cui il criterio guida dell'appropriatezza sanitaria diventa la rispondenza economica. Per verificare se i risultati ottenuti sono appropriati rispetto alle risorse impiegate, sono analizzati indicatori, statistiche e ricerche sugli esiti degli interventi. L'appropriatezza nella sua dimensione sanitaria rappresenta una delle nuove "ragioni tecniche" che incombono sulla libertà di scelta del medico di m.g. nel momento in cui deve decidere ciò che è appropriato per il suo paziente. Nell'appropriatezza sanitaria l'obiettivo è la tutela della salute nella popolazione conformemente alle disponibilità economiche e la sua gestione è delegata a un insieme di competenze multidisciplinari in grado di rispondere alle complesse e molteplici esigenze del sistema sanitario (amministratori, ricercatori, epidemiologi, economisti, medici con funzioni di controllo). L'appropriatezza

decisa all'interno di procedure standard, di percorsi pre-definiti o di LG spesso differisce da quella del clinico perché diverse sono le inferenze e gli elementi in base ai quali viene formulato il giudizio sul singolo. Gli enunciati significanti dell'appropriatezza in ambito clinico sono rappresentati dal risultato congetturale d'inferenze cliniche ed etiche, mentre in ambito sanitario rappresentano una sintesi fra le inferenze statistico-epidemiologiche e le esigenze economiche della collettività. Il problema nasce nel momento in cui le due inferenze, applicate al singolo caso, divergono e collidono perché basate su concezioni differenti di ciò che è rilevante.

Di fronte alle esigenze dell'appropriatezza sanitaria e alle necessità cliniche del malato è pertanto necessario chiarire qual è il prezzo (in termini di equità) che la società è disposta a pagare per ottenere una maggiore appropriatezza e il costo etico e professionale sopportabile da parte dei medici di m.g. per garantire un sistema sanitario economicamente più efficiente.

## **LA FUNZIONE POLITICA RICHIESTA ALLA MEDICINA GENERALE**

Il Sistema Sanitario rimborsa i trattamenti sulla base di due criteri: l'efficacia dimostrata in studi clinici idonei e gli aspetti economici. In altre parole sceglie i farmaci che dimostrano un vantaggio su popolazioni selezionate a costi accettabili. Il medico di m.g. è pertanto chiamato a valutare a norma e a decidere se la soluzione più appropriata per la sanità pubblica è applicabile alla realtà clinica del singolo malato. Se il paziente soddisfa queste caratteristiche, il trattamento è prescrivibile e rimborsabile, è cioè ritenuto giusto e corretto. Si chiede dunque al medico di m.g. di svolgere il ruolo politico di controllo dell'applicazione rigorosa di ciò che la sanità pubblica ritiene più appropriato. La m.g. condivide la razionalità scientifica sulla quale si fonda l'EBM e apprezza il fatto che sia stata adottata come metodologia per la selezione dei farmaci e delle loro indicazioni terapeutiche. È tuttavia ben consapevole che essa costituisce solo di uno degli strumenti utili per esercitare la sua disciplina. Aspira pertanto a sottrarsi da un'applicazione meccanicistica dei suoi contenuti probanti sia che ciò avvenga per scelta autonoma sia che derivi dal condizionamento autoritativo della sanità pubblica per evitare di ledere e deformare il contenuto della sua *technè*. La variabilità biologica, infatti, si esprime molto spesso in quadri clinici diversi da quelli dei pazienti arruolati negli studi clinici che hanno concorso a definire la rimborsabilità di un farmaco e, spesso, il MG impatta in condizioni e situazioni nelle quali le prove di efficacia sono troppo fragili o del tutto carenti. I trattamenti di documentata efficacia sono prescritti per periodi molto più prolungati rispetto alla durata degli studi clinici in assenza di documentazioni adeguate. L'elevata incidenza di comorbidità spesso porta a utilizzare più farmaci senza che sia dimostrato se l'associazione è benefica e in che misura o se i vantaggi dimostrati dai farmaci impiegati singolarmente si sommano quando siano utilizzati insieme.

me. Ciò che va bene per una malattia non è detto che sia sempre la migliore soluzione per il malato e nessuno è in grado di prevedere se il singolo paziente rientrerà fra chi trarrà un vantaggio reale. Il paziente ha una personale idea riguardo a ciò che potrebbe essergli benefico e ciò che potrebbe rivelarsi dannoso derivante dalla sua personalità e dalla sua cultura. Può pertanto respingere un trattamento nonostante sia proposto come appropriato dal medico di m.g. e dal sistema sanitario.

Il MG deve pertanto riservarsi un margine di scelta clinica qualora i trattamenti rimborsabili siano inapplicabili, inaccettabili o inefficaci. L'appropriatezza decisa all'interno di procedure standard, di percorsi pre-definiti o di protocolli e note limitative spesso differisce da quella del clinico, ma l'eventualità che le conclusioni dell'appropriatezza sanitaria siano in contrasto con quella clinica non è adeguatamente e nemmeno formalmente riconosciuta.

## LA TERAPIA: UNA TRAMA DI ARCAICO E DI NUOVO

Nella relazione medico-paziente che si suggella con la prescrizione della terapia, la persona non ha solo bisogno di essere sollevata dai suoi disagi, ma aspira anche a una *incondizionata, piena, solidale e altruistica disponibilità del terapeuta*. Infatti, il paziente, afflitto e disperato, tende a tornare all'antico rapporto con il *guaritore* nel quale il terapeuta, entrando in contatto con lui in maniera intensa e intima, "resuscita" con il malato facendolo rinascere a nuova vita o, nel caso drammatico del terminale, "muore" con lui e lo accompagna, con premura e tenerezza, verso il suo destino. Paziente e terapeuta si contrappongono all'entità ostile che è penetrata nell'organismo attivando un processo reattivo di difesa alimentato da un'interazione di trame simboliche, parole e suoni che favoriscono un processo di "*autoterapia*".

Anche il medico di medicina generale, come il *guaritore* arcaico, deve favorire l'attivazione delle difese già possedute dall'organismo nella consapevolezza che l'effetto dei farmaci non dipende solo dalla farmacodinamica del principio attivo e dalla significatività statistica, ma anche dall'atteggiamento e dalle attese del paziente e del medico, dall'interazione medico-paziente, dall'*effetto placebo* e dalla naturale tendenza alla guarigione della malattia. Con il linguaggio del farmaco il guaritore moderno mette ancora in scena l'antichissima arte della guarigione in modo molto più convincente ma che, per essere pienamente efficace, si giova anche delle parole arcaiche.

È necessario riappropriarsi pienamente di quell'elemento essenziale della guarigione rappresentato dall'intesa e dalla solidarietà con la persona attraverso la realizzazione di una proficua sintesi fra elementi antichi e nuovi che sono tutti indispensabili a garantire il bene del paziente. Il medico di m.g. deve essere consapevole che la cura e il suo successo dipendono anche dal suo altruismo e dall'attenzione all'uomo, inteso come persona con la sua storia, la sua cultura, la sua affettività e le sue credenze.

## Conclusioni

La *techné* della medicina generale si fonda su un insieme di conoscenze teorico-pratiche che forniscono strumenti adeguati per difendere la salute dei cittadini nel rispetto del valore intrinseco della persona umana.

L'esercizio delle capacità, abilità e competenze del medico implicano tuttavia, direttamente o indirettamente, una responsabilità nella gestione di risorse che, essendo di tutti, devono essere indirizzate al bene comune. La società richiede pertanto al medico di m.g. di tenere in considerazione anche i risvolti civili e politici della sua professione. Il medico di m.g. deve scegliere il farmaco più appropriato dopo aver analizzato criticamente i risultati degli studi clinici per valutare se le loro conclusioni sono applicabili alla realtà clinica del singolo paziente.

Il trattamento con farmaci è importante in molte patologie ad andamento cronico per prevenire o ritardare le complicanze e garantire una migliore prognosi. Il contenimento dei costi, la somministrazione della migliore assistenza uguale per tutti e la libertà di scelta del paziente e del medico sono fini che possono entrare in conflitto fra loro. Infatti, ciò che appare appropriato da un punto di vista strettamente medico potrebbe risultare del tutto inadeguato dal punto di vista del costo e della convenienza sociale. Poiché nella realtà le decisioni in campo sanitario sono prese da soggetti che hanno funzioni sociali profondamente diverse - politici, amministratori, economisti, medici - è indispensabile che ciascuno di questi attori interpreti coerentemente il ruolo e la funzione che è chiamato a svolgere. Così, mentre spetta ai politici e agli amministratori preoccuparsi di modulare la spesa sanitaria in relazione alle esigenze globali della società, il medico di m.g. deve prendersi cura prima di tutto delle persone e, pur tenendo nella giusta considerazione le esigenze sociali e la necessità di non favorire gli sprechi, deve adoperarsi affinché chi si affida a lui riceva la migliore terapia di cui necessita.

Una terapia può essere considerata appropriata a seconda di che cosa si richiede ai medici di m.g., di dove essi vivono e lavorano, del peso che essi danno ai diversi tipi di evidenza disponibile, dalla considerazione nella quale tengono le caratteristiche e le esigenze del paziente e della sua famiglia, dalle risorse a disposizione del sistema sanitario e dai valori in esso prevalenti e nella società. Tuttavia, l'aspirazione concreta condivisa dal paziente e dal medico di m.g. è quella di poter fare le scelte terapeutiche atte a garantire ogni volta il massimo grado di appropriatezza clinica possibile richiesta dalla circostanza specifica nella quale si vengono a trovare.

## Riferimenti bibliografici

- Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. *Evidence based medicine*. BMJ 1995; 310: 1085.
- Cavicchi I. *Propriety (appropriatezza), appropriateness* Keiron 2000; 5: 117-127.
- Federspil G. *Le cinque dimensioni dell'appropriatezza*. Keiron, 2000; 5: 50-59.
- Voltaggio F. *L'atto medico fra crisi e scelta* Keiron 2000, 5: 20-31.
- Voltaggio F. *A proposito del medicamentio pensato* Keiron 2002, 11: 60-67.
- Pagni A, Manfredi C. *La prescrizione dei farmaci. Manuale per il medico pratico*. C.G. EMS, 2002, Torino.
- van Walraven C, Hart RG, et al. *Oral anticoagulants vs aspirin in nonvalvular atrial fibrillation: an individual patient meta-analysis*. JAMA 2002; 288: 2441-48.
- Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. *Potential pitfalls of specific disease guidelines for patients with multiple conditions*. N Engl J Med 2004; 351: 2870-4.
- Whitcomb ME, Cohen JJ. *The future of primary care medicine*. N Engl J Med 2004; 351: 710-2.
- Boyd CM, Darer J et al. *Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance*. JAMA 2005; 294: 716-24.
- Osterberg L, Blaschke T. *Adherence to medication*. N Engl J Med 2005; 353: 487-97.
- Ostbye T, Yarnell KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. *Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care?* Ann Fam Med 2005; 3: 209-14.
- Salpeter S, Omiston T, Salpeter E. *Cardioselective beta-blockers for chronic obstructive pulmonary disease*. Cochrane Database Syst Rev 2005; (4): CD003566.
- Pollock M, Bazaldúa OV, Dobbie AE. *Appropriate Prescribing of Medications: An Eight-Step Approach* Am Fam Physician 2007; 75: 231-6.
- Ghiculescu RA. *Therapeutic drug monitoring: which drugs, why, when and how to do it* Aust Prescr 2008; 31: 42-4.
- Upshur RE, Tracy S. *Chronicity and complexity. Is what's good for the diseases always good for the patients?* Can Fam Physician 2008; 54: 1655-58.
- Waldman SA, Terzic A. *Pharmacology and therapeutics. Principles to practice*. Saunders 2009, Philadelphia.

## ALLEGATO

### Glossario

#### **ANALISI PER L'INTENZIONE DI TRATTARE** (*Intention to treat analysis*)

Quest'analisi prevede che tutti i pazienti inseriti nello studio dal momento dell'assegnazione a caso del gruppo di trattamento, compresi quelli che non assumono tutta la dose prevista del farmaco per tutta la durata dello studio o che non si presentano ai controlli successivi, siano inclusi nell'analisi finale dei risultati senza tener conto dell'aderenza al protocollo previsto dallo studio.

La valutazione dell'efficacia con questo tipo di analisi è più aderente a quanto avviene nella realtà assistenziale dove è frequente il riscontro di persone che prendono dosi inferiori di quelle prescritte, che sono incostanti o che interrompono i trattamenti.

#### **ASSEGNAZIONE** (*Allocation*)

Modalità che permette di identificare i pazienti da trattare con il farmaco sperimentale e quelli da usare come controlli. Se l'assegnazione è randomizzata (vedi), lo studio è sperimentale, se è lo sperimentatore a decidere, l'assegnazione non è randomizzata e lo studio non è sperimentale ma osservazionale.

#### **BIAS** (*errore sistematico, vizio, distorsione*)

Errore sistematico nascosto o involontaria parzialità dell'osservatore che, presente nella conduzione, analisi, interpretazione, pubblicazione o revisione dei dati di uno studio, compromette o altera la stima dell'effetto di un trattamento o di un parametro, rendendola non valida o distorta.

#### **CRITERI D'INCLUSIONE IN UN TRIAL** (*Admission criteria*)

Requisiti necessari per l'arruolamento di un paziente in una ricerca. Sono stabiliti e codificati a priori all'atto della stesura del protocollo di ricerca.

Sono frequentemente assunti come criteri d'inclusione il sesso, l'età divisa per fasce, il tipo, la durata e la gravità della malattia, le terapie preesistenti, e/o concomitanti.

#### **EFFICACIA CLINICA**

Capacità di un trattamento farmacologico di migliorare gli esiti di una malattia.

#### **EFFICACIA NELLA PRATICA** (*Effectiveness*)

Indica l'efficacia di un trattamento in una popolazione con caratteristiche cliniche simili a quelle rilevabili nella pratica clinica quotidiana.

#### **EFFICACIA TEORICA** (*Efficacy*)

Indica l'efficacia di un trattamento in una popolazione selezionata studiata in condizioni sperimentali ideali di utilizzo.

#### **END POINT**

Fa riferimento al parametro di valutazione utilizzato per misurare l'efficacia di un trattamento nell'ambito di uno studio clinico.

### **END POINT PRIMARIO** (*Primary end point*)

Misura eventi clinicamente importanti, come la mortalità per tutte le cause o la sopravvivenza totale, la mortalità causa-specifica (per es. da cardiopatia ischemica, da ictus o neoplasia, ecc) o gli eventi indicativi di progressione delle malattie croniche (es infarti, ictus, fratture).

### **END POINT SURROGATO O SECONDARIO** (*Surrogate end point*)

Parametro che dovrebbe essere rappresentativo di un evento clinico molto più rilevante. È correlato all'efficienza farmacologica, ma non è necessariamente predittivo dell'efficacia clinica. La riduzione della colesterolemia o della pressione arteriosa, ad es. sono end-point surrogati del reale obiettivo dell'intervento terapeutico, cioè il prolungamento e/o il miglioramento della qualità della vita.

### **GERARCHIA DELLA FORZA DELLA DIMOSTRAZIONE DELL'EFFICACIA DI UN TRATTAMENTO: in ordine crescente dalla più debole alla più forte.**

- 1) Serie di casi
- 2) Analisi di ampie casistiche su data base
- 3) Studio osservazionale di tipo caso-controllo
- 4) Studio osservazionale di coorte prospettico
- 5) Studio controllato non randomizzato
- 6) Studio randomizzato e controllato

### **GRUPPO DI CONTROLLO** (*o di confronto*)

Il gruppo di controllo è costituito dai pazienti che sono confrontati con quelli che ricevono il trattamento sperimentale. I pazienti del gruppo di controllo possono essere assegnati a ricevere un placebo o il miglior trattamento disponibile (terapia standard) per la patologia in esame al momento dello studio.

### **LIMITI DI CONFIDENZA** (*intervallo di confidenza*)

Rappresenta il campo di valori entro cui è contenuto, di solito con una probabilità del 95%, il valore reale dell'effetto di un trattamento. Indica pertanto i valori entro i quali, ripetendo più volte lo studio, si collocherebbe il 95% delle risposte. L'intervallo di confidenza, esprime il grado d'incertezza della stima della relazione fra il trattamento e il risultato e, quanto più è ristretto, tanto più la stima è precisa.

### **RANDOMIZZAZIONE:**

At random significa in inglese a caso. Processo mediante il quale i pazienti di una ricerca clinica sono assegnati casualmente ad assumere uno dei trattamenti in studio. Serve ad avere una distribuzione bilanciata nei due gruppi di tutte le variabili note e ignote che influenzano in maniera indipendente l'evoluzione della malattia e dei fattori di confondimento. Una buona randomizzazione è sicura se non permette di "indovinare" il trattamento cui saranno assegnati i singoli pazienti. Permette l'utilizzo dei test statistici che consentono una più affidabile valutazione dell'efficacia del trattamento.



**STUDIO CASO-CONTROLLO** (*case control study*)

Ricerca osservazionale in cui l'associazione tra uno o più fattori di rischio e la malattia o evento è valutata raccogliendo informazioni in modo retrospettivo per determinare la frequenza con cui il fattore di rischio si presenta rispettivamente nel gruppo con la malattia o l'evento (casi) rispetto a quello che ne è esente (controlli).

**STUDIO CLINICO** (*Clinical study*)

Studio prospettico disegnato per confrontare i benefici di due o più trattamenti che può essere sperimentale (randomizzato) o osservazionale (non randomizzato).

**STUDIO CLINICO CONTROLLATO E RANDOMIZZATO** (*randomized controlled trial - RCT.*)

Studio di efficacia sperimentale che confronta gli esiti di due o più trattamenti (per es. trattamento attivo e placebo) ai quali i pazienti arruolati sono assegnati in modo casuale. La superiorità di uno dei due trattamenti è definita attraverso l'analisi statistica dei risultati sulla base di criteri stabiliti in precedenza.

È considerato il metodo scientificamente più valido per valutare l'efficacia di un trattamento.

**STUDIO DI COORTE o longitudinale** (*cohort study*)

È uno studio in cui gruppi di soggetti sottoposti a trattamenti diversi sono seguiti nel tempo per valutare in che misura vanno incontro a esiti diversi. Il trattamento è scelto dal medico insieme al paziente.

Questo elemento distingue lo studio di coorte dallo studio sperimentale nel quale l'assegnazione al tipo di trattamento avviene per azione del caso.

**STUDI OSSERVAZIONALI:**

Studi in cui il ricercatore si limita a osservare l'effetto di trattamenti somministrati nella routine. I principali studi osservazionali sono gli studi caso-controllo (vedi), gli studi di coorte o longitudinali (vedi).

**VALIDITÀ:**

Grado di sicurezza e di rigore con cui le conclusioni di uno studio riflettono la realtà.

**VALIDITÀ INTERNA** (*Internal validity*)

Grado di affidabilità con la quale si può affermare che i risultati di uno studio clinico sono corretti per i pazienti che sono stati oggetto della ricerca.

Indica che la metodologia applicata alla progettazione dello studio e la sua conduzione permettono di affermare con sicurezza che la differenza nell'efficacia fra i trattamenti riscontrata al termine dello studio non è stata influenzata da errori nella progettazione dello studio o dall'azione del caso.

**VALIDITÀ ESTERNA** (*External validity*)

Rappresenta il grado con cui i risultati di una ricerca possono essere estrapolati a una popolazione diversa da quella studiata con caratteristiche uguali a quelle delle persone che s'incontrano nella pratica clinica corrente.



## 6.3 La distribuzione del farmaco: il ruolo delle farmacie nell'Assistenza Primaria

**Annarosa Racca**

### **Il ruolo delle farmacie nel SSN**

Nell'ambito della tutela del diritto alla salute, garantito dalla Costituzione, il SSN ha demandato alle farmacie pubbliche e private, ai sensi della Legge n. 833/1978 (articoli 28 e 48) tutte obbligatoriamente convenzionate, lo svolgimento della funzione sanitaria di assistenza farmaceutica all'interno dell'assistenza sanitaria di base.

A tal fine, le farmacie, che sono presidi integrati nel SSN, nel rispetto del principio della libera scelta della farmacia da parte del cittadino (Legge 475/1968, art. 15) e del rapporto di fiducia che si instaura tra cittadino e farmacista, garantiscono lo svolgimento di una serie di funzioni. In particolare, le farmacie assicurano:

- la consegna dei medicinali sulla base della prescrizione medica, previa interpretazione della stessa ed eventuale integrazione tramite acquisizione di informazioni direttamente dal medico o dal paziente o alla luce della situazione dei farmaci in commercio;
- la dispensazione dei medicinali con modalità che assicurino che l'accesso ai farmaci da parte dei cittadini avvenga nel rispetto dei diritti assistenziali e che siano rispettate tutte le norme di legge volte a garantire che l'utilizzo avvenga in maniera corretta e sicura;
- la presenza in farmacia, oltre che dei farmaci obbligatori, anche di quelli più frequentemente prescritti e di quelli necessari in situazioni di emergenza;
- l'approvvigionamento dei medicinali nel tempo minore possibile, qualora il farmaco non sia presente in farmacia;
- il controllo costante della scadenza dei medicinali e degli altri prodotti posti in vendita;
- la conservazione dei medicinali in modo da garantire che mantengano le loro caratteristiche di qualità, efficacia e sicurezza, ovvero nel rispetto delle condizioni ambientali stabilite per il prodotto e per il periodo prescritto;
- la proposta di sostituzione di un medicinale con uno equivalente, di costo inferiore, ai sensi della normativa vigente e sulla base delle liste di trasparenza predisposte dall'AIFA, in modo da evitare che il paziente debba sostenere oneri inutili,

ferma restando la possibilità per il medico di non autorizzare la sostituzione e per il paziente di ottenere comunque il farmaco più costoso, pagando la differenza di prezzo;

- la consulenza al cittadino per un uso corretto del farmaco ad integrazione delle indicazioni fornite dal medico, nel caso di farmaci con ricetta, ovvero per la scelta del prodotto più indicato, nel caso di medicinali senza obbligo di ricetta, tenendo conto anche delle possibili interazioni con altri farmaci assunti (con e senza ricetta);
- la verifica delle frequenti modifiche che intervengono sulle autorizzazioni all'immissione in commercio a fini di tutela pubblica, ovvero il controllo dei provvedimenti di sospensione e di revoca effettuate dall'AIFA;
- la riscossione dell'eventuale ticket o quota del prezzo del farmaco posta a carico del cittadino, con modalità differenziate a seconda dei diritti dell'assistito, per conto del SSN;
- l'erogazione dei prodotti in assistenza integrativa e relativi adempimenti di carattere professionale e amministrativo;
- la collaborazione nell'attuazione di progetti innovativi inerenti alla dispensazione del farmaco (come ad esempio il progetto Cronos per la distribuzione dei farmaci per il trattamento dell'Alzheimer);
- la gestione dei medicinali contenenti sostanze stupefacenti e psicotrope e pertanto soggetti alla disciplina speciale, per quanto attiene all'approvvigionamento, la detenzione, la custodia e la dispensazione, con particolare riferimento ai medicinali sottoposti al regime della ricetta ministeriale speciale;
- l'assolvimento dell'obbligo di assicurare la continuità del servizio farmaceutico con la partecipazione al sistema della turnazione notturna e festiva particolarmente rilevante nelle località rurali;
- la partecipazione a campagne informative ed educazionali di rilevante impatto sociale;
- la raccolta e trasmissione al SSN, tramite Federfarma, dei dati inerenti i medicinali erogati in regime di SSN.

## **L'assetto del servizio farmaceutico**

Per lo svolgimento di tali funzioni principali in Italia operano 17.617 farmacie. Di queste 16.168 sono private, di proprietà di singoli farmacisti ovvero di società di farmacisti, mentre 1.449 sono pubbliche, cioè di proprietà dei comuni, una parte delle quali è stata affidata in gestione a multinazionali della distribuzione intermedia del farmaco (vedi Tabella 1).

Per quanto riguarda le farmacie private, l'ordinamento farmaceutico, attraverso la riserva della proprietà e dell'esercizio delle farmacie ai soli farmacisti (Legge 362/1991, art. 7, comma 1), ha voluto garantire l'indipendenza delle farmacie, rendendone la struttura economica impermeabile alle influenze esterne provenienti, per

esempio dai produttori di medicinali o dai grossisti e garantire un elevato livello professionale anche nell'ambito della conduzione economica della farmacia, a garanzia della tutela della salute dei cittadini (cfr. Sentenza della Corte di Giustizia Europea nella causa C-531/06).

**Tabella 1 - Numero farmacie per Regione**

Regione	Numero farmacie		
	Totale	Private*	Pubbliche <sup>oo</sup>
Valle D'Aosta	49	42	7
Piemonte	1.532	1.430	102
Liguria	592	569	23
Lombardia	2.739	2.340	399
Veneto	1.286	1.194	92
Bolzano	113	113	0
Trento	164	137	27
Friuli - V. Giulia	365	345	20
Emilia - Romagna	1.204	1.013	191
Marche	500	430	70
Toscana	1.095	887	208
Lazio	1.458	1.316	142
Abruzzo	497	468	29
Umbria	267	217	50
Molise	169	164	5
Campania	1.589	1.547	42
Puglia	1.082	1.061	21
Basilicata	203	201	2
Calabria	759	758	1
Sicilia	1.415	1.405	10
Sardegna	539	531	8
<b>Totale nazionale</b>	<b>17.617</b>	<b>16.168</b>	<b>1.449</b>

\*dati Federfarma, comprensivi dei 571 dispensari

<sup>oo</sup>dati Assofarm

La legge (articolo 1 della Legge n. 362/1991) prevede la presenza di una farmacia ogni 4.000 abitanti nei comuni con più di 12.500 abitanti e di una farmacia ogni 5.000 abitanti nei comuni con meno di 12.500 abitanti.

La Corte Costituzionale (Sentenza n. 446 del 1998; n. 27 del 2003) ha precisato che esiste un nesso tra il contingentamento delle farmacie (pianta organica) e la limitazione degli orari delle stesse, in quanto le finalità concrete che la legge vuol raggiungere sono le stesse e cioè "assicurare ai cittadini la continuità territoriale e

temporale del servizio ed agli esercenti un determinato bacino d'utenza". Pertanto, la Corte ha confermato il proprio orientamento secondo il quale "il quadro normativo (relativo alla pianta organica e agli orari e turni delle farmacie) ribadisce l'intento di realizzare... "l'ottimale funzionamento del servizio nel suo complesso" e "la continuità dell'assistenza farmaceutica prestata, in un adeguato ambito territoriale, dal servizio nel suo insieme e non già dalla singola farmacia"

In realtà, mediamente una farmacia serve 3.335 abitanti, perfettamente in linea con la media europea.

Ciò è dovuto alle forme di flessibilità previste dalla normativa vigente e, in particolare, al fatto che le regioni hanno fatto ampiamente ricorso alla possibilità di aprire farmacie anche in deroga al criterio demografico (basato sul numero degli abitanti), in relazione alla conformazione del territorio e ad eventuali difficoltà per i cittadini di un piccolo centro di raggiungere la farmacia in un altro nucleo abitato troppo distante (Legge 362/1991, art. 2).

Il numero delle farmacie aumenta ogni anno: negli ultimi dieci anni è aumentato del 7% rispetto a un incremento della popolazione pari al 2%.

Per quanto riguarda gli orari di apertura, la normativa è di competenza regionale e, negli ultimi anni, si sta assistendo, grazie alle relative leggi regionali, a un progressivo ampliamento degli orari e a una maggiore flessibilità di apertura.

Un fattore determinante per l'efficienza delle farmacie è la presenza in tutti i presidi di personale estremamente qualificato dal punto di vista professionale, ma anche molto attento alle esigenze sanitarie e umane dei cittadini. Sono molte le persone, soprattutto anziane, che ogni giorno entrano in farmacia anche solo per avere un consiglio, essere rassicurate, raccontare i loro problemi di salute, senza dover fare la fila.

Nelle farmacie italiane lavorano circa 50.000 farmacisti, tra titolari, soci di società di farmacisti e collaboratori. Questi ultimi sono circa 30.000. A questo personale laureato vanno aggiunti altri 25.000 operatori non laureati, magazzinieri, commessi, ecc.

## **Rapporto con il SSN**

La presenza capillare delle farmacie sul territorio e la qualificazione del personale si abbinano al fatto che, in base alla Legge n. 833/1978 (istitutiva del SSN), tutte le farmacie sono obbligatoriamente convenzionate con il SSN, svolgono, quindi, un'attività sanitaria in regime di concessione da parte dello Stato.

Questi due dati di fatto, capillarità della rete delle farmacie e convenzionamento obbligatorio con il SSN, fanno sì che le farmacie costituiscano un punto di riferimento importante per i cittadini sul territorio, quali strutture di primo accesso al SSN, non solo per l'erogazione dei farmaci.

Le potenzialità delle farmacie in questa direzione non sono ancora completa-

mente sfruttate. Infatti, molti servizi aggiuntivi, di grande utilità sociale per la collettività, vengono ancora svolti a macchia di leopardo sul territorio. Se ci fosse, invece, un coordinamento nazionale, si potrebbero dare risposte importanti alla popolazione in termini di tutela della salute e di miglioramento della qualità della vita.

In questa direzione vanno le disposizioni inserite nel disegno di legge sullo sviluppo economico, all'esame del Parlamento, che prevedono la definizione, da parte del Governo, di una serie di nuovi servizi di alta valenza sociale, quali la partecipazione delle farmacie all'assistenza domiciliare in accordo con i medici di medicina generale, l'effettuazione di screening di prevenzione e controllo delle principali patologie a forte impatto sociale tramite analisi di prima istanza in farmacia, la prenotazione telematica in farmacia di visite specialistiche ed esami diagnostici presso le strutture sanitarie pubbliche, la partecipazione a campagne di educazione e informazione sanitaria.

### **Controllo della spesa farmaceutica convenzionata: il ruolo delle farmacie**

La spesa farmaceutica netta convenzionata SSN (cioè per farmaci erogati dalle farmacie secondo le regole stabilite dalla convenzione farmaceutica nazionale) nel 2008 si è attestata a 11.384 milioni di euro, in calo rispetto al 2007 (-0,9%), quando si era attestata poco al di sotto degli 11.500 milioni di euro. Il calo è ancora più evidente se si tiene conto che la spesa nel 2006 è stata di 12.327 milioni di euro e che oggi, di fatto, siamo allo stesso livello di spesa del 2001.

Tale risultato è il frutto degli interventi di contenimento promossi dallo Stato e dalle regioni (molto spesso con la collaborazione delle farmacie, basti pensare alla diffusione dei generici e alla distribuzione di medicinali acquistati dalle ASL). Tali interventi sono resi possibili in gran parte dai dati che le farmacie, dal 2000, forniscono mensilmente e gratuitamente per via informatica e che consentono di sapere in ogni momento quali e quanti farmaci vengono erogati ai cittadini, da quale farmacia, con quali costi per il SSN. Più di recente le farmacie trasmettono al Ministero dell'economia anche i dati riguardanti il medico prescrittore e l'assistito che ha ricevuto la prescrizione e sono soggette a pesanti sanzioni in caso di ritardi o errori anche minimi nell'invio di tali dati.

Purtroppo, lo stesso livello di trasparenza non si riscontra per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera che risulta in continuo ed incontrollato aumento, senza che, come detto, sia possibile ottenere dati precisi sui farmaci acquistati, sull'uso che ne viene fatto (utilizzo ospedaliero, distribuzione diretta, consegna alla dimissione) e sul costo effettivo sostenuto dalle ASL (spese di acquisto, alle quali vanno aggiunti i costi del personale, delle attrezzature necessarie per la conservazione, dello smaltimento dei farmaci scaduti, degli sprechi).

Nel caso di farmaci oggetto di distribuzione diretta ai pazienti non ricoverati da parte di ospedali e ASL ai costi sommersi si aggiungono gli evidenti disagi e oneri

imposti ai cittadini, costretti a faticosi spostamenti per raggiungere il presidio pubblico, quando potrebbero ritirare comodamente i medicinali di cui hanno bisogno nella farmacia sotto casa.

### **Il potenziamento dell'assistenza territoriale: il superamento della distribuzione diretta**

La distribuzione diretta di medicinali da parte degli ospedali e delle ASL si pone in controtendenza rispetto all'esigenza più volte ribadita dai documenti di programmazione sanitaria e livello nazionale e regionale di potenziare l'assistenza territoriale rispetto a quella ospedaliera. Questo con l'obiettivo sia di razionalizzare la spesa, sia di rendere un servizio più efficace al cittadino.

Per ricondurre l'assistenza farmaceutica in questo binario, Federfarma propone la definizione di un'intesa, da portare all'approvazione della Conferenza delle regioni, finalizzata a stabilire modalità quanto più possibile omogenee sul territorio nazionale per l'erogazione tramite le farmacie convenzionate dei medicinali inseriti nel PHT (cioè nel prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio), oggi soggetti a forme di distribuzione diversificate sul territorio.

Tali farmaci, infatti, attualmente possono essere:

- 1) acquistati dalle ASL e distribuiti direttamente ai cittadini dalle strutture sanitarie pubbliche (ospedali, ambulatori, distretti);
- 2) acquistati dalle ASL e distribuiti dalle farmacie per conto delle ASL stesse (con un compenso concordato e diverso da quello previsto per i farmaci erogati in regime di convenzione con il SSN), sulla base di specifici accordi a livello regionale ovvero di singola ASL;
- 3) acquistati e distribuiti dalle farmacie in regime di convenzione con il SSN.

Questa diversificazione nel modello di erogazione dei medicinali determina una serie di conseguenze negative per i cittadini e per l'intero sistema, in quanto:

- a) incrina di fatto i Livelli di Assistenza, perché rende fortemente disomogeneo sul territorio l'accesso al farmaco che è condizionato dalle scelte regionali (se non addirittura delle singole ASL) in materia. In alcune zone i cittadini trovano il farmaco di cui hanno bisogno nella farmacia sotto casa, in altre, con gravi disagi ed elevati costi sociali, devono percorrere svariati chilometri per ritirare il medicinale presso le strutture pubbliche, in locali spesso destinati ad attività interne, non attrezzati all'accoglienza dei pazienti e aperti poche ore alla settimana;
- b) priva i medici di medicina generale e le stesse farmacie - che rischiano di essere



- estromessi rispettivamente dal processo prescrittivo e da quello distributivo dei farmaci innovativi (pur dovendo sottoporsi a corsi di aggiornamento ECM anche su tali farmaci) - della possibilità di avere un quadro farmacologico completo dei propri pazienti, con uno scadimento del livello di assistenza garantito ai cittadini. La frammentazione dell'assistenza farmaceutica tra diversi canali che non comunicano tra loro (specialista-ASL, da una parte, medico di medicina generale-farmacia, dall'altra) si traduce, per il paziente, in uno spezzettamento della cura in compartimenti stagni, con una perdita di efficacia delle terapie;
- c) non consente alla pubblica amministrazione di disporre di informazioni certe e verificabili sulla tipologia dei farmaci erogati ai cittadini dalle ASL e sui relativi costi, a differenza di quanto avviene per i farmaci distribuiti dalle farmacie. Le farmacie, infatti, forniscono da anni, mensilmente, alle istituzioni tutti i dati analitici (qualità, quantità, prezzo, medico prescrittore, farmacia erogante, paziente) su ciascuno dei farmaci dispensati in regime di SSN, senza alcun onere per lo Stato;
  - d) il cittadino riceve un servizio di livello nettamente inferiore, in quanto le farmacie rischiano progressivamente di essere chiamate a erogare sempre più farmaci non innovativi, come i generici, e di essere costrette a snaturare il proprio ruolo per sopperire alla compressione imposta all'erogazione di farmaci a carico del SSN. La farmacia è un presidio sanitario che opera in un regime di concessione da parte della Pubblica Amministrazione e, quindi, dovrebbe essere interesse della Pubblica Amministrazione evitare il depauperamento di questa struttura, con l'obiettivo di garantire non solo l'erogazione dei farmaci, ma anche nuovi servizi alla popolazione;
  - e) nelle regioni dove è previsto un ticket sui medicinali a carico del SSN, tale quota di partecipazione viene pagata unicamente sui farmaci dispensati dalle farmacie e non su quelli erogati direttamente dalle strutture pubbliche e ciò desta qualche perplessità.

Una soluzione a questi problemi potrebbe essere proprio la definizione di un accordo quadro a livello nazionale tra la Conferenza delle regioni e Federfarma per definire modalità quanto più possibile omogenee di erogazione da parte delle farmacie dei farmaci del PHT, acquistati dalle ASL.

Tale proposta può presentare elementi di interesse per le regioni, in quanto, oltre a consentire un contenimento della spesa per l'erogazione di medicinali spesso ad alto costo, contribuirebbe a fare chiarezza su un settore dell'assistenza farmaceutica che oggi è caratterizzato da scarsa trasparenza e da una conseguente oggettiva difficoltà di monitoraggio e controllo.

I cittadini ne trarrebbero sicuramente vantaggio, in quanto potrebbero ritirare, su tutto il territorio nazionale, i medicinali di cui hanno bisogno nella farmacia più vicina, evitando di sottoporsi a disagi e spostamenti, costosi e particolarmente gravosi per i malati e i loro familiari.

Medici di medicina generale e farmacie, tenuti a frequentare corsi di aggiornamento permanente (ECM) sulle innovazioni farmacologiche che rischiano di non utilizzare mai nella quotidiana pratica professionale, verrebbero coinvolti e responsabilizzati in modo più ampio nel processo assistenziale, in linea con l'esigenza più volte espressa sia dal livello centrale che da quello regionale di potenziare l'assistenza territoriale rispetto a quella ospedaliera.

## **Farmaci pediatrici**

Lo stesso problema dei farmaci pediatrici e del frequente uso off-label nelle cure pediatriche potrebbe essere affrontato in modo sinergico da medico e farmacista, sfruttando la possibilità offerta dalle farmacie di monitorare dettagliatamente il consumo dei farmaci e rilevare eventuali anomali o effetti indesiderati, trasmettendo tutte le informazioni al medico curante.

## **Il coinvolgimento delle farmacie nell'ADI**

Come detto, le farmacie sono presidi sanitari presenti in modo capillare sul territorio, nei quali operano professionisti della salute, i farmacisti (titolari e non), che svolgono un ruolo prezioso non solo nella dispensazione del farmaco, ma anche nella consulenza sulla salute e nell'erogazione di servizi aggiuntivi.

Grazie a queste caratteristiche, le farmacie potrebbero svolgere una funzione importante nei confronti di quei pazienti fragili, anziani e malati, che non possono uscire di casa e sono soli o magari sono assistiti da badanti straniere che non conoscono bene la nostra lingua e hanno, quindi, difficoltà, ad esempio, a leggere e capire un foglietto illustrativo di un medicinale.

I farmacisti potrebbero farsi carico, a supporto dell'attività dei medici di medicina generale e in collaborazione con gli altri operatori addetti, dei pazienti che hanno bisogno di un'assistenza a domicilio e risiedono nel territorio di pertinenza della farmacia. I malati potrebbero così ricevere dal proprio farmacista non solo i farmaci di cui hanno bisogno, ma anche tutte le informazioni e i consigli su come utilizzarli al meglio (loro o chi li assiste). Inoltre, i farmacisti potrebbero fornire sia ai pazienti stessi che alle badanti tutta una serie di consigli e indicazioni di carattere sanitario, sull'alimentazione, sull'uso di prodotti non farmaceutici, sui comportamenti da adottare.

I farmacisti, sempre in accordo con i medici, potrebbero anche monitorare l'andamento delle terapie cui sono sottoposte tali pazienti, al fine di verificarne la compliance, cioè il rispetto delle dosi prescritte dal medico (confrontando le dosi prescritte con il numero di confezioni consegnate e/o utilizzate), e gli effetti delle

cure. In questo modo, il medico disporrebbe di elementi importanti per valutare la correttezza e l'appropriatezza della terapia, mentre il sistema sanitario pubblico, da un più efficace rapporto costo/beneficio, trarrebbe un evidente vantaggio economico.

Sempre per garantire la compliance, le farmacie, grazie ai loro strumenti informatici, potrebbero "ricordare" ai pazienti o a chi li assiste (ad esempio con sms programmati), orario e dose di assunzione dei diversi medicinali.

Il contatto periodico del farmacista consentirebbe al medico di monitorare con costanza lo stato di salute del paziente, posto che i servizi di assistenza domiciliare non sempre riescono a seguire i malati con la necessaria regolarità. Il farmacista dovrebbe, quindi, operare in pieno accordo e sinergia con il medico di medicina generale, al quale dovrebbe fornire tutte le informazioni utili per valutare lo stato del paziente ed apportare eventuali correttivi alla terapia.

Un intervento di questo tipo consentirebbe, oltre che di migliorare l'assistenza, anche di far risparmiare il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale. Infatti, la remunerazione del farmacista per tale tipo di servizio, che favorirebbe comunque la deospedalizzazione, sarebbe sicuramente inferiore ai costi che oggi vengono sostenuti dai servizi preposti per garantire un'assistenza a domicilio spesso carente. Parallelamente, un'attività di questo tipo rafforzerebbe il radicamento territoriale della farmacia che diventerebbe sempre più un punto di riferimento per la popolazione che risiede nella sede farmaceutica di pertinenza.

## **Le farmacie e le aggregazioni dei medici**

Quest'ultimo aspetto assume particolare rilevanza alla luce dello sviluppo delle forme di aggregazione dei medici di medicina generale che non può avvenire senza un coinvolgimento delle farmacie.

Il rischio, infatti, è che il livello di assistenza rimanga efficiente e valido nelle immediate vicinanze della struttura medica e che le aree più distanti possano vedere ridotta la qualità del servizio.

I cittadini, soprattutto gli anziani, non possono perdere la certezza di poter accedere in modo agevole e immediato ai servizi sanitari del territorio, quali quelli forniti dal medico di medicina generale ma anche dalla farmacia, oggi disponibili a due passi da casa.

È necessario, quindi, avviare una programmazione e una pianificazione dei modelli di aggregazione medica che tenga conto dell'esigenza di salvaguardare l'assetto territoriale delle farmacie. Ciò può avvenire solo favorendo il coinvolgimento di tutti gli operatori territoriali, comprese le farmacie, nel processo di ridefinizione dei meccanismi di assistenza primaria, al fine di garantire il mantenimento di una rete capillare di presidi e di creare quelle sinergie che sono fondamentali per il miglioramento del servizio offerto ai cittadini.

## Sintesi conclusiva

Le farmacie svolgono un ruolo importante nell'assistenza territoriale, ma hanno potenzialità che dovrebbero essere sfruttate di più e meglio.

1. Particolarmente importante in quest'ottica è il rafforzamento della collaborazione con i medici di medicina generale, con l'obiettivo di costruire una rete di assistenza territoriale in grado di rendere il servizio sanitario sempre più vicino ai cittadini e meno ospedalocentrico.
2. Le farmacie si propongono, quindi, come elemento di supporto professionale ai medici di medicina generale nello svolgimento delle funzioni di assistenza primaria. Le farmacie possono dare un contributo importante in tal senso, grazie alla loro presenza capillare sul territorio e al collegamento in rete.
3. Per agevolare il processo di potenziamento dell'assistenza territoriale è necessario pervenire a un superamento della distribuzione diretta di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche ASL, favorendo la distribuzione da parte delle farmacie di medicinali acquistati dalle ASL.
4. Inoltre, è importante favorire il coinvolgimento delle farmacie, in sinergia con i medici, nell'erogazione di servizi ad alta valenza socio-sanitaria, come l'assistenza domiciliare integrata, il monitoraggio dei pazienti cronici, l'attivazione di campagne di prevenzione di massa.
5. Parallelamente, è indispensabile che i nuovi modelli di organizzazione dell'assistenza primaria, a partire dalle aggregazione dei medici, tengano conto della presenza e del ruolo degli altri operatori attivi sul territorio, comprese le farmacie, al fine di garantire il mantenimento di un elevato e capillare livello di servizio.

## Riferimenti bibliografici

- Cipolla Costantino, Maturo Antonio. *La farmacia dei servizi. Un percorso verso la qualità*, Franco Angeli, 2001.
- Piano sanitario nazionale 2003-2005. Capitolo 2.7 . Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio Sanitari, *Ministero della salute*, 2003.
- Gli Italiani e la farmacia*. Indagine Astra, 2005.
- Farmacisti e Farmacie. Il ruolo del farmacista nella società italiana*. Indagine Censis, 2006.
- Farmacia, la casa della salute. Cosa ne pensano gli italiani*. Indagine su rilevazione Eurisko, 2006.
- Progetto di adeguamento della farmacia alle nuove esigenze della società*, Federfarma, 2006.
- L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2007*. A cura dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali.
- Report n. 21. Anno 2007*. Osservatorio Farmaci - CER GAS - Università L. Bocconi – Milano.
- Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2007*. Ministero dell'economia e delle finanze, vol. I, pagg. 87-88.
- Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2008*, Censis, pagg.278-284.
- La customer satisfaction nei servizi in Italia 2008*, Indagine realizzata da CFI Group e GPF per CFMT, ottobre 2008.
- Annarosa Racca. *Quale ruolo per la farmacia nel Sistema Sanitario Nazionale?*, in Aboutpharma, dicembre 2008, pagg. 50-51.
- Comunicazioni del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali Maurizio Sacconi sugli indirizzi programmatici del suo dicastero in materia di sanità*, XII Commissione Igiene e sanità del Senato, 5 giugno 2008.
- Pharmacy in England. Building on strengths – delivering the future*, Libro bianco del Governo britannico sulla farmacia, Londra, aprile 2008.
- Targeting Adherence. Improving Patient Outcomes in Europe through Community Pharmacists' Intervention, PGEU, Bruxelles, maggio 2008.
- La vita buona nella società attiva*. Libro Verde sul futuro del modello sociale. Ministero del lavoro, della salute, delle politiche sociali. 2008.
- Piano sanitario nazionale 2006-2008*. Pagg. 60-63: 4.7. *La politica del farmaco ed i dispositivi medici*. Ministero della salute, 2008.
- Analisi del ruolo della distribuzione dei farmaci nel contenimento della spesa farmaceutica*, Università di Catania, Dipartimento di Economia e Metodi Quantitativi, Catania 2008.
- Congresso "Farmacia è futuro - Oltre il farmaco: la farmacia centro di servizi per la salute sul territorio"*, Firenze 4-5 ottobre 2008, organizzato da Boehringer Ingelheim e Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.
- Indagine sulla distribuzione diretta dei farmaci nelle ASL Regione Lazio*. Unione Nazionale Consumatori, 2009.
- La distribuzione dei farmaci PHT. Un focus sulla Regione Lazio*. A. Pastore, M. Vernuccio. Università di Roma "La Sapienza", 2009.
- "Spesa e consumi farmaceutici SSN" in [www.federfarma.it](http://www.federfarma.it).



capitolo 7

---

*L'Assistenza Primaria e  
l'integrazione socio-sanitaria*





## 7.1 Integrazione socio-sanitaria in Italia

**Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose,  
Anna Ceccarelli**

### INTRODUZIONE

Il presente capitolo offre una panoramica su un tema cruciale di politica sanitaria, specie in Italia, Paese caratterizzato da un welfare system.

L'integrazione socio-sanitaria rappresenta un argomento di complesso inquadramento e difficilissima sistematizzazione, data la vastità di ogni ambito che lo riguarda, dalla analisi della normativa nazionale e regionale, all'esame degli aspetti di impatto economico o di fattibilità organizzativo-gestionale; questo tema, così articolato, si offrirebbe più agevolmente ad una trattazione flessibile ed interattiva, piuttosto che ad una analisi circoscritta come il capitolo di un libro.

Tuttavia, come già precisato, lo scopo di questo volume rappresenta proprio il tentativo di una sistematizzazione di tutti i complessi ambiti che costituiscono la Assistenza Primaria in Italia, quindi, con tutti i limiti del caso, si cerca ugualmente di illustrare la integrazione socio-sanitaria in Italia quale tema di politica sanitaria di fondamentale importanza, rappresentando un ambito qualificante ed identitario del Sistema Sanitario Nazionale, comprendente tutele assistenziali irrinunciabili da garantire a fasce di popolazione particolarmente bisognose.

Pertanto si osserva, da un lato la improrogabile necessità di assicurare questi livelli di assistenza, d'altro canto la consapevolezza che tale garanzia costituisce un problema nella concreta offerta. Infatti, la erogazione integrata di assistenza socio-sanitaria implica un coordinamento e delle sinergie di settori le cui competenze e titolarità, come verrà dettagliatamente illustrato nella analisi della normativa, nascono attribuite ad istituzioni diverse, lontane, e rispetto a tale evidente e significativa criticità la sola identificazione di strumenti di integrazione, di fatto prevista dalla ricca normativa di settore, non è bastata ad assicurarne la efficace messa in atto e la necessaria efficienza.

Va sottolineato un passaggio normativo fondamentale, che ha segnato in modo molto significativo un nuovo assetto istituzionale delle regioni e degli enti locali, delineando un nuovo rapporto tra regioni, Stato e Unione Europea, cioè la riforma

del titolo V della Costituzione “Le regioni, le province, i comuni” (Legge Costituzionale n.3 del 2001).

A partire dalla riforma del titolo V della Costituzione, lo Stato ha la responsabilità di assicurare ai cittadini un sistema di garanzie, attraverso la determinazione dei livelli di assistenza, le regioni hanno il compito di governo e gestione della spesa per il raggiungimento di obiettivi di salute; il tutto in base al principio, che assume dignità costituzionale, di sussidiarietà, sempre a garanzia delle caratteristiche di universalismo ed equità di accesso del sistema.

Nella programmazione sanitaria e socio-sanitaria nazionale si pone prioritario il problema del superamento delle disuguaglianze quantitative e qualitative dell’offerta sanitaria e sociale.

A causa di tale divario, diventa improcrastinabile razionalizzare e rendere omogenea tale offerta, orientandola sui reali bisogni di tutela della salute delle persone.

Il capitolo offre quindi una selezione di approfondimenti di alcuni degli aspetti principali del tema, per consentire una analisi e la formulazione di proposte, comprendendo:

- una rassegna della normativa nazionale di riferimento, comprendente sintesi ed estratti commentati delle numerose ed importanti leggi che nel tempo hanno inquadrato la integrazione socio-sanitaria, partendo ancor prima della Legge istitutiva del SSN, nel 1978, passando ai riferimenti alle successive due riforme sanitarie, i D.lgs 502/92 e 229/99, la Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, i quattro piani sanitari nazionali, e sottolineando l’impatto che la riforma del titolo V della Costituzione ha determinato in questo ambito; tra i più recenti provvedimenti normativi del settore, si inserisce la istituzione del Fondo per le Non Autosufficienze e l’adozione della Carta Acquisti;
- una sintetica prospettiva della legislazione regionale di recepimento, caratterizzata da ricchezza e significativa eterogeneità, con le conseguenti ricadute operative che hanno determinato il quadro proteiforme del settore; anche in questo ambito viene riportato in sintesi lo stato dell’arte rispetto alla legislazione regionale riguardante il Fondo regionale per le Non Autosufficienze;
- una valutazione dell’impatto della spesa sociale in Italia, confrontandola con quella europea, per configurare le dimensioni del problema anche in termini economici;
- l’analisi delle criticità complessive relative alla realizzazione della integrazione socio-sanitaria in Italia, come problema etico e di politica sanitaria.

**Box. Riferimenti normativi relativi all'integrazione socio-sanitaria**

- DPR 24 luglio 1977 n. 616 “Attuazione della delega di cui all'articolo 1 della Legge 22 luglio 1975 n. 382”.
- Legge 23 dicembre 1978 n. 833 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”.
- Legge 27 dicembre 1983 n. 730 - Legge Finanziaria 1984.
- DPCM 8 agosto 1985 “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833”.
- Legge 5 Giugno 1990, n.135 “Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS”.
- Legge 8 giugno 1990 n. 142 “Ordinamento delle autonomie locali”.
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104 “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”.
- D.lgs 30 dicembre 1992 n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421” e successive modifiche ed integrazioni.
- DPR 1 marzo 1994 “Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996”.
- Ministero della Sanità 31 marzo 1994, Linee guida 1/1994 “Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA)”.
- D.lgs 31 marzo 1998 n. 112 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed Enti locali, in attuazione del capo I della Legge 15 marzo 1997, n. 59.
- DPR 23 luglio 1998 “Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000”.
- Legge 30 novembre 1998 n. 419 “Delega al Governo per la razionalizzazione del SSN e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del SSN, modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.
- D.lgs 19 giugno 1999 n. 229 “Norme per la razionalizzazione del SSN a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419”.
- D.lgs 18 agosto 2000 n. 267 “Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali”.
- Legge 8 novembre 2000 n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.
- DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”.
- DPR 3 maggio 2001 “Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003”.
- Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”.
- DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”.
- DPR 23 maggio 2003 “Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005”.
- DPR 7 aprile 2006 “Approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008”.
- Legge 27 dicembre 2006, n. 296 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2007)”.
- Legge 24 dicembre 2007, n. 244 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2008)”.
- Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 6 Agosto 2008, Riparto del «Fondo per le non autosufficienze» per gli anni 2008 e 2009.
- Decreto Legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2008 n. 133.

## LA NORMATIVA NAZIONALE DI RIFERIMENTO E ANALISI DELLE RELATIVE CRITICITÀ APPLICATIVE

### Premessa

Inizialmente la normativa si occupa di inquadrare titolarità e competenze dell'offerta di assistenza sociale, enunciando teoricamente la possibilità di realizzare continuità e coordinamento di offerta assistenziale tra gli ambiti del settore sociale che possano incidere sullo stato di salute; solo in seguito, già a partire dalle Linee Guida 1/94, dal primo Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-96, e diffusamente nella Legge di delega al Governo per la razionalizzazione del SSN n.419/98, si configura un clima istituzionale sempre più attento ed orientato ad identificare la integrazione socio-sanitaria quale priorità del SSN.

Seguono quindi alcuni passaggi normativi “cardine” che hanno dato impulso e sostegno fondamentale all'inquadramento nazionale della assistenza integrata socio-sanitaria: la terza riforma del SSN, **D.lgs 229/99, il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000** e, soprattutto, la **“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali 328/00”**, che unitamente ai previsti **DPCM del febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”**, al primo **Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003**, e quindi al **DPCM “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”**, definiscono le caratteristiche di un sistema di intervento integrato, introducendo strumenti specifici ed innovativi di programmazione locale, prevedono la descrizione della tipologia delle prestazioni, la natura del bisogno, intensità e complessità dell'intervento assistenziale, e stabiliscono che l'assistenza socio-sanitaria è parte integrante dell'assistenza distrettuale, individuando i soggetti a cui si deve garantire tale assistenza.

Purtroppo, ad un clima pervaso da slancio ed innovazione, non sempre e non sistematicamente corrispondono analoghi passi avanti nella realizzazione della integrazione socio-sanitaria; gli ambiti di competenza stentano a trovare una dimensione di reale integrazione istituzionale, organizzativa, professionale e soprattutto gestionale e finanziaria, alla luce di un momento politico caratterizzato da conflittualità e difficoltà tra ambiti istituzionali diversi (Stato, regioni, comuni, enti locali), accentuato dalle difficoltà applicative iniziali delle ricadute dell'avvenuta riforma del Titolo V della Costituzione, che ha modificato i rapporti e le competenze reciproche.

Pertanto, ne deriva che una serie di interventi economici previsti dalla normativa non vengono stanziati o si disperdono nelle variegate interpretazioni regionali, determinando la mancata erogazione di forme di assistenza, impedendone una equità di accesso, così di fatto negando la possibilità di usufruire di un diritto costituzionale su tutto il territorio nazionale, come era stato previsto.

Inoltre, le regioni assumono il ruolo di definizione di obiettivi, funzioni e criteri di erogazione delle prestazioni, compresi i criteri di finanziamento, ma non sempre

a ciò corrisponde una concordata e congiunta programmazione locale.

I due successivi Piani Sanitari Nazionali danno ampio risalto ai principi di solidarietà sociale ed integrazione socio-sanitaria, soprattutto alla luce di una analisi dettagliata dell'andamento demografico che in Italia indirizza verso una particolare attenzione alla tutela della salute degli anziani e delle cronicità ciò comporta la necessità di rispondere a bisogni socio-sanitari complessi, prevedendo una programmazione ed un approccio integrati, superando la programmazione settoriale verso una unitarietà dei processi assistenziali, indirizzando verso un giusto equilibrio tra capillarizzazione e unitarietà, evitando la centralizzazione e la frammentarietà degli interventi.

In conclusione, ad una produzione normativa nazionale ricca, articolata e progressivamente sempre più attenta ed orientata, purtroppo ancora oggi corrisponde una realizzazione parziale, settoriale e profondamente variegata qualitativamente e quantitativamente di questa forma fondamentale di tutela di Assistenza Primaria, e questa realtà di profonda lacerazione del quadro di offerta nazionale, alla luce di una spinta demografica ineludibile, viene esaminata in dettaglio nei contenuti dei documenti istituzionali Libro Verde e Libro Bianco che il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali Sacconi ha proposto nel luglio 2008 e nel maggio 2009.

Tale iniziativa del Ministro percorre una metodologia tipica di molti Paesi europei, per la prima volta applicata in Italia attraverso la procedura che prevede la elaborazione di un Libro Verde di analisi e valutazioni, da sottoporre a consultazione pubblica, per consentire opinioni, considerazioni e proposte da raccogliere e sintetizzare nel successivo Libro Bianco.

I due documenti affrontano tematiche congiunte riguardanti il mondo del lavoro, la previdenza, il sistema di tutele sociali e quindi il futuro e la sostenibilità del SSN, nel momento in cui queste tematiche di politica nazionale sono state affidate alla competenza di un unico Ministero.

Viene proposto in questo capitolo un estratto dei numerosi riferimenti in essi contenuti in relazione alla necessità della realizzazione della integrazione socio-sanitaria, alla luce della considerazione che la sostenibilità e la efficienza del SSN sono strettamente connessi a un cambiamento di tendenza nella assistenza sanitaria italiana, prevedendo un impulso ed un rilancio della assistenza territoriale, che appropriatamente può rispondere ai crescenti bisogni di Assistenza Primaria della popolazione. In particolare, viene sottolineato il ruolo significativo che la medicina generale può svolgere, attraverso un passaggio di valorizzazione e rivitalizzazione della dignità professionale, nonché attraverso l'orientamento della propria formazione specifica verso contenuti e metodologie che implementino sempre più la reale presa in carico della persona, la gestione unitaria del bisogno assistenziale, l'inquadramento dei problemi di salute in forma di processi assistenziali integrati. Si esortano in tal senso tutti gli operatori attivi nella assistenza territoriale ad individuare forme efficaci ed efficienti di integrazione, che consentano una gestione unitaria dei servizi socio-sanitari in ambiti territoriali omogenei, ribadendo il ruolo del Distretto quale centro di riferimento dei cittadini e sede della integrazione operativa.

Alcuni punti del Libro Bianco si presentano, tra i tanti, in grande sintonia con le

analisi, le considerazioni e le proposte di questo volume: in particolare quando si identifica nel territorio la dimensione idonea per l'attuazione dei più significativi interventi di politica socio-sanitaria, nel rispetto del principio di prossimità della dichiarazione dell'OMS di Alma Ata, che, come dettagliatamente sottolineato nella introduzione del presente libro, rappresenta la sempre attuale fonte di ispirazione storica, politica e culturale per la realizzazione della Assistenza Primaria.

Si ritrova la stessa consonanza di idee nella parte in cui si cita la “rifondazione della medicina generale”, facendo proprio il termine coniato dalla FIMMG nell'omonimo documento programmatico del 2007 (vedi specifici riferimenti nella introduzione generale del testo, e nei capitoli dedicati alle criticità della medicina generale e alla proposta della FIMMG); unitamente alla necessità di integrazione tra tutte le figure professionali attive nella assistenza territoriale (compresi volontariato e farmacie), rappresentano gli imprescindibili passaggi per fare sistema connettivo delle reti assistenziali sociali e sanitarie dedicate alla Assistenza Primaria delle persone fragili e bisognose.

Il termine viene quindi ribadito anche per definire, efficacemente, la “rifondazione del sistema sociale”, per la cui realizzazione si attribuisce un ruolo particolarmente strategico al terzo settore ed al mondo cooperativo.

Proprio quest'ultimo passaggio rappresenta un ulteriore spunto di riflessioni, considerazioni e proposte particolarmente convergenti tra i due testi, ossia la enfasi ed il dettaglio con cui si sottolinea il ruolo sempre più importante che le cooperative ed in genere il terzo settore possono e dovranno assumere nel campo della offerta assistenziale socio-sanitaria, vitalizzando al massimo le “inesplorate potenzialità” di queste categorie, in analogia con quanto da tempo accade in altri Paesi. Si prevede che, nell'auspicato passaggio dal Welfare State, di cui si elencano i fallimenti, alla Welfare Society, sia possibile per l'attore pubblico un ruolo diverso, non più come “monopolista della erogazione”, ma come garante della qualità dei servizi assicurati da una molteplicità di erogatori, attraverso un rafforzamento dei poteri di regioni ed enti locali, ma soprattutto attraverso la definizione di linee guida e l'autorizzazione di un sistematico controllo sulla qualità dei servizi, attraverso la introduzione (nel presente libro più volte invocata) di sistemi di valutazione ed accreditamento degli operatori. “Un Welfare delle opportunità è fondato sulla “presa in carico” della persona attraverso una ampia rete di servizi e di operatori – indifferentemente pubblici o privati – che offrono, in ragione di precisi standard di qualità ed efficienza validi per tutto il territorio nazionale, non solo semplici servizi sociali e prestazioni assistenziali, ma anche la promessa di un miglioramento della vita quotidiana”.

**Il DPR 24.7.1977 n. 616 all'articolo 25** individua i comuni quali titolari delle funzioni relative ai servizi sociali offerti a livello locale.

**La Legge 23 dicembre 1978 n. 833 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”**, identifica principi, obiettivi, competenze regionali e comunali, presta-

zioni e funzioni, esprimendosi in termini di tutela della salute e di recupero sociale, prevedendo più che una integrazione vera e propria, delle forme di coordinamento in particolare per le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale di soggetti disabili psichici o fisici.

**Il Titolo I, Il Servizio Sanitario Nazionale, Capo I - Principi ed obiettivi, articolo 1** (I principi), prevede che “Nel Servizio Sanitario Nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente Legge.”

All'**articolo 2** (Gli obiettivi), si legge che il SSN, “nell'ambito delle sue competenze persegue:...

- a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese;
- d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;
- f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;
- g) la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici.

**Al Capo II - Competenze e strutture, articolo 10** (L'organizzazione territoriale), si prevede che: “...Sulla base dei criteri stabiliti con Legge regionale i comuni, singoli o associati, o le comunità montane articolano le unità sanitarie locali in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento”, mentre all'**articolo 11** (Competenze regionali) si legge che “Le regioni esercitano le funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera”.

All'**articolo 13** (Attribuzione dei comuni), viene precisato che: “...I comuni, singoli o associati, assicurano, anche con riferimento alla L. 8 aprile 1976, n. 278, e alle leggi regionali, la più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio, dei rappresentanti degli interessi originari definiti ai sensi della L. 12 febbraio 1968, n. 132, e dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del Servizio Sanitario Nazionale agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni di cui all'articolo 55. Disciplinano inoltre, anche ai fini dei compiti di educazione sanitaria pro-

pri dell'unità sanitaria locale, la partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi.”

**Al Capo III - Prestazioni e funzioni, all'articolo 26 (Prestazioni di riabilitazione)** “Le prestazioni sanitarie dirette al **recupero funzionale e sociale** dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale”.

Il complesso crinale della definizione delle competenze finanziarie in campo socio-sanitario veniva in realtà affrontato già con la **Legge n. 730 del dicembre 1983, che in particolare all'articolo 30** così recitava: “Per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, gli enti locali e le regioni possono avvalersi, in tutto o in parte delle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali. Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per le funzioni di tipo socio-assistenziale ad esse delegate”.

Il **Decreto del Presidente del Consiglio dell'8 agosto del 1985** dal titolo “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833” definisce le “attività di rilievo sanitario” connesse con quelle socio-assistenziali come quelle “attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti”. Nelle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, per le quali è prevista l'imputazione degli oneri a carico del Fondo sanitario nazionale, rientrano, secondo il decreto, i ricoveri in strutture protette purché rispondenti alla definizione proposta nel decreto e le cui prestazioni siano dirette:

- alla riabilitazione nelle strutture previste all'art. 26 della Legge n. 833 del 1978;
- alla cura e al recupero fisico-psichico dei malati di mente, purché le prestazioni siano integrate con i servizi territoriali;
- alla cura e al recupero dei tossicodipendenti relativamente alla fase terapeutica di disassuefazione fisica sia a quella della rimozione della dipendenza secondo programmi terapeutici concordati con le unità sanitarie locali, con nessun onere a carico del Fondo sanitario nazionale per il reinserimento sociale e lavorativo;
- alla cura degli anziani, limitatamente agli stati morbosi non curabili a domicilio.



Non rientrano le attività esclusivamente socio-assistenziali, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino, e cioè:

- l'assistenza economica in denaro o in natura e l'assistenza domestica;
- le comunità alloggio;
- le strutture formative socio-diurne;
- i corsi di formazione professionale;
- gli interventi per l'inserimento ed il reinserimento lavorativo;
- i centri di aggregazione e di incontro diurni;
- i soggiorni estivi;
- i ricoveri in strutture protette extraospedaliere meramente sostitutivi, sia pure temporaneamente, dell'assistenza familiare.

Inoltre, all'art. 4 del citato decreto viene specificato che, ai sensi delle Leggi 405/75 e 194/78, l'attività dei Consultori viene finanziata mediante un apposito fondo ripartito dal Ministero del Tesoro, gravando quindi sul Fondo sanitario nazionale i soli oneri delle prestazioni sanitarie e le attività dirette a promuovere una procreazione cosciente e responsabile e all'individuazione di situazioni di particolare rischio. Nell'art. 6 vengono identificate tra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario (quindi con imputazione dei relativi oneri sul Fondo sanitario nazionale), i ricoveri in strutture protette le cui prestazioni erogate siano dirette:

- alla riabilitazione o alla rieducazione funzionale di disabili (vedi articoli 26 e 64 della Legge 833/78);
- alla cura e/o al recupero fisico-psichico dei tossicodipendenti;
- alla cura degli anziani limitatamente agli stati morbosi non curabili a domicilio.

In particolare, a questo proposito, viene specificato che nei casi in cui non sia possibile separare l'intervento sanitario da quello socio-assistenziale, le regioni possono avvalersi, nell'ambito delle disponibilità finanziarie assicurate dal Fondo sanitario nazionale, della collaborazione, (anche mediante convenzioni) di istituzioni pubbliche o private, che offrano idonee garanzie di dotazione di personale qualificato e di mezzi strumentali. A questo scopo è stata istituita presso le Regioni e Province Autonome una commissione permanente di verifica dei requisiti di idoneità e della qualità dell'assistenza erogata.

Rispetto alla ripartizione della spesa tra parte sanitaria e parte socio-assistenziale, viene proposto che le regioni prevedano un onere forfettariamente posto a carico del Fondo sanitario nazionale o degli enti tenuti all'assistenza sociale, in misura percentuale rispetto all'assistenza effettivamente erogata, con eventuale compartecipazione da parte dei cittadini.

Infine, è previsto che le ASL forniscano alla Regione di appartenenza e al Ministero della Sanità specifici flussi informativi sulle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario.

Un ruolo particolarmente significativo in questo campo, anche e soprattutto sul piano culturale, oltre che organizzativo ed operativo va attribuito all'emergenza AIDS. Infatti, la **Legge 135 del 1990 inerente il programma degli interventi urgenti per la lotta e la prevenzione contro l'AIDS**, segna un passaggio importante da una fase puramente programmatoria ad una fase operativa, visto che nella regolamentazione dei trattamenti domiciliari per l'emergenza AIDS si sottolinea l'importanza della integrazione socio-sanitaria al fine di dare una risposta completa a tutti i bisogni di cui l'individuo necessita, prevedendo l'impiego di personale medico, infermieristico, socio assistenziale, ospedaliero, con piena integrazione della attività assistenziale sia con i medici di famiglia che con l'organizzazione di volontariato sociale.

Quindi viene previsto il coinvolgimento di una equipe multidisciplinare, un classico esempio nella definizione di situazione di assistenza socio-sanitaria integrata, il paradigma in cui si presenta contemporaneamente un grave problema sociale e un altrettanto grave problema sanitario, fortemente integrati tra loro, che necessitano quindi di un intervento unitario, perché agire in maniera parziale significa non cogliere l'unitarietà del problema che è proprio socio-sanitario integrato nella sua nascita.

Sempre nel **1990** va ricordata la **Legge 142, "Ordinamento delle autonomie locali"**, che detta i principi dell'ordinamento dei comuni e delle province con le relative funzioni.

In particolare, il Capo IV articolo 9 (Il comune) "Funzioni", al comma 1 recita: "...spettano al comune tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione ed il territorio comunale, precipuamente nei settori organici dei servizi sociali". Il comma 2 prevede che: "...il comune, per l'esercizio delle funzioni in ambiti territoriali adeguati, attiva forme sia di decentramento sia di cooperazione con altri comuni e con la Provincia."

Un altro punto di riferimento normativo importante è il primo **Piano Sanitario Nazionale italiano del 94-96**, che contiene la prima definizione del Distretto quale: "...articolazione organizzativo-funzionale della ASL finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano prestazioni sanitarie e tra questi i servizi socio assistenziali", comprendendo anche una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari della popolazione. Non viene identificata sul piano strutturale una precisa articolazione, né vengono definiti dei riferimenti rispetto ad attività e servizi che il Distretto deve comprendere, ma viene chiarito che ogni competenza di tipo integrato socio-sanitario è a carico del Distretto, quindi della ASL, quindi della Regione, quindi della componente sanitaria.

Nelle successive **Linee-guida n. 1/94 - Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali (RSA)**, veniva sottolineata la necessità di un continuum di cure sanitarie e servizi sociali rispondenti alle esigenze poste dalla collettività, in particolare da parte di soggetti non autosufficienti, i cui bisogni sanitari sono inscindibili da quelli assistenziali e determinano diversi gradi di

dipendenza, ai quali è necessario rispondere con offerte di sostegno domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Pertanto, veniva affermato che in una rete dei servizi funzionalmente integrata, la tutela sanitaria si deve coordinare con l'assistenza sociale, la solidarietà del volontariato e le cure familiari, e richiede il rispetto di regole tecniche, amministrative, finanziarie e gestionali. Tali Linee-guida prendevano in esame anche aspetti relativi ai costi dell'assistenza sanitaria in questo specifico ambito assistenziale, in particolare proponendo dei criteri di ripartizione tra la quota sanitaria e la quota sociale. Secondo gli orientamenti delle Linee-guida, i costi dell'assistenza sanitaria identificano come funzioni sanitarie: assistenza infermieristica, assistenza medica, assistenza riabilitativa, assistenza e consulenza specialistica (geriatrica, psichiatrica, ecc.); mentre i costi dell'assistenza sociale a rilievo sanitario comprendono: igiene personale e necessità fisiologiche, aiuto nello svolgimento delle attività quotidiane, compreso consumo dei cibi, cura della persona e del suo aspetto. Rispetto alla determinazione dei costi venivano proposte tre categorie cui imputare i diversi costi delle rispettive funzioni:

- **Categoria 1:** costi totalmente sanitari, riferibili alle voci assistenza sanitaria e funzioni assistenziali;
- **Categoria 2:** costi totalmente non sanitari riferibili alla voce funzioni alberghiere;
- **Categoria 3:** costi non riconducibili integralmente ad una delle due categorie sopraindicate.

La proposta prevedeva la definizione della quota gravante sul Fondo sanitario nazionale come calcolo dell'incidenza percentuale dei costi totalmente sanitari (categoria 1) e dell'incidenza dei costi totalmente non sanitari (categoria 2) rispetto alla somma dei costi delle due categorie. Alla voce "Partecipazione alle spese" si prevedeva l'assunzione da parte dell'utente delle spese alberghiere e sociali, essendo quelle sanitarie a carico dell'Unità sanitaria locale; in caso di reddito insufficiente, era previsto l'intervento dei familiari o del Comune di residenza. Una partecipazione ai costi da parte dell'utente si prevedeva dopo il secondo mese di permanenza nella RSA per un assistito proveniente da una fase di malattia acuta in ospedale, per cui la degenza in RSA costituiva una fase riabilitativa prima del ritorno al domicilio.

Anche la **Legge 419 del 1998**, di delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, si esprime a proposito dell'integrazione assistenziale socio-sanitaria, prevedendo al punto n) la necessità di individuare: "... tempi, modalità e aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali, disciplinando altresì la partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali; stabilire principi e criteri per l'adozione, su proposta dei Ministri della sanità e per la solidarietà sociale, di un atto di indirizzo e coordinamento, ai sensi dell'articolo 8 della Legge 15 marzo 1997, n. 59, in sostituzione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 191 del 14 agosto 1985, che assicuri livelli uniformi delle

prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria, anche in attuazione del Piano sanitario nazionale”. Inoltre, al punto o) precisa che bisogna: “Tenere conto, nella disciplina della dirigenza del ruolo sanitario di strutture del Servizio Sanitario Nazionale operanti nell’area delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, del carattere interdisciplinare delle strutture stesse e prevedere idonei requisiti per l’accesso, in coerenza con le restanti professionalità del comparto. Le figure professionali di livello non dirigenziale operanti nell’area delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono individuate con regolamento del Ministro della Sanità, di concerto con i Ministri dell’Università e della Ricerca scientifica e tecnologica e per la Solidarietà sociale; i relativi ordinamenti didattici sono definiti dagli atenei, ai sensi dell’articolo 17, comma 95, della Legge 15 maggio 1997, a. 127, sulla base di criteri generali determinati con decreto del Ministro dell’università e della ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con gli altri Ministri interessati, tenendo conto dell’esigenza di una formazione interdisciplinare, attuata con la collaborazione di più facoltà universitarie, adeguata alle competenze delineate nei profili professionali”.

Per quanto riguarda riferimenti normativi più specificamente connessi ad ambiti di politica sociale, occorre innanzitutto riferirsi alla definizione contenuta **all’articolo 128 del D.lgs 112/98**, dove, con la denominazione di “interventi e servizi sociali”, venivano comprese: “...tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, **gratuiti ed a pagamento**, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita.”

### **La realizzazione dell’integrazione assistenziale socio-sanitaria nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000**

La realizzazione dell’integrazione assistenziale socio-sanitaria comincia a rappresentare una vera priorità nelle enunciazioni di politica sanitaria nazionale a partire dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, dove, alla parte II, “Le strategie per il cambiamento - Le garanzie del SSN - I livelli essenziali di assistenza”, è scritto quanto segue: “Per le condizioni che interessano le aree del disagio e dell’emarginazione, la definizione della integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria (e dei criteri per l’imputazione della rispettiva spesa) è condizione necessaria per la concreta attuazione dei livelli di assistenza, ferma restando la necessità di definire, in parallelo, adeguati livelli di garanzia anche per l’assistenza sociale”.

In particolare, sempre nella Parte II, all’interno dello specifico capitolo “L’integrazione tra assistenza sanitaria e sociale” il Piano afferma che “l’integrazione delle diverse politiche della salute:

- nasce da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione;

- privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- valorizza i diversi centri di responsabilità;
- qualifica i rapporti tra soggetti pubblici e privati;
- promuove la solidarietà e valorizza gli investimenti di salute nelle comunità locali”.

Sempre all'interno del capitolo “L'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale”, essa viene definita come una priorità strategica dei piani regionali, a cui destinare risorse vincolate; nell'evidenziare la necessità che l'integrazione avvenga a tre livelli, cioè istituzionale, gestionale e professionale, si legge quanto segue: “L'integrazione istituzionale nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni tra istituzioni diverse..., che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici, quali le convenzioni e gli accordi di programma...”.

Il PSN 1998-2000 precisa quindi le competenze nel settore: il Distretto è la struttura operativa che consente di governare i progetti integrati tra istituzioni, il SSN, i comuni, la solidarietà sociale, con una gestione che dovrebbe essere realmente unitaria tra le diverse fonti di risorse; nell'ambito di queste competenze le regioni nei rispettivi Piani regionali, preferibilmente socio-sanitari, devono provvedere a definire criteri di finanziamento, indirizzi organizzativi, mettendo in grado le aziende USL di programmare le entità delle risorse da assegnare ai Distretti. Infine, le unità multiprofessionali devono tener conto della ripartizione delle risorse a carico del bilancio sanitario e locale, utilizzando strumenti di contabilità analitica e dei corrispondenti centri di responsabilità.

Nella parte seconda del PSN 1998-2000 “Strumenti per la garanzia dei livelli di assistenza”, tra gli aspetti chiave del processo di riordino del SSN, il Piano annovera, nell'ambito della programmazione nazionale e finanziamento del SSN, “la ridefinizione del ruolo delle autonomie locali nella programmazione regionale e nell'integrazione socio-sanitaria”. Questo è stato alla base di molte e significative criticità rispetto all'integrazione socio-sanitaria, in un clima di acuta conflittualità tra regioni e comuni.

Molto spazio viene dedicato in questo PSN al settore e questo testimonia il fatto che risultano dei significativi divari tra quelli che sono gli intenti di politica nazionale e le effettive ricadute operative.

### **D.lgs 19 giugno 1999 n. 229 - Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale**

La terza riforma sanitaria, il **D.lgs 229/99**, conferma il ruolo del Distretto: “Il Distretto assicura i servizi di Assistenza Primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri...”.  
**(art 3-quater).**

Rispetto alle funzioni del Distretto l'**articolo 3-quinquies** specifica che: "Le regioni disciplinano l'organizzazione del Distretto in modo da garantire:

- a) l'Assistenza Primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

Il Distretto garantisce:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili e anziani;
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale".

L'**articolo 3-quater** prevede l'introduzione del Programma delle attività territoriali (il cosiddetto PAT) che rappresenta uno strumento di programmazione territoriale "...basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative". Il PAT, in base a quanto previsto dall'**articolo 3-quater, comma 3**:

- a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies;
- b) **determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni**, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
- c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di Distretto, dal direttore di Distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale".

Rispetto all'integrazione socio-sanitaria, all'**articolo 3-septies** viene specificato che: "Si definiscono prestazioni socio-sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono

unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Le prestazioni socio-sanitarie comprendono:

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronicodegenerative”.

Lo stesso articolo 3-septies specifica che: “Le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria”... “le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei comuni”.

### **Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali 328/00**

La legge nei suoi 30 articoli prende in esame il coordinamento degli interventi socio-sanitari, dando forte rilevanza alla necessità di integrazione, alla definizione della relativa modalità di erogazione e finanziamento delle prestazioni ad alta integrazione sanitaria, la definizione degli ambiti territoriali e degli strumenti di base della gestione integrata.

La legge si compone di sei capitoli:

1. Principi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
2. Assetto istituzionale e organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
3. Disposizioni per la realizzazione di particolari interventi di integrazione e sostegno sociale.
4. Strumenti per favorire il riordino del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
5. Interventi, servizi ed emolumenti economici del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
6. Disposizioni finali.

Si sottolinea che questa legge introduce al Capo IV “Strumenti per favorire il riordino del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, in particolare all’articolo 19, viene definito il Piano di zona, uno strumento molto innovativo di programmazione sociale locale previsto per il superamento dei problemi legati alla integrazione tra competenze regionali e comunali (vedi approfondimento nell’allegato 2 “Strumenti per la realizzazione della integrazione socio-sanitaria”).

Questo paragrafo e questo libro non rappresentano la sede opportuna per una dettagliata analisi dell’intero articolato della legge, ma, ritenendo necessario soffermarsi sugli articoli che hanno consentito di introdurre principi, concetti e istituti estremamente significativi per la realizzazione della integrazione socio-sanitaria, si presenta in allegato 1 una sintesi ragionata, orientata agli aspetti della legge relativi alla integrazione socio-sanitaria.

### ***DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di Prestazioni Socio-Sanitarie”***

A tale corposo e significativo atto normativo, segue in ordine cronologico il **DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di Prestazioni Socio-Sanitarie”**, previsto dalla legge Turco in attuazione di tutta una serie di interventi legati all’integrazione socio-sanitaria. È un atto di indirizzo e di coordinamento, quindi non dotato del carattere di cogenza di una legge, che rappresenta comunque un importante punto di riferimento sia rispetto alla garanzia di unitarietà delle prestazioni socio-sanitarie da erogare a livello nazionale, che per i successivi recepimenti a livello regionale, fornendo chiarimenti e definizioni rispetto alla tipologia delle prestazioni, alla tempistica della relativa erogazione e alle risorse umane e strumentali impiegate. Il primo comma dell’articolo 2 recante il titolo “Tipologia delle prestazioni” precisa che “l’assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Le regioni disciplinano le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati”. Vengono individuati i destinatari e si conferma la necessità della valutazione multidimensionale. Al secondo comma si afferma che “le prestazioni socio-sanitarie ... sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l’intensità dell’intervento assistenziale, nonché la sua durata”, mettendo in risalto gli aspetti qualitativi, quelli legati all’assorbimento delle risorse e gli aspetti temporali. Infatti nel successivo punto si dice che: “Ai fini della determinazione della natura del bisogno si tiene conto degli aspetti inerenti a:

1. funzioni psicofisiche;
2. natura delle attività del soggetto e relative limitazioni;



3. modalità di partecipazione alla vita sociale;
4. fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

Il comma 4 caratterizza l'intervento socio-sanitario integrato con l'aspetto di temporalità in relazione all'intensità dell'intervento stesso:

1. **la fase intensiva**, impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;
2. **la fase estensiva**, minore intensità terapeutica, comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;
3. **la fase di lungoassistenza**, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

Il comma 5 pone l'accento sul rapporto tra il grado di complessità e i fattori produttivi impiegati, ed "alla loro **articolazione nel progetto personalizzato**".

L'articolo 3 del DPCM 14 febbraio 2001 entra nelle definizioni delle prestazioni. Il primo comma definisce le **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale** come quelle "prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali". Il comma 2 individua la definizione delle **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** come l'insieme di "tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi e si esplicano attraverso:

- a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
- b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;

- c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
- e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;
- f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

Dette prestazioni, inserite in **progetti personalizzati** di durata non limitata, **sono erogate nelle fasi estensive e di lungo-assistenza.**”

Il comma 3, invece, definisce così le **prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria**: “Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria ... tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono ... caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del Fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali ... nelle fasi estensive e di lungo-assistenza”. La relativa spesa viene attribuita al Fondo sanitario dato che, come ambito di erogazione di tali prestazioni, è il Distretto che, in quanto a competenze, riconduce l'onere del finanziamento in capo al SSN per mezzo degli ordinari processi di finanziamento.

Nell'articolo 4 riemerge la necessità di dover fare un distinguo tra quelle che sono le competenze di programmazione in capo a ciascun soggetto istituzionale coinvolto: la Regione ed il Comune. A tal proposito, al primo comma si afferma che la “Regione nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, ... La Regione ... svolge attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto di dette indicazioni da parte delle aziende sanitarie e dei comuni al fine di garantire uniformità di comportamenti a livello territoriale. La programmazione degli interventi socio-sanitari avviene secondo principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, nonché di continuità assistenziale”. Una volta de-

finito il riferimento all'ente regionale, nel comma secondo si chiarisce che “al fine di favorire l'integrazione con i servizi di Assistenza Primaria e con le altre prestazioni socio-sanitarie ... i comuni adottano sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini per consentirne l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle suddette prestazioni.” Il terzo comma afferma che, per favorire “l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti. La Regione emana indirizzi e protocolli volti ad omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale.”

L'articolo 5 dedicato al finanziamento afferma che:

- “1. Le regioni, nella ripartizione delle risorse del Fondo per il servizio sanitario regionale ... tengono conto delle finalità del presente provvedimento, sulla base di indicatori demografici ed epidemiologici, nonché delle differenti configurazioni territoriali e ambientali;
2. La Regione definisce i criteri per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti in rapporto ai singoli interventi”.

### **Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003**

Viene quindi emanato il primo **Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 approvato con DPR 3 maggio 2001**, a norma dell'articolo 18, comma 2 della Legge 8 novembre 2000, n. 328.

Tale documento comprende una prima parte sulle radici delle nuove politiche sociali. Una seconda parte identifica gli obiettivi di priorità sociale: Valorizzare e sostenere le responsabilità familiari; Rafforzare i diritti dei minori. La parte III, riguardante lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali, si concentra invece su: il livello essenziale delle prestazioni sociali; la programmazione partecipata; il finanziamento delle politiche sociali; la qualità del sistema integrato; rapporti tra enti locali e terzo settore; la carta dei servizi sociali; il sistema informativo dei servizi sociali.

Viene specificato che il sistema integrato di interventi e servizi sociali promuove la solidarietà sociale attraverso la valorizzazione delle iniziative delle persone, delle famiglie, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità, nonché della solidarietà organizzata.

“In coerenza con la Legge 328/2000, il Piano Nazionale Sociale 2001-2003 promuove lo sviluppo del Welfare delle responsabilità, ovvero di un Welfare che

può essere definito plurale, perché costruito e sorretto da responsabilità condivise, in una logica di sistema allargato di governo, che valorizzi il federalismo solidale in cui:

- tutti i livelli di governo, comuni, Province, Regioni e Stato, ognuno nell'ambito delle proprie competenze, concorrono a formulare, realizzare e valutare le politiche sociali;
- le organizzazioni sindacali e le associazioni sociali e di tutela degli utenti partecipano a formulare gli obiettivi di benessere sociale e a valutarne il raggiungimento;
- le comunità locali, le famiglie, le persone sono soggetti attivi delle politiche sociali e, in quanto tali, svolgono un ruolo da protagonista nella progettazione e nella realizzazione del sistema;
- l'aggregazione e l'autorganizzazione degli utenti, delle famiglie, delle persone è fattore di arricchimento della rete dei servizi;
- le Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che operano in campo socio-assistenziale partecipano alla programmazione regionale del sistema;
- le Onlus, la cooperazione, il volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le fondazioni, gli enti di patronato e gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato accordi, concorrono alla programmazione, all'organizzazione e alla gestione del sistema integrato;
- le Onlus, la cooperazione, il volontariato, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le fondazioni, gli enti di patronato e gli altri soggetti privati provvedono, insieme ai soggetti pubblici, all'offerta e alla gestione dei servizi”.

“Il sistema integrato di interventi e i servizi sociali ha come primi destinatari, in un'ottica di prevenzione e di sostegno, i soggetti portatori di bisogni gravi. Nella prospettiva universalistica e inclusiva della cittadinanza, il sistema quindi dà priorità (articolo 2, comma 3):

- ai soggetti in condizione di povertà o con limitato reddito;
- ai soggetti con forte riduzione delle capacità personali per inabilità di ordine fisico e psichico;
- ai soggetti con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro;
- ai soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali;
- ai minori, specie se in condizione di disagio familiare”.

**Viene sottolineato che il criterio di accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali è il bisogno, pertanto la diversificazione dei diritti e delle modalità di accesso ad un determinato intervento è basata esclusivamente sulla diversità dei bisogni.**

Affinché le politiche sociali siano veramente universalistiche, è necessario:

- che le persone e le famiglie con situazioni di bisogno più acuto o in condizioni di maggiore fragilità siano messe in grado di poter accedere ai servizi rivolti a tutti;
- mettere a punto strumenti di informazione adeguati, modalità di lavoro sociale, misure di accompagnamento che compensino le situazioni di fragilità e valorizzino le capacità delle persone e delle loro reti sociali e familiari.

Si prevede che le persone e le famiglie possano essere chiamate a concorrere al costo dei servizi universali in base alla loro condizione economica, per salvaguardare il criterio dell'equità.

**Nel ricordare che l'attuazione di un sistema di servizi a rete presuppone una complessa interazione tra tutti i soggetti coinvolti, pubblici e privati, si evidenzia quindi che il principio di sussidiarietà trova attuazione in senso sia verticale sia orizzontale.**

Risulta confermata la scelta che privilegia i comuni quali titolari delle funzioni relative ai servizi sociali offerti a livello locale (scelta già presente nel D.lgs 616/77 e nel D.lgs 112/98) e la prevista partecipazione dei comuni al procedimento regionale per l'individuazione degli ambiti territoriali del sistema locale della rete di servizi. "Le province concorrono alla programmazione del sistema integrato secondo quanto previsto dalla normativa e con le modalità definite dalle regioni.

Alle regioni sono attribuiti compiti di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, nonché di verifica dell'attuazione del sistema integrato nell'ambito territoriale di competenza. Le funzioni sono specificate all'articolo 8, comma 3 della Legge n. 328/2000, che contiene un elenco di compiti da attuarsi "nel rispetto di quanto previsto" dal D.lgs n. 112 del 1998. Essi riguardano, fra l'altro, la determinazione dei Distretti (con il coinvolgimento degli enti locali interessati), la definizione di politiche integrate con gli altri settori di intervento, la promozione di modelli sperimentali e innovativi, lo sviluppo di strumenti di valutazione".

**Viene indicato il principio della "sussidiarietà verticale", fra le Istituzioni pubbliche, per cui "l'esercizio delle responsabilità pubbliche deve, in linea di massima, incombere di preferenza sulle autorità più vicine ai cittadini" (articolo 4 della Carta Europea), e il principio della "sussidiarietà orizzontale", fra Istituzioni pubbliche e società civile, secondo il quale è necessario che l'Ente Locale titolare delle funzioni sociali svolga pienamente le funzioni di lettura dei bisogni, di pianificazione e programmazione dei servizi e degli interventi, di definizione dei livelli di esigibilità, di valutazione della qualità e dei risultati.**

Si sottolinea che la sussidiarietà deve essere realizzata attraverso la concertazione a tutti i livelli istituzionali.

## La riforma del Titolo V della Costituzione

Segue un passaggio normativo fondamentale, che ha segnato in modo molto significativo un nuovo assetto istituzionale delle regioni e degli enti locali, delineando un nuovo rapporto tra regioni, Stato e Unione Europea, cioè la riforma del titolo V della Costituzione “Le regioni, le Province, i comuni” (**articolo 3 Legge Costituzionale n.3 del 2001**).

A partire dalla riforma del Titolo V della Costituzione, lo Stato ha la responsabilità di assicurare ai cittadini un sistema di garanzie, attraverso la determinazione dei livelli di assistenza, inquadrando le prestazioni che costituiscono diritti civili e sociali dei cittadini, stabilendo quindi i principi fondamentali, in base ai quali le regioni hanno il compito di governo e gestione della spesa per il raggiungimento di obiettivi di salute; il tutto in base al principio, che assume dignità costituzionale, di sussidiarietà, sempre a garanzia delle caratteristiche di universalismo ed equità di accesso del sistema.

**Nella programmazione sanitaria, e socio-sanitaria, nazionale si pone prioritario il problema del superamento delle disuguaglianze quantitative e qualitative dell’offerta sanitaria e sociale.**

**Tale divario rende improcrastinabile razionalizzare e rendere omogenea tale offerta, orientandola sui reali bisogni di tutela della salute delle persone.**

### DPCM 29/11/01 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”

Quindi è il **DPCM 29/11/01** “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” che stabilisce che l’assistenza socio-sanitaria è parte integrante dell’assistenza distrettuale, inserendola nell’allegato di dettaglio nei punti G ed H dell’assistenza distrettuale si individuano, pertanto, i soggetti a cui si deve garantire l’assistenza socio-sanitaria.

#### **Punto G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare**

- assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale);
- attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l’interruzione della gravidanza;
- attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie;
- attività riabilitativa sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone dipendenti da

sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool;

- attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale;
- attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV.

#### **Punto H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale**

- attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone anziane non autosufficienti;
- attività riabilitativa sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool;
- attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici;
- attività riabilitativa sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale;
- attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV.

### **Piano Sanitario Nazionale 2003-2005**

In linea con un clima culturale e di politica sanitaria ormai orientato a dare spazio e molta importanza ai principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione socio-sanitaria, si inserisce il **PSN 2003-2005**, che conferma che il SSN deve prepararsi a soddisfare una domanda crescente di assistenza, caratterizzata da modalità di erogazione assistenziale basate sui principi della continuità delle cure per periodi di lunga durata e dell'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali erogate in ambiti di cura molto diversificati tra loro (assistenza continuativa integrata), abbandonando una logica di sanità ospedalocentrica, oggi non più sostenibile. Nella "Parte I: dieci progetti per la strategia del cambiamento", al punto 2.2.1 vengono fissati alcuni punti importanti cui l'azione del SSN deve tendere a:

- “rendere più efficace ed efficiente la gestione dei servizi esistenti tramite l'introduzione di meccanismi competitivi;
- attribuire maggiore capacità di scelta ai beneficiari finali dei servizi;
- sostenere maggiormente le famiglie che si incaricano dell'assistenza;
- regolarizzare e stimolare la pluralità dell'offerta di servizi;
- sostenere la rete di assistenza informale ed il volontariato;
- sperimentare nuove modalità di organizzazione dei servizi anche ricorrendo a collaborazioni con il privato;
- attivare sistemi di garanzia di qualità e adeguati controlli per gli erogatori di servizi sociali e sanitari.”

## Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

Anche il successivo **PSN 2006-2008** dedica ampio spazio al tema dell'integrazione socio-sanitaria, nonostante emerga la consapevolezza delle crescenti difficoltà da superare, ed in particolare al Punto 3 "Evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale: le strategie per lo sviluppo", rispetto all'integrazione socio-sanitaria, vengono sottolineati i seguenti punti:

- “ l'integrazione tra prevenzione, cure primarie e percorsi diagnostico-terapeutici non è di per sé sufficiente a garantire la copertura di bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche, e in qualche caso soprattutto, determinanti sociali.
- Si tratta di un'area assistenziale nella quale la mancata azione sul piano dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario.
- **... assume rilevanza strategica la programmazione integrata, con il superamento della programmazione settoriale, per intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici e culturali e predisporre le risposte assistenziali.**
- **L'approccio integrato risponde, infatti, in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute, a partire dall'analisi dei bisogni fino alle scelte di priorità di intervento.**
- **Quale momento fondamentale facente capo ad un duplice sistema, il problema principale è costituito dalla necessità di realizzare concretamente una programmazione partecipata, sulla base della condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto.**
- **... non sempre e non dovunque la predisposizione di strumenti di programmazione si traduce concretamente in un sistema di interventi integrati e coordinati a livello di territorio, tale da orientare unitariamente il volume delle risorse esistenti sull'area socio-sanitaria (risorse del sociale, risorse sanitarie, fondi regionali finalizzati, risorse degli enti locali, rette degli utenti e altre risorse) verso le aree di bisogno e gli obiettivi ritenuti congiuntamente prioritari.”**

La risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura:

- “ ...si realizza attraverso lo sviluppo di percorsi integrati e di continuità delle cure, che garantiscono un'adeguata risposta assistenziale per i pazienti ed un intervento a rete.
- La famiglia è uno dei nodi della rete, al pari degli altri ambiti considerati, poiché essa riveste il doppio ruolo di espressione di richiesta assistenziale e di risorsa con



cui instaurare un'alleanza terapeutica forte, soprattutto per la cura delle patologie croniche.

- ... richiede un'impostazione secondo metodologie e strumenti di gestione capaci di assicurare un percorso assistenziale continuo capace di cogliere le specificità delle situazioni, la complessità delle relazioni e dei bisogni delle persone.
- **Il sistema di offerta sull'area dell'integrazione socio-sanitaria è spesso capillare, ma diversificato sul territorio.**
- **La diversificazione dipende dalle scelte organizzative e operative delle strutture aziendali, nonché dalla carenza, su quest'area, di profili assistenziali e di linee guida finalizzate ad orientare il lavoro interprofessionale verso percorsi appropriati finalizzati a garantire la continuità terapeutica fra ospedale e territorio.**
- **Pertanto, dal punto di vista operativo, l'aspetto del problema non è costituito dalla tipologia e dalla qualità delle prestazioni erogate, bensì dalla persistente frammentarietà del percorso assistenziale del cittadino nell'ambito del sistema sanitario e sociale."**

Bisogna quindi trovare un giusto equilibrio tra capillarizzazione ed unitarietà per evitare le tendenze estreme di centralizzazione ed immobilizzazione piuttosto che di frammentarietà.

Inoltre il PSN 06-08 propone alcuni strumenti come:

- "L'esperienza maturata in alcune regioni di accordi-quadro col sistema delle autonomie locali ha consentito, in tali realtà, un rilevante sviluppo di servizi socio-sanitari integrati.
- Si richiama, a tal fine, la previsione degli Accordi di programma "ASL-Comuni" previsti dal decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267, quale strumento primario per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria atta a garantire effettivamente l'Assistenza domiciliare integrata.
- Obiettivo del triennio è quello di promuovere la generalizzazione di tali esperienze, in modo da rendere realmente integrabili a favore del cittadino sia i livelli essenziali delle prestazioni sociali che quelli delle prestazioni sanitarie (LEA),..., finalizzando, a tale scopo, una parte delle risorse destinate agli obiettivi specifici del Piano sanitario nazionale."

**"In questo contesto il PSN promuove lo sviluppo di interventi integrati finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà del percorso assistenziale, anche intersettoriale, nelle aree ad elevata integrazione socio-sanitaria nell'ambito delle attività individuate dalla normativa vigente (salute mentale, dipendenze, malati terminali etc.), con la diffusione di strumenti istituzionali di programmazione negoziata fra i comuni associati e tra questi e le ASL, per la gestione degli interventi ad elevata integrazione, lo sviluppo di**

**ambiti organizzativi e gestionali unici per l'integrazione, operanti in raccordo con gli ambiti di programmazione”.**

### **Fondo per le Non Autosufficienze 2007-2009**

Le forme di assistenza e tutela dedicate alla non autosufficienza rappresentano una questione centrale del sistema socio-sanitario internazionale.

Il Fondo per le non autosufficienze è stato istituito con la Legge Finanziaria 2007, L. 296/2006, articolo 1, comma 1264, prevedendo un contributo finanziario pari a 100 milioni di euro per il 2007, 200 milioni nel 2008 e 200 milioni nel 2009.

La Legge Finanziaria 2008, L. 244/2007, articolo 2, comma 465 aggiunge un ulteriore finanziamento, portando il Fondo a complessivi 300 milioni per il 2008 e 400 per il 2009.

Il DM 6 agosto 2008, nel ripartire le risorse tra le regioni, stabilisce, in base all'articolo 22, comma 4, della Legge 8 novembre 2000, n. 328 che “...le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale..., tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario”.

Viene pertanto prevista la attivazione o il potenziamento, quali priorità, di:

- “punti unici di accesso con particolare riferimento ai soggetti fragili e non autosufficienti (vedi approfondimento nell'allegato 2);
- presa in carico della persona non autosufficiente con il PAI (vedi box di approfondimento nel capitolo della assistenza domiciliare), tenendo conto sia degli aspetti sociali che sanitari;
- servizi socio-sanitari e socioassistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità.”

Proprio in questi giorni è posto in discussione tra Governo e Regioni il rinnovo del Fondo Nazionale, richiesto a viva voce dalle Regioni, anche in considerazione del fatto che i servizi dedicati ai soggetti non autosufficienti hanno subito tagli di stanziamenti pubblici (0,6% del PIL).

Infatti le regioni hanno finora orientato le risorse provenienti dal Fondo Nazionale a sostenere i relativi Fondi Regionali, o a compensare il venir meno o la riduzione nelle diverse realtà delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali.

### **Legge 133 del 6 agosto 2008 – Carta Acquisti**

Con la manovra finanziaria del 2008 (articolo 81 Decreto Legge n. 112/2008 convertito dalla Legge 133/2008) è stata prevista “al fine di soccorrere le fasce deboli di popolazione in stato di particolare bisogno” e sull’esempio di diverse esperienze internazionali, tra cui Usa, Gran Bretagna e Olanda, una carta acquisti che i “cittadini residenti che versano in condizione di maggior disagio economico” possono utilizzare per l’acquisto di beni e servizi, con onere a carico dello Stato.

Criteri, limiti e modalità di accesso alla carta acquisti, comunemente chiamata “social card”, sono stati individuati con decreti interministeriali del Ministero dell’Economia e delle Finanze e del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 16 settembre 2008 e del 9 novembre 2008: cittadini ultrasessantacinquenni; famiglie con figli di età inferiore ai 3 anni che abbiano un reddito fino a 6.000 euro; cittadini con più di 70 anni e soglia di reddito pari a 8.000 euro.

Obiettivo della “social card” è sostenere le famiglie e le persone anziane nella spesa alimentare e per le spese domestiche di luce e gas. Il decreto interministeriale del 27 febbraio 2009 ha prorogato i termini per la richiesta della carta e introdotto importanti modifiche prevedendone l’utilizzo anche per le spese farmaceutiche.

Le regioni, le province autonome, nonché gli enti locali possono inoltre decidere di integrare il Fondo speciale per la carta acquisti, vincolando l’utilizzo dei propri contributi a specifici usi a favore dei residenti nel proprio ambito di competenza territoriale.

Altro importante provvedimento di recente approvazione, che avrà rilevanti risvolti anche nell’ambito dell’ integrazione socio-sanitaria, è il federalismo fiscale, Legge 42 del 5 maggio 2009.

## **ALLEGATO 1**

### **Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali 328/00 – sintesi commentata dei riferimenti alla integrazione socio-sanitaria.**

Il primo capo comprende 5 articoli:

Art. 1 - Principi e finalità generali

Art. 2 - Diritto alle prestazioni

Art. 3 - Principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del Sistema integrato di interventi e di servizi sociali

Art. 4 - Sistema di finanziamento delle politiche sociali

Art. 5 - Ruolo del terzo settore

Nell' articolo 1, Principi generali e finalità, si precisa che per “interventi e servizi sociali” la legge intende le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo n. 112 del marzo 1998, ossia: “tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia”.

Si precisa che sono “gli enti locali, le regioni e lo Stato” a programmare ed organizzare il sistema, e a riconoscere ed agevolare “il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti dalle confessioni religiose...” (comma 4).

Si sottolinea che (comma 5) “alla gestione e all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, Organismi non lucrativi ...” ed “altri soggetti privati”.

Il sistema “ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità, e della solidarietà organizzata”.

Viene promossa “la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti, per il raggiungimento dei fini istituzionali”.

Nell'articolo 2, Diritto alle prestazioni, si precisa che hanno diritto ad usufruire dei servizi del sistema i cittadini italiani e stranieri, per gli stranieri privi di permesso di soggiorno sono garantite “le misure di prima assistenza”, in virtù del “carattere universale” del sistema (comma 2), ma accedono prioritariamente alle prestazioni ed ai servizi “... tutti i cittadini, con priorità di risposta alle persone in stato di povertà o con limitato reddito, con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nel mercato del lavoro, nonché persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali...”

È previsto che alla programmazione, gestione e offerta dei servizi provvedano i soggetti pubblici (enti locali, regioni, Stato), organismi di utilità sociale non lucrativi, organismi

della cooperazione, associazioni di volontariato, fondazioni, enti di patronato e soggetti privati. Emerge l'orientamento a far sì che l'intervento assistenziale corrisponda ad un servizio alla persona piuttosto che ad una prestazione economica.

All'articolo 3 si definiscono i principi per programmare interventi e risorse:

- “coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari...”;
- “concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4 (il Terzo settore), che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali ..., nonché le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio Sanitario Nazionale”(comma 2). Si prevede che comuni, regioni e Stato debbono “favorire la pluralità di offerta dei servizi, garantendo il diritto di scelta fra gli stessi servizi”; ed anche consentire “l'eventuale scelta di servizi sociali in alternativa alle prestazioni economiche (comma 4)”.

L'articolo 4, Sistema di finanziamento delle politiche sociali, prevede che a finanziare il sistema concorrano i comuni, le regioni e lo Stato. Sono a carico dei comuni le spese di attivazione degli interventi e dei servizi sociali a favore della persona e della comunità. Comuni e regioni fanno ricorso sia alle risorse loro assegnate dal Fondo nazionale per le politiche sociali (Legge Finanziaria n. 449 del 1997), sia ad autonomi stanziamenti a carico dei propri bilanci.

L'articolo 5, Ruolo del Terzo settore, introduce a carico di Enti locali, regioni e Stato un'azione di promozione di “azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore, anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione europea” (comma 1). Le regioni sono tenute ad adottare “specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona, e disciplinano (sulla base dell'atto di Governo sopra detto) “le modalità per valorizzare l'apporto del volontariato nell'erogazione dei servizi”.

Il secondo capo **ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI** comprende 8 articoli (6-13):

- Art. 6 - Funzioni dei comuni
- Art. 7 - Funzioni delle province
- Art. 8 - Funzioni delle regioni
- Art. 9 - Funzioni dello Stato
- Art. 10 - Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB)
- Art. 11 - Autorizzazione e accreditamento
- Art. 12 - Figure professionali sociali
- Art. 13 - Carta dei servizi sociali

Vengono ripartite le relative competenze di Stato, regioni ed enti locali rispetto ad obiettivi di programmazione e governo, mentre per il pubblico, i privati ed il non profit, soggetti attivi nell'offerta di servizi, sono previsti compiti di progettazione degli interventi, di concertazione delle risorse umane, professionali e finanziarie e di attuazione dei servizi stessi.

**Il dibattito politico in corso riguarda fundamentalmente le funzioni e competenze dei diversi livelli istituzionali, tenuto conto di quanto espresso nella Legge 59/97. In particolare, la discussione verte sulla definizione del ruolo dei comuni e delle province, cioè se debba essere di sola erogazione di prestazioni e servizi o se invece, come richiesto da alcuni schieramenti politici, tali istituzioni debbano concorrere anche alla definizione di elementi programmatori locali per una pianificazione coordinata con la ASL, ruolo che spetterebbe complessivamente alle regioni; si è invece pressoché concordi nell'identificazione del livello decisionale centrale per quanto riguarda gli indirizzi per standard essenziali ed uniformi di prestazioni sociali validi per il territorio nazionale. Tra gli altri argomenti di dibattito politico, uno in particolare riguarda lo specifico articolo che il disegno di legge dedica alla revisione della disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), alla eventuale trasformazione delle attuali istituzioni in associazioni o fondazioni di diritto privato o in istituzioni ed alle loro modalità di finanziamento.**

Ai **comuni**, oltre ai compiti già previsti dal Dpr n. 616 del '77 e dal D.lgs. n. 112 del '98, compete l'esercizio delle seguenti attività (articolo 6):

- “programmazione, progettazione e realizzazione del sistema dei servizi sociali a rete, indicazione delle priorità e dei settori innovativi attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con il coinvolgimento dei soggetti di cui all'articolo 1 comma 5” (terzo settore e settore privato);
- erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche (non tutte, alcune sono di competenza statale), “e delle attività assistenziali già di competenza delle province”;
- “autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5” (terzo settore e settore privato), secondo quanto stabilito in merito sia dallo Stato sia dalle regioni;
- partecipazione alla individuazione degli ambiti territoriali e delle modalità, insieme alla regione per “la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete”;
- individuazione dei parametri di valutazione delle condizioni di povertà e di bisogno per l'erogazione dei servizi sociali in via prioritaria.

Per esercitare le suddette funzioni, la legge invita i comuni, tra l'altro, a:

- coordinare attività volte all'integrazione sociale, a fare intese con le ASL per le attività socio-sanitarie;
- valutare i risultati delle prestazioni;
- effettuare forme di consultazione dei soggetti di terzo settore, a far partecipare i cittadini al controllo di qualità dei servizi.

La **funzione delle province** (articolo 7) è concorrere alla programmazione del sistema e alla definizione dei piani di zona, a supporto dei comuni.

Molte e significative le **funzioni previste per le regioni**, (comma 1 dell'articolo 8)

“esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l’integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all’attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria”.

Pertanto le regioni:

- definiscono le politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità, scuola, lavoro;
- definiscono i criteri per l’autorizzazione, l’accreditamento e la vigilanza di strutture e servizi. Istituiscono i registri dei soggetti autorizzati all’esercizio degli interventi e dei servizi sociali;
- definiscono i requisiti di qualità per la gestione dei servizi;
- definiscono i criteri per la concessione dei buoni-servizio;
- definiscono i criteri per il concorso degli utenti al costo delle prestazioni;
- predispongono e finanziano i piani di formazione e aggiornamento del personale addetto alle attività sociali;
- determinano i criteri per definire le tariffe che i comuni debbono corrispondere ai soggetti accreditati.

Le **funzioni dello Stato** (articolo 9) comprendono la definizione degli obiettivi della politica sociale attraverso il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali e, tra l’altro, la fissazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture residenziali e semiresidenziali. **Si sottolinea la importante funzione di ripartizione tra le regioni delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali.**

L’articolo 11, Autorizzazione e accreditamento, prevede che l’autorizzazione dei servizi e delle strutture residenziali e semiresidenziali sia rilasciata dai comuni sulla base dei requisiti minimi stabiliti dallo Stato e dalle regioni, mentre l’articolo 12, Figure professionali sociali, rinvia ad un decreto del Ministro per la Solidarietà Sociale la definizione dei profili professionali delle figure professionali sociali.

Infine, l’articolo 13, prevede che un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri predisponga lo schema generale di riferimento della carta dei servizi sociali, la cui adozione è un requisito necessario ai fini dell’accreditamento.

Il terzo capo, DISPOSIZIONI PER LA REALIZZAZIONE DI PARTICOLARI INTERVENTI DI INTEGRAZIONE E SOSTEGNO SOCIALE, si divide in 4 articoli:

Art. 14 - Progetti individuali per le persone disabili

Art. 15 - Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti

Art. 16 - Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari

Art. 17 - Titoli per l’acquisto di servizi sociali

**Per la specifica attinenza dei contenuti di questa parte della Legge con l’argomento della integrazione socio-sanitaria, si ritiene opportuno approfondire alcuni aspetti dell’articolato. In particolare, l’articolo 14, facendo riferi-**

mento alla precedente Legge n. 104 del 5 febbraio 1992, (articolo 3) in merito all'ambito della vita familiare e sociale e i percorsi dell'istruzione, prevede che su richiesta dell'interessato si adotti un *progetto individuale*; tale strumento prevede:

- la valutazione diagnostico-funzionale;
- le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale;
- le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale.

Un altro aspetto da sottolineare è il ruolo importante attribuito alle famiglie e ad altre forme di relazioni sociali informali, tanto che, sempre nell'articolo 14, nel sottolineare le potenzialità del ruolo, si prevedono eventuali sostegni per il nucleo familiare.

Nell'articolo 15 viene istituito il *sostegno domiciliare* per le persone non autosufficienti: nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali il Ministro della Solidarietà Sociale determina annualmente una quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nella permanenza dell'anziano a domicilio, in particolare destinando una quota dei finanziamenti ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità per il "potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata".

L'articolo 16 prevede interventi di sostegno e promozione di iniziative di associazionismo delle famiglie. Notevole importanza viene data a questo tema.

Al comma 1 dell'articolo 16 si dice che il sistema "riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie ...; sostiene e valorizza i molteplici compiti che le famiglie svolgono sia nei momenti critici e di disagio sia nello sviluppo della vita quotidiana; sostiene la cooperazione, il mutuo aiuto e l'associazionismo delle famiglie; valorizza il ruolo attivo delle famiglie nella formazione di proposte e progetti ...".

Infine all'articolo 17 si precisa la concessione da parte dei comuni, "su richiesta dell'interessato, di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati del sistema..."

Il capo 4, STRUMENTI PER FAVORIRE IL RIORDINO DELLA RETE INTEGRATA DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI, comprende 4 articoli:

Art. 18 - Piano nazionale e piani regionali degli interventi e dei servizi sociali

Art. 19 - Piano di zona

Art. 20 - Fondo nazionale per le politiche sociali

Art. 21 - Sistema informativo dei servizi sociali



In particolare, all'articolo 18, Piano nazionale e piani regionali degli interventi e dei servizi sociali, si prevede l'emanazione di un Piano nazionale triennale, adottato previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, sentiti vari organi rappresentativi e le Commissioni parlamentari; tale Piano dovrà indicare una serie di elementi, tra i quali:

- le prestazioni sociali essenziali;
- le priorità di intervento (progetti obiettivi e azioni programmate, soprattutto per le persone in condizioni di povertà o di difficoltà psico-fisiche);
- le modalità di attuazione del sistema e le azioni da integrare e coordinare con le politiche sanitarie;
- gli indirizzi sui servizi di informazione al cittadino;
- gli indirizzi per le sperimentazioni innovative;
- gli indicatori per la verifica dei livelli di integrazione sociale e del rapporto costi-benefici;
- i criteri per disciplinare il concorso degli utenti alla spesa dei servizi;
- gli indirizzi per i servizi agli anziani non autosufficienti e ai disabili;
- gli indirizzi per la formazione e l'aggiornamento del personale;
- gli indirizzi per programmi integrati incentrati su obiettivi di tutela e qualità della vita per minori, giovani, anziani, famiglie, disabili fisici e psichici, immigrati, tossicodipendenti e alcolicodipendenti.

Si prevede che le regioni adottino, nell'ambito delle risorse disponibili, il Piano regionale, provvedendo in particolare all'integrazione socio-sanitaria nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro (comma 6).

**L'articolo 19, Piano di zona, introduce uno strumento innovativo che ha rappresentato uno dei punti più significativi e di riferimento per lo sviluppo di strumenti di programmazione sociale locale. Viene definito da parte dei comuni, associati o meno (o i municipi metropolitani), d'intesa con le ASL, nell'ambito delle risorse disponibili e delle indicazioni del piano regionale, ed individua gli obiettivi strategici, le priorità, gli strumenti e i mezzi, le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità, le forme di rilevazione dei dati, le modalità di coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, le modalità di collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale, le forme di concertazione con la ASL e con il terzo settore.**

Il piano è di norma adottato con accordo di programma, cui partecipano comuni e ASL, nonché gli organismi di terzo settore e le Ispab che, "attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione, concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema previsto nel piano" (comma 3).

Finalità del piano di zona sono quelle di favorire la formazione di sistemi locali fondati su servizi flessibili, di stimolare le risorse locali di solidarietà e responsabilizzare i cittadini, di attivare risorse anche finanziarie private, di qualificare la spesa, di vincolare risorse a particolari obiettivi. In particolare è previsto che l'accordo di programma definisca "...criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun Comune, delle Aziende sanitarie e degli

altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi”.

L'articolo 20, Fondo nazionale per le politiche sociali, prevede che lo Stato, per la promozione ed il raggiungimento degli obiettivi di politica sociale, ripartisca le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, istituito ai sensi dell'articolo 59 comma 44 della Legge 27 dicembre 1998 n. 449, in cui si faranno confluire le risorse finanziarie già destinate ad interventi in materia di servizi sociali; in tal senso, allo scopo di razionalizzare ed armonizzare la spesa e la modalità di offerta dei servizi, si richiede al Governo l'emanazione di uno specifico atto di indirizzo e coordinamento.

**Stato, Regioni e Comuni dovranno istituire (articolo 21) un sistema informativo dei servizi sociali “per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, della rete dei servizi e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessarie alla programmazione, gestione e valutazione delle politiche sociali”.**

Il capo 5, INTERVENTI, SERVIZI ED EMOLUMENTI ECONOMICI DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI, è diviso in due sezioni:

### **Sezione I - Disposizioni generali**

Art. 22 - Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

### **Sezione II - Misure di contrasto alla povertà e riordino degli emolumenti economici assistenziali**

Art. 23 - Reddito minimo di inserimento

Art. 24 - Delega al Governo per il riordino degli emolumenti derivanti da invalidità civile, cecità e sordomutismo

Art. 25 - Accertamento della condizione economica del richiedente

Art. 26 - Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali

L'articolo 22, Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, “Si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte” (comma 1).

Quindi si definiscono (comma 2) gli interventi che costituiscono “il livello essenziale” delle prestazioni di beni e servizi, secondo i requisiti della pianificazione nazionale, regionale e zonale, e nei limiti delle risorse del Fondo nazionale, tenendo anche conto delle risorse del bilancio ordinario degli enti locali per la spesa sociale:

- a) misure di contrasto alla povertà, soprattutto per i senza fissa dimora;
- b) “misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana”;
- c) “interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio, tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza”;

- d) “misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell’articolo 16 (...)”
- e) misure di sostegno alle donne in difficoltà;
- f) “interventi per la piena integrazione delle persone disabili, ai sensi dell’articolo 14; realizzazione dei centri socio-riabilitativi e delle comunità alloggio (cfr. Legge 104/1992) e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazioni delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie”;
- g) “interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l’inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l’accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in relazione della elevata fragilità personale o di limitazione dell’autonomia, non siano assistibili a domicilio”;
- h) “prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale”;
- i) “informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto”.

Le leggi regionali devono prevedere, per ogni ambito territoriale, l’erogazione delle seguenti prestazioni:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale;
- b) servizio di pronto intervento sociale;
- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Nella Sezione II, “Misure di contrasto alla povertà e riordino degli emolumenti economici assistenziali, l’articolo 23, comprende la disciplina inerente il reddito minimo di inserimento, istituito inteso “come misura generale di contrasto della povertà, alla quale ricondurre anche gli altri interventi di sostegno al reddito” (ad esempio le pensioni sociali). L’articolo 24, delega al Governo la emanazione di un decreto legislativo riguardante il riordino degli emolumenti derivati dall’invalidità civile, cecità e sordomutismo; l’articolo 25 definisce i criteri per l’accertamento delle condizioni reddituali, effettuati secondo le disposizioni del D. lgs. 31 marzo 1998 n. 109 come modificato dal D.lgs 3 maggio 2000; prevede la applicazione del redditometro; tra i criteri viene presa in considerazione la composizione del nucleo familiare, la presenza all’interno del nucleo stesso di minori, di soggetti portatori di handicap e di anziani o altri componenti in condizioni di non autosufficienza.

#### **Art. 26 - Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali**

**Viene specificato che l’ambito di applicazione dei fondi integrativi previsti nella riforma sanitaria del 1992 (D.lgs. n. 502, articolo 9) comprende le spese sostenute dall’assistito per le prestazioni sociali erogate nell’ambito dei programmi assistenziali intensivi finalizzati a garantire la permanenza a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali di persone anziani e disabili.**

Infine, le DISPOSIZIONI FINALI, in cui nel capo 6, ed ultimo, sono contenuti quattro articoli:

Art. 27 - Istituzione della Commissione di indagine sulla esclusione sociale

Art. 28 - Interventi urgenti per le situazioni di povertà estrema

Art. 29 - Disposizioni sul personale

Art. 30 - Abrogazioni

Viene istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri la Commissione di indagine sulla povertà e sull'emarginazione, i cui oneri risultano a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali.

## ALLEGATO 2

### Strumenti per la realizzazione della integrazione socio-sanitaria

In ordine cronologico, i primi strumenti definiti per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria tra le diverse istituzioni coinvolte sono stati:

- la convenzione;
- il consorzio;
- l'accordo di programma;
- la delega;
- il protocollo di intesa.

I primi tre strumenti sono disciplinati dalla Legge n. 142 dell'8 giugno 1990 sull'Ordinamento delle autonomie locali, la delega è specificamente prevista per la integrazione socio-sanitaria all'articolo 3 comma 3 del D. lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

**Relativamente alla convenzione**, al Capo VIII "Forme associative e di **cooperazione**", **articolo 24**, così si cita: "*Al fine di svolgere in modo coordinato funzioni e servizi determinati, i comuni e le province possono stipulare apposite convenzioni*".

Queste ultime devono stabilire i fini, la durata, le forme di consultazione degli enti, i loro rapporti finanziari e gli obblighi e garanzie. Sono anche previste convenzioni obbligatorie fra comuni e province da parte dello Stato o della Regione per la gestione a tempo determinato di uno specifico servizio o per la realizzazione di un'opera, previa statuizione di un disciplinare tipo.

In particolare la convenzione rappresenta uno strumento idoneo per definire forme di cooperazione relativamente alla gestione di determinati servizi, specificamente adatto per definire in forma programmatica la integrazione di servizi ed attività socio-sanitarie. Nella Legge n. 142 dell'8 giugno 1990, all'articolo 25, è stabilito che possono essere costituiti dei consorzi tra comuni, province ed altri enti pubblici per la gestione associata di uno o più servizi e per questo possono essere approvate convenzioni. "In particolare, la convenzione deve disciplinare le nomine e le competenze degli organi consortili ... e prevedere la trasmissione, agli enti aderenti, degli atti fondamentali del consorzio".

**L'accordo di programma viene** disciplinato all'articolo 27 della citata Legge che così recita: "*Per la definizione e l'attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di comuni, di province e regioni, di amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici, o comunque di due o più tra i soggetti predetti, il presidente della Regione o il presidente della Provincia o il sindaco, in relazione alla competenza primaria o prevalente sull'opera o sugli interventi o sui programmi di intervento, promuove la conclusione di un accordo di programma, anche su richiesta di uno o più dei soggetti interessati, per assicurare i tempi, le modalità, il finanziamento ed ogni altro connesso adempimento*". Gli accordi di programma possono prevedere anche la partecipazione di più regioni, nel quale caso la conclusione dell'accordo è promossa dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Le caratteristiche peculiari dell'accordo di programma sono rappresentate dal fatto che la titolarità delle funzioni rimane a carico delle amministrazioni partecipanti all'accordo, così come l'onere dell'esercizio delle stesse. Pertanto, l'accordo di programma definisce il quadro progettuale di riferimento nel cui ambito le risorse vengono messe a disposizione, nonché le modalità attraverso cui si attua il loro uso coordinato; va sottolineato che il compito di coordinamento può essere svolto da ognuna delle amministrazioni sottoscrittrici dell'accordo.

**La delega** viene così definita all'articolo 3 comma 3 del D.lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni: *“L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie”*.

La delega si caratterizza per il fatto che la titolarità della funzione rimane a carico degli enti locali, mentre l'esercizio è delle USL, alle quali spetta di gestire le attività che vengono affidate.

**Pertanto, il provvedimento interessa esclusivamente le attività ed i servizi socio-assistenziali. Per ogni competenza delegata si rende necessario il trasferimento di risorse utili all'esercizio.**

Va infine citato il **protocollo di intesa**, che rappresenta uno strumento utile nella configurazione di forme collaborative tra servizi appartenenti ad una stessa amministrazione ma non in chiave interistituzionale.

#### STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE CONGIUNTA AZIENDALE/DISTRETTUALE

L'art 3-quater del D.lgs 229/99 prevede l'introduzione del Programma delle attività territoriali (il cosiddetto PAT), che rappresenta uno strumento di programmazione territoriale *“...basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative”*. Il PAT, in base a quanto previsto dall'art 3-quater, comma 3:

- e. **determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni**, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
- f. è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di Distretto, dal Direttore di Distretto ed è approvato dal Direttore Generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale”.

#### **Programma attuativo annuale**

Comprende impegni e quantificazioni assunti negli accordi di programma, che approvano il piano nelle sue scelte triennali e annualmente sono integrati in relazione alle scelte e agli specifici impegni dei singoli soggetti che li sottoscrivono, comuni, province, asl, amministrazioni statali, che assumono responsabilità e ruolo di garanti nei confronti dei cittadini, mentre sono soggetti aderenti all'accordo tramite protocolli di adesione, i soggetti del terzo settore, le IPAB, le fondazioni, altri soggetti sociali.

### **Piani sociali di zona (Pdz)**

Prevedono obiettivi e interventi in area sociale e socio-sanitaria, ricercando l'integrazione tra le diverse politiche di settore e tra le politiche comunali e la programmazione distrettuale, soprattutto per l'area socio-sanitaria, e rappresentano uno strumento per il superamento, nel medio e lungo termine, delle singole politiche comunali, e per la collaborazione e integrazione operativa con i Distretti.

Il Pdz ha validità triennale, mentre viene elaborato un programma attuativo annuale (vedi sopra) che contiene le scelte per ciascuna area di intervento e le risorse, finanziarie, umane, strumentali, che ciascun ente impegna per la realizzazione di interventi e progetti, realizzati da soggetti pubblici e privati.

Gli attori coinvolti nella costruzione dei piani sono soggetti istituzionali e sociali, essendo previsto in varie realtà il coinvolgimento nel percorso e la partecipazione anche dei soggetti del terzo settore.

Le risorse finanziarie per l'attuazione dei Pdz derivano dal FSN, dal fondo sociale regionale, da fondi regionali finalizzati, da risorse proprie degli enti locali, da risorse delle aziende USL, destinate agli interventi e ai servizi per l'integrazione socio-sanitaria e a progetti specifici, di prevenzione e promozione, dalle quote di compartecipazione degli utenti ai costi dei servizi.

Il Pdz consente come obiettivi:

- avvio del superamento della frammentazione delle politiche dei singoli comuni;
- ruolo significativo di coordinamento e supporto delle province;
- attivazione di una vasta rete di soggetti sociali e del terzo settore, costruzione di sedi di "riconoscimento" e valorizzazione di ciascun soggetto;
- partecipazione diffusa delle ASL.

I pdz realizzati nella maggior parte delle regioni italiane si possono suddividere in tre tipi:

- **piani a programmazione teorica**, concentrati sugli obiettivi da perseguire;
- **piani a programmazione conservativa**, fanno riferimento ad attività già realizzate sul territorio;
- **piani a programmazione adattativa**, con analisi delle esigenze e delle potenzialità del contesto territoriale e pianificazione delle innovazioni possibili.

Alcune regioni hanno fatto sì che gli ambiti territoriali mettessero in atto quanto previsto in termini di programmazione sociale locale dalla Legge 328/2000, ed in esse i Pdz sono diventati "il nuovo strumento della programmazione delle politiche sociali di un territorio che sintetizza tutte le politiche sociali, a prescindere dalle fonti di finanziamento". È il caso della Regione Emilia-Romagna, in cui i Pdz sperimentali (2002-2004) sono strumenti di pianificazione delle diverse fonti di spesa, per il 100% dei territori. I Pdz in Emilia-Romagna sono per il 45% finanziati dai comuni, per il 31% dalle AUSL, per il 12% dai cittadini/utenti, per il 4% dai fondi vincolati alle leggi di settore e solo per il 2,76% dal Fondo sociale regionale indistinto.

Tale strumento consente di affrontare e realizzare due aspetti caratterizzanti le politiche pubbliche in Europa, anche in settori molto differenti tra loro: la **localizzazione** e la **integrazione**.

Dare risalto ad uno strumento di localizzazione significa sviluppare e promuovere poli-

tiche in cui il livello territoriale, più prossimo ai cittadini, rappresenta il livello di implementazione e regolazione della politica locale, il tutto collegato ad una prospettiva di integrazione, perché i diversi settori di intervento facciano sistema.

Esaminando poi in particolare i diversi stili di programmazione regionale, in Italia ogni Regione ha trovato un proprio modo di localizzare, e quindi di dare poteri ai livelli locali nella gestione delle politiche sociali e sostenere l'integrazione.

### **Punto unico di accesso**

Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta un modello organizzativo di assistenza per la valutazione e la presa in carico delle persone con problemi sanitari e socio-sanitari complessi.

Il primo riferimento normativo-programmatico di livello nazionale che indica esplicitamente la costituzione di una "Porta unitaria di accesso" alla rete dei servizi socio-sanitari è stato il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali per il triennio 2001-2003 (in attuazione delle indicazioni della Legge 328/2000).

Attualmente gli indirizzi nazionali fanno crescente riferimento all'accesso unico alle cure territoriali: Piano Sanitario Nazionale, Patto per la Salute, Piani di rientro. Alla realizzazione e al rafforzamento dei punti unici di accesso sono, ad esempio, destinate le risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza ripartite tra le regioni (DM 6 agosto 2008). Molteplici e disomogenei sono invece i riferimenti di livello regionale.

Il PUA è uno strumento di facilitazione, principalmente rivolto alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, che mira a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza.

Scopo principale del PUA è promuovere una maggiore equità d'accesso ai servizi territoriali e garantire l'effettività dei livelli essenziali di assistenza, in particolare per la tutela delle fragilità, migliorare le modalità di presa in carico unitaria, eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere.



## **Bibliografia ALLEGATO 2**

### **Riferimenti normativi**

Legge 8 giugno 1990 n. 142 “Ordinamento delle autonomie locali”.

D.lgs 30 dicembre 1992 n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell’articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421” e successive modifiche ed integrazioni.

D.lgs 19 giugno 1999 n. 229 “Norme per la razionalizzazione del SSN a norma dell’articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419”.

Legge 8 novembre 2000 n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.

DPR 3 maggio 2001 “Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali per il triennio 2001-2003”.

### **Riferimenti bibliografici**

Donolo C. *Politiche integrate come contesto dell’apprendimento istituzionale*, in Battistelli F. (a cura di), *La cultura delle amministrazioni fra retorica e innovazione*, Franco Angeli, Milano, 2002.

Pavolini E. *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, Carocci, Roma, 2004.

Da Roit B. *Convergenze e divergenze nelle politiche socio-sanitarie per gli anziani*, in Facchini (a cura di), *Anziani e sistemi di welfare. Lombardia, Italia, Europa*, Franco Angeli, Milano, 2005.

Teselli. *Una nuova stagione della programmazione sociale? Una diagnosi in 1000 zone*, in Mirabile *Italie sociali. Il welfare locale fra Europa, riforme e federalismo*, Donzelli, Roma, 2005.

Avanzini K, De Ambrogio U, Ghetti V. *Il Piano di zona*, in Gori (a cura di), *Politiche sociali di centrodestra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma, 2005.

Raciti M (a cura di) *La spesa sociale socio-sanitaria nei Piani di zona*, in *Regione Emilia-Romagna, I Piani sociali di zona in Emilia-Romagna, la sperimentazione nel triennio 2002/2004*, in Quaderni Regione Emilia-Romagna, 2005.

Vitale T. *Partecipazione e rappresentanza nelle mobilitazioni locali*, Franco Angeli 2006.

Vitale T. *Coinvolgimenti. Dilemmi nella regolazione delle politiche sociali*, Carocci 2006.

Bifulco L, de Leonardis O. *Integrazione tra le politiche come opportunità politica*, in Donolo (a cura di), *Il futuro delle politiche pubbliche*, Franco Angeli, Milano, 2006.

AA.VV. *Punto Unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale*. I quaderni di Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. 2° supplemento al numero 21/2008 di Monitor. Trimestrale dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

## ALLEGATO 3

### Estratti dei riferimenti del Libro Verde e del Libro Bianco “La vita buona nella società attiva” riguardanti la integrazione socio-sanitaria

Viene presentata di seguito una selezione degli argomenti presenti nel Libro Verde e nel Libro Bianco che rivestono interesse e sintonia particolari rispetto alle considerazioni e proposte prospettate nel presente volume.

#### Libro Verde

Il Libro Verde, presentato dal Ministro Sacconi il 25 luglio 2008, analizza il futuro del modello sociale partendo da quanto emerso dal Libro Bianco della Commissione Europea, dove si enfatizza lo stretto legame tra salute e prosperità economica e si inserisce, tra le politiche contemplate dalla Strategia di Lisbona per la crescita e la occupazione, la centralità del benessere dei cittadini.

Infatti si Legge che “...La sfida a cui siamo chiamati non è solamente economica ma, prima di tutto, progettuale e culturale; si tratta di riproporre la centralità della persona, in sé e nelle sue proiezioni relazionali, di individuare e portare avanti un modello di governance che garantisca la sostenibilità finanziaria e attribuisca a un rinnovato e autorevole livello centrale di governo compiti di regia e indirizzo, affidando, invece, alle istituzioni locali e ai corpi intermedi, secondo i principi di sussidiarietà, responsabilità e differenziazione, l'erogazione dei servizi in funzione di standard qualitativi e livelli essenziali delle prestazioni”.

**Nel Libro si approfondisce come tema centrale la sostenibilità economica dei vari sistemi dedicati dalla politica sanitaria nazionale alla tutela della salute ed agli interventi rispetto ai problemi sociali e alla previdenza.**

Nell'analizzare le disfunzioni del sistema, facendo riferimento sia alla spesa sociale, rispetto alla sua entità e al grande divario territoriale, sia alla spesa sanitaria ed alle sue proiezioni, in particolare connesse a patologie dell'invecchiamento e cronicità, si evidenzia che “la nostra **spesa sociale** si colloca leggermente al di sopra della media dei Paesi OCSE e che la sua composizione è manifestamente squilibrata in favore della spesa pensionistica, che costituisce oltre il 60 per cento della spesa sociale al netto della istruzione. **In Italia la componente più rilevante della spesa complessiva per prestazioni di protezione sociale è rappresentata dal capitolo della previdenza con il 66,7 per cento. La sanità rappresenta circa il 24 per cento**, seguita dall'assistenza (8,1 per cento). In termini di incidenza sul PIL la spesa pubblica sanitaria in Italia assorbe il 6,8 per cento (1,5 per cento del PIL quella privata): un dato inferiore alla Germania (8,6 per cento), alla Francia (7,4 per cento), alla Svezia (7,9 per cento) e alla media europea (7 per cento). **La spesa sanitaria desta preoccupazione non solo per il presente**, ma soprattutto per le tendenze che sono state variamente analizzate e considerate. **Ciò che allarma è la sua dinamica, spinta da una crescente domanda qualitativa e quantitativa. Nel periodo 1996-2005 la spesa in euro correnti è cresciuta del 6,9 per cento annuo, a fronte di un incremento del tasso di crescita del PIL inferiore della metà. Nel 2050, in assenza di politiche correttive e di riequilibrio, la spesa sanitaria potrebbe più che raddoppiare.**

Le analisi che considerano la spesa sanitaria articolata per regioni, sotto diversi parametri, confermano che le criticità non risiedono in una carenza di mezzi. Non di rado, anzi, a costi elevati corrisponde una bassa qualità dei servizi offerti.

**Le patologie dell'invecchiamento, in particolare quelle croniche**, sono aumentate del 50 per cento negli ultimi dieci anni e incidono, a seconda di come vengono prevenute e trattate, sul livello e sui tempi della disabilità. Il consumo di risorse socio-sanitarie per le persone oltre i 75 anni è 11 volte superiore alla classe di età 25-34 anni. I pazienti cronici rappresentano già il 25 per cento della popolazione e assorbono il 70 per cento della spesa”.

**“I costi operativi sono così profondamente diversificati nelle regioni ...”**

**Tabella 1 - Spesa in politiche sociali Italia e UE-15: andamento secondo alcune principali aree di intervento (% PIL)**

	2005		2010		2020		2050	
	Italia	UE-15	Italia	UE-15	Italia	UE-15	Italia	UE-15
<b>Sanità (1)</b>	6,7	6,5	6,9	6,7	7,2	7,1	8,6	8,1
<b>Long Term Care</b>	1,6	0,9	1,6	0,9	1,9	1,0	2,8	1,5
<b>Pensioni</b>	14	10,5	14,1	10,4	14,2	10,8	13,9	12,9
<b>Disoccupazione</b>	0,4	0,9	0,4	0,8	0,3	0,7	0,3	0,7

(1) include Long Term Care.

Fonti: MEF-RGS (Rapporto 9/2007); European Commission (2007). Le proiezioni si riferiscono al cosiddetto scenario di base

**“La spesa socio assistenziale, amministrata dagli enti locali, presenta nel nostro Paese, secondo i dati Istat, un grande divario territoriale**, andando dai 146 euro per abitante del Nord Est ai 40 euro destinati al Sud, con una grandissima capillarità e varietà delle politiche da comune a comune nell’ambito dello stesso territorio. Così, raramente si realizza una integrazione tra le politiche sanitarie e socio-sanitarie, con il risultato di una azione che viene definita “disordinata”, presentandosi la situazione di soggetti istituzionali in difficile sinergia con attori sociali, a partire dallo stesso volontariato”.

Nella parte del Libro Verde dedicato alla **Assistenza Primaria**, e in particolare al ruolo della medicina generale, si afferma che “un **Welfare delle opportunità** rivolto all’integralità della persona **deve poter dare una adeguata risposta al bisogno di Assistenza Primaria, caratterizzato da specificità, complessità, forte integrazione tra parte sanitaria - di promozione della salute, prevenzione delle patologie e loro cura e parte sociale.**

Si rende necessario **valorizzare il ruolo e la dignità professionale del medico di medicina generale**, affinché possa realmente divenire punto di riferimento e risposta alla domanda di Assistenza Primaria, che deve prevedere la presa in carico della persona, fondata su una **valorizzazione del rapporto di fiducia medico-paziente.**

Ciò anche tenendo conto che il ripristino della dignità professionale e del ruolo del medico generale ha come momento chiave la sua specifica formazione, i cui contenuti e le cui metodologie andranno individuati a livello nazionale, in modo da garantire uniformità di approccio assistenziale sull’intero territorio nazionale”.

Rispetto al **modello di integrazione socio-sanitaria**, ed in particolare riferendosi alle politiche per le persone anziane, il Libro Verde sottolinea che “il passaggio al Welfare positivo significa sviluppare un modello dinamico di integrazione socio-sanitaria-assistenziale, caratterizzato da una offerta di interventi rivolti alla persona e alla famiglia lungo tutto il percorso della vita e che sostenga le fragilità, favorendo la promozione e lo sviluppo di capacità individuali e di reti familiari...”

Da qui la necessità di sviluppare idonee strategie di tutela, in particolare per ciò che concerne l'assistenza sanitaria: lo sviluppo della integrazione tra i molteplici servizi sul territorio si collega al miglioramento della qualità della vita.

L'anziano con la sua disabilità fisica e funzionale attiverà sempre più la richiesta di assistenza e, nello stesso tempo, movimenterà un crescente impegno economico, organizzativo e strutturale. In questa ottica la necessità di ripensare culturalmente l'approccio sul territorio al paziente anziano può partire dalla individuazione di alcune criticità prioritarie:

- continuità assistenziale tra territorio e ospedale;
- corretto targeting del paziente anziano nei vari setting assistenziali;
- identificazione delle patologie a gestione prevalentemente territoriale;
- formazione geriatrica per le figure professionali coinvolte.

In sostanza si tratta di favorire:

- l'integrazione delle politiche (sanitarie, socio-sanitarie e sociali);
- l'integrazione tra i soggetti istituzionali (regione, ULSS, comuni) e i soggetti sociali;
- l'integrazione operativa tra servizi (sanitari, socio-sanitari, e sociali);
- l'alleanza tra soggetti erogatori pubblici e privati”.

## Libro Bianco

Il Libro Bianco sul futuro del modello sociale “La vita buona nella società attiva”, presentato dal Ministro Sacconi nel maggio 2009 nasce come elaborazione dei contributi provenienti dalla consultazione pubblica aperta con il Libro Verde e si propone come documento di valori e visioni.

Alcuni dei punti chiave riguardano la **sussidiarietà “verticale”** (tra regioni ed Enti locali) e **“orizzontale”** (tra corpi sociali intermedi) la cui realizzazione viene prospettata, come passaggio fondamentale nel **percorso auspicato dal Welfare State alla Welfare Society**.

Viene descritto il fallimento del Welfare State, sottolineando che il ruolo dello Stato deve cambiare, potenziando il decentramento di poteri e responsabilità alle regioni e agli Enti locali e cessando di rappresentare un “monopolista delle erogazione”, ma piuttosto occupandosi di determinare le linee guida degli interventi ed assicurare la corretta informazione e qualità dei servizi. Viene quindi suggerita la organizzazione di forme di “quasi mercato” che possano realizzare una virtuosa competizione tra strutture pubbliche e private.

Ribadendo come valore principale la centralità della persona, si dichiara che “...da questo valore discende la tesi di un **Welfare delle opportunità e delle responsabilità**, che si rivolge alla persona nella sua integralità, destinato progressivamente a sostituire il modello attuale di tipo prevalentemente risarcitorio. Un Welfare che interviene in anticipo, con una offerta personalizzata e differenziata, rispetto al formarsi del bisogno e che sa stimolare comportamenti e stili di vita responsabili e, per questo, utili a sé e agli altri”.

Si ribadisce, come già sottolineato nel Libro Verde, che “ **la demografia è il fattore di cambiamento più importante dei prossimi decenni**. Saranno gli andamenti della natalità, il mutare della aspettativa di vita e i flussi migratori **a determinare nuovi equi-**

**libri politici ed economici e a riorientare le caratteristiche del Welfare del futuro.** I già precari equilibri del sistema previdenziale e della assicurazione sanitaria obbligatoria saranno sempre più messi in discussione dall'invecchiamento della popolazione e dalla conseguente rivoluzione epidemiologica in ambito sanitario”.

Alla luce di ciò “...La sostenibilità del sistema sanitario è correlata ad alcuni presupposti e fattori primari (deospedalizzazione, innovazione tecnologica, consolidamento del “governo clinico”, sviluppo di forme di assistenza integrativa) e a un sistema di governance che favorisca responsabilità, solidarietà, equità, nonché rigorosi principi di efficienza ed efficacia del modello erogatorio pubblico e privato.

Una rinnovata governance dovrà sostituire il finanziamento derivato dal bilancio dello Stato attraverso il Fondo sanitario nazionale e promuove la responsabilizzazione di amministratori pubblici e cittadini nella gestione delle risorse pubbliche...”

**L'aumento della domanda e dei bisogni conseguenti alla rivoluzione epidemiologica dell'ultimo ventennio comporterà una crescente spesa sanitaria difficilmente sostenibile dalla fiscalità generale anche in presenza di una gestione più virtuosa della spesa.**

È necessario pertanto che il pilastro a capitalizzazione reale si sviluppi anche in ambito sanitario e assistenziale, valorizzando le possibili sinergie e complementarità con il pilastro pensionistico privato, anche su impulso di una attenta riconsiderazione degli aspetti di organizzazione funzionale e di quelli di trattamento fiscale.

La crescita di un nuovo secondo pilastro con nuove forme integrative di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, rivisitando anche lo strumento delle società di mutuo soccorso, è rilevante anche al fine di valorizzare nuove forme di produzione dei servizi che fanno tradizionalmente parte dell'offerta dello Stato sociale.

Pubblico e privato debbono porsi in posizione sinergica rispetto ai bisogni di salute da soddisfare e pertanto adeguarsi alla programmazione sanitaria in termini di tipologia della offerta, modalità di erogazione delle prestazioni e dei volumi di attività ritenuti congrui rispetto ai bisogni.”

**Rispetto alla primarietà del diritto alla tutela della salute, si afferma che** “...Se non è più possibile né utile distribuire ai cittadini beni e servizi in forma assistenziale e paternalistica, è però necessario saper individuare i bisogni e le modalità appropriate per rispondervi, tenendo sempre presente il bene comune.

La salute non identifica più semplicemente la cura della malattia ma, prima ancora, la promozione del benessere e lo sviluppo delle capacità personali, tenendo conto delle differenti condizioni di ciascuno. È una autentica rivoluzione che incide sui modelli di organizzazione sanitaria spostando l'attenzione dalla fase acuta alla prevenzione primaria e secondaria, alla promozione di corretti stili di vita, ai rapporti tra salute, sicurezza, ambiente di vita e di lavoro.

**La partecipazione attiva del cittadino, una corretta informazione e cultura della salute, essenziale in una epoca di grandi cambiamenti, un rinnovato rapporto fiduciario tra medico di famiglia e paziente, sono i presupposti per promuovere la vita sana nella società attiva. Per utilizzare appieno le opportunità offerte dalla tecnologia, dalla ricerca e dalla scienza”.**

**Rispetto alle politiche per gli anziani e alla continuità della cura, il Libro Bianco sottolinea innanzitutto che** “...un Welfare delle opportunità si deve porre il problema di come provvedere ai bisogni della popolazione anziana, soggetta a maggiori incapacità e malattie e a rischio di emarginazione sociale.

L'incremento della domanda di interventi a favore degli anziani comporta **lo sviluppo di politiche utili a risolvere i nodi cruciali del finanziamento della assistenza continuativa, dell'accreditamento e della regolazione del sistema dei servizi, del sostegno delle reti informali e della emersione della assistenza.**

Occorrono interventi di carattere assistenziale in favore della quarta età. **Il sostegno rivolto all'anziano non autosufficiente deve essere fondato sul rafforzamento dei servizi socio-sanitari, su programmi di assistenza domiciliare, su una reale accessibilità alle nuove tecnologie...**

Gli interventi di prevenzione devono essere mirati a ricostituire un tessuto di relazioni intorno all'anziano solo, coinvolgendo la responsabilità di vicini di casa e familiari, e mirando a costruire, o potenziare, le reti di prossimità.

Nel nostro Paese la condizione dell'anziano è ancora fortemente sostenuta da una tenuta delle relazioni familiari più solida che in altri Paesi. Questo legame va incoraggiato e alimentato – pensiamo al fenomeno delle badanti, cresciuto dal basso, come richiesta delle famiglie – non solo e non tanto a causa di carenze di strutture pubbliche, ma per l'esigenza di un servizio flessibile, più a misura di famiglia, controllato e gestito direttamente dai parenti.

Le politiche socio-sanitarie devono continuare ad articolare un piano della domiciliarità a favore degli anziani mediante lo sviluppo di servizi integrati, la diffusione dell'assegno di cura a sostegno del lavoro delle famiglie, l'attivazione di servizi di sollievo e di centri diurni, la diffusione di un sistema integrato e universale di "buoni lavoro", attraverso cui erogare servizi personalizzati e di qualità, nel quale convergano gli analoghi sistemi gestiti dallo Stato, dalle regioni, dagli Enti locali".

Rispetto all'Assistenza Primaria e all'integrazione socio-sanitaria, si sottolinea che: **"Il territorio è la dimensione idonea per l'attuazione delle politiche coerenti con questo Libro Bianco perché è in questo ambito che le istituzioni, le organizzazioni non profittevoli, le associazioni rappresentative dei lavoratori e degli imprenditori prossime alle persone possono integrarsi in modo efficiente e costruiscono soluzioni efficaci ai fini tanto dello sviluppo locale quanto della giustizia sociale"**.

È nel territorio che si sviluppano i servizi socio-sanitari rivolti alla prevenzione, alla diagnostica precoce, alle cure primarie, all'assistenza domiciliare. È nel territorio che si realizzano i servizi di cura per sostenere la natalità, le azioni personalizzate per contrastare la povertà, le politiche per promuovere l'integrazione della immigrazione, a partire dai minori. È sempre nel territorio che vive la famiglia, si esprimono le migliori energie sociali come il volontariato, si realizzano le nuove relazioni industriali di tipo cooperativo e i loro organismi bilaterali...

Nella dimensione territoriale acquisiscono un ruolo crescente i servizi di assistenza domiciliare, le residenzialità extra ospedaliera per non autosufficienti disabili, anche con formule innovative, quali gli ospedali di comunità e gli *hospice* per i pazienti oncologici".

### **Il sistema sanitario e quello socio-assistenziale**

"Il sistema sanitario italiano è considerato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità uno dei primi al mondo in base ai tre parametri di valutazione complessiva: miglioramento dello stato di salute della popolazione, risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione.

I fenomeni di bassa natalità e invecchiamento della popolazione obbligano a una ridefinizione delle priorità del sistema sanitario. Si stima che nel 2045 gli ultrasessantacinquenni saran-

no il 30 per cento della popolazione e gli ultraottantenni il 12 per cento. Il peso delle malattie croniche, che già oggi colpiscono il 25 per cento della popolazione e rappresentano il 70 per cento della spesa, inciderà sempre di più sul bilancio del sistema di Welfare. Dei 2,5 milioni di disabili presenti in Italia, ben 900mila sono di fatto confinati in casa vivendo in strutture che, per le barriere architettoniche esistenti, non consentono il loro agevole spostamento”.

**Come nel governo della qualità e quantità della spesa sanitaria, anche per la spesa socio-assistenziale, “si registra una profonda cesura tra le varie aree del Paese. Se nelle aree più efficienti si è realizzata una adeguata integrazione tra servizi sociali, sanitari e assistenziali, nel Centro-Sud essa è gestita prevalentemente dagli Enti locali. Secondo dati ISTAT, si va dai 146 euro per abitante del Nord-Est ai 40 euro del Sud, spesso con scarsa capacità di monitoraggio dei risultati da parte degli organi amministrativi e politici. Le azioni in questo campo sono frammentate territorialmente. Manca una integrazione con le politiche sanitarie. Sovrapposizioni e inefficienze delle istituzioni condizionano la qualità del servizio e non favoriscono lo sviluppo di sinergie con gli attori sociali e il volontariato.**

**Non mancano modelli di successo fondati sulla appropriatezza delle prestazioni, con particolare riferimento alla loro erogazione nel luogo e con le modalità più idonee”.**

“Lo sviluppo delle politiche di integrazione prevede una gestione unitaria dei servizi socio-sanitario-assistenziali in ambiti territoriali omogenei: la sistematicità e l'integrazione degli approcci, creando un *continuum* tra sistemi preposti alla cura della salute e sistemi addetti alla protezione sociale; lo sviluppo dei Distretti socio-sanitari quali centri di riferimento dei cittadini e sede della integrazione operativa; la programmazione territoriale; il superamento della distinzione tra pubblico e privato attraverso il riconoscimento alle formazioni sociali di una soggettività di rilievo pubblico anche nella programmazione dei servizi.

**Il Welfare delle opportunità va oltre il concetto di integrazione tra ospedale e territorio, perché sa cogliere il valore della sinergia tra ambienti professionali con competenze diverse, ma assolutamente complementari nel percorso di cura e presa in carico della persona. Lo stesso vale per l'integrazione tra medici di medicina generale e altre figure professionali che operano sul territorio, promuovendo culture e saperi interdisciplinari e interprofessionali.**

Anche nella formula organizzativa, la medicina generale sta cambiando, con il superamento della figura del medico “solista”, per approdare a nuove forme di associazione e collaborazione, che consentano di dar vita a un sicuro e stabile riferimento per il paziente lungo l'arco della giornata e della settimana”.

#### **La “presa in carico” della persona. La rifondazione della medicina generale**

“Un Welfare delle opportunità è fondato sulla “presa in carico” della persona attraverso una ampia rete di servizi e di operatori – indifferentemente pubblici o privati – che offrono, in ragione di precisi standard di qualità ed efficienza validi per tutto il territorio nazionale, non solo semplici servizi sociali e prestazioni assistenziali, ma anche la promessa di un miglioramento della vita quotidiana.

Il governo dei percorsi anche individuali di salute pone il problema, oltre che della rilevanza delle politiche extraospedaliere, **anche di una rifondazione della medicina di base e delle cure primarie**, delle reti di offerta.

**La sperimentazione di forme associative e assistenziali innovative** (medicina di gruppo, in rete, UTAP, casa della salute) **consente di verificare la concreta possibilità di presa in carico del cittadino in riferimento a tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano**, di incentivare la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, di sviluppare forme di assistenza domiciliare, di fornire un fondamentale supporto alla gestione della cronicità.

**La medicina generale può diventare il “collettore” di tutte le energie e risorse presenti sul territorio**: le reti del volontariato, i presidi come le farmacie, chiamate ad assolvere funzioni più ampie di servizio e supporto al cittadino, il servizio postale, in relazione alla sua capacità di validare le ricette elettroniche trasmesse o garantire il deposito protetto di dati sensibili. Queste reti possono costituire un prezioso tessuto connettivo tra cittadino e strutture sociali e sanitarie, in grado di avvicinare i servizi primari alla persona soprattutto se anziana e fragile”.

### **Ruolo del terzo settore e cooperative**

“Per farsi carico delle persone e dei loro bisogni si rende necessario, in molti contesti, il coinvolgimento di organizzazioni diverse che cooperino, attraverso la combinazione di differenti capacità e competenze, nella progettazione ed erogazione dei servizi. Si tratta di favorire, in chiave sussidiaria, lo sviluppo di reti di servizio (partecipate da operatori pubblici e privati, *profit* e *non profit*) capaci di bilanciare aspetti di competitività e di collaborazione, nella ottica di migliorare efficacia ed efficienza dei servizi”.

**Un ruolo di grande importanza è attribuito al terzo settore che “costituisce un punto di forza del modello sociale italiano e ancor più rilevanti sono le sue potenzialità**. Non si tratta solo di un soggetto “terzo” – come suggerirebbe la stessa definizione – che si pone come erogatore di servizi tra Stato e mercato, in un ruolo di supplenza, per coprire le insufficienze del pubblico e del privato. **Si tratta piuttosto di un attore particolare, capace di produrre relazioni e di tessere i fili smarriti della comunità**.

**Il terzo settore è un soggetto flessibile e particolarmente adeguato a inserirsi nella nuova organizzazione dei servizi** e del lavoro nell'era post-industriale, ma è soprattutto un patrimonio di esperienze e di partecipazione che non si può disperdere.

**Enormi, e in parte non ancora esplorate, sono dunque le potenzialità del terzo settore nella rifondazione del nostro sistema sociale** visto che già oggi associazioni, gruppi di volontariato, imprese sociali, fondazioni e corpi intermedi si caricano dei bisogni dei singoli e trovano soluzioni innovative a essi. **Altrettanto evidente è il ruolo strategico del mondo cooperativo**, sintesi tra sviluppo imprenditoriale, economico e sociale che si pone **quale protagonista dinamico di uno sviluppo** inteso non esclusivamente in senso materialista, ma come accrescimento delle libertà di autodeterminazione e autorealizzazione delle persone.

Le cooperative forniscono mezzi organizzativi tramite i quali una significativa parte della umanità è in grado di prendere nelle proprie mani il proprio destino in termini di occupazione, fuoriuscita dalla povertà e integrazione sociale.

Ritorna anche in questo decisivo ambito la lacerazione interna al Paese. La presenza nel Mezzogiorno di strutture pubbliche inefficienti e chiuse al contributo delle libere espressioni della generosità collettiva impedisce lo sviluppo di una diffusa cultura della responsabilità.”



## L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NELLA LEGISLAZIONE REGIONALE IN ITALIA

L'analisi della legislazione regionale in tema di integrazione socio-sanitaria fa emergere un quadro proteiforme, prevalendo in ogni regione gli aspetti di specificità contestuale.

Secondo una analisi a cura di Giulia M. Napoletano (Issirfa-Cnr) è possibile schematicamente suddividere le Regioni in tre gruppi:

- Regioni attive nel completamento del quadro della legislazione socio-sanitaria;
- Regioni caratterizzate da scarso intervento nel settore sia in senso legislativo che operativo;
- Regioni con un quadro normativo stabilizzato, capaci di adeguare strumenti e politiche sulla base dei bisogni rilevati anche senza ricorrere a strumenti legislativi.

Il Lazio è la Regione con il maggior numero di leggi, 18 in sette anni, la Sicilia con il minore, con 2 leggi emanate (se si esclude il Trentino Alto Adige dove tutta la legislazione è sostanzialmente imputabile alle due Province di Bolzano e Trento), entrambe non hanno una Legge di riordino dei servizi successiva al 2001.

La stessa analisi permette di evidenziare alcuni aspetti comuni nelle politiche regionali in materia. Emerge la tendenza a:

- far riferimento alla legislazione nazionale, in particolare alla Legge quadro 328/2000 con conseguente emanazione di un significativo numero di leggi quadro dei singoli settori, nonostante l'ambito socio-sanitario sia stato oggetto di significativi e frequenti contenziosi tra Stato e regioni;
- il permanere in alcune regioni di numerose leggi destinate a singole categorie o che prevedono specifici interventi come nell'area delle disabilità o della famiglia;
- una varietà sulla scelta delle modalità e strumenti di intervento per disciplinare medesimi settori, analoghi istituti o attività;
- frequente rinvio ad atti amministrativi, in assenza di principi e criteri riferiti con legge.

Tutte le leggi di riordino riprendono i principi fondamentali della Legge nazionale 328/2000.

Alcune Regioni, con Legge antecedente il 2001, approvano una normativa settoriale, a esempio Abruzzo, Lazio, Marche, Umbria e Veneto, relativamente all'autorizzazione e all'accreditamento di servizi e strutture sociali.

## Box. Legislazione regionale per settore di intervento

**Politiche familiari.** Sono 45 le leggi emanate da 19 Regioni e Pa. La distribuzione in sub-materie della produzione normativa è la seguente: 29% circa, relativa a leggi di promozione e sostegno della famiglia in senso stretto (in realtà sono solo 5 le Regioni che hanno emanato delle leggi organiche sulla famiglia); 11,1% relativa alle adozioni; 29% circa, leggi sui servizi socio-educativi per l'infanzia; 22,2% leggi che prevedono figure istituzionali a tutela dei minori (garante per l'adolescenza previsto in 9 Regioni); 8,5% leggi varie che prevedono azioni o interventi a favore dei minori (60% della legislazione sulle politiche familiari). La maggiore concentrazione di provvedimenti si registra nel 2002 con 10 leggi, gli anni che vanno dal 2003 al 2007 non presentano un andamento costante, il numero di leggi diminuisce comunque fino a raggiungere il valore di sole 4 leggi nel 2007.

**Terzo settore.** Sono 39 leggi emanate da 16 Regioni e Pa. Il picco di produzione si registra nel 2004, 11 leggi, scende al minimo nel 2007 con soli 3 provvedimenti. La distribuzione in sub-materie della produzione normativa è la seguente: 28,2% sull'associazionismo; 23,1% sul riconoscimento della funzione pubblica degli oratori; 25,6% sulla disciplina delle lpab; 15,4% sulle cooperative sociali; 7,7% sul volontariato.

**Disabilità e invalidità.** Sono 38 leggi emanate da 13 Regioni e Pa. La distribuzione per anni evidenzia il picco di produzione nel 2003, 16 leggi, si riduce successivamente fino ad arrivare al 2007 dove non è stato emanato alcun provvedimento. La distribuzione in sub-materie della produzione normativa è la seguente: 34,2%, leggi di carattere generale che prevedono interventi di varia natura in favore di soggetti con disabilità; 31,6%, leggi relative a politiche del lavoro, emanate da 10 Regioni, per lo più del Sud, in attuazione della Legge n. 68/1999 «Norme per il diritto al lavoro dei disabili»; 23,7%, leggi relative a interventi e contributi destinati a specifiche categorie di utenti; 10,5%, leggi relative all'abbattimento di barriere architettoniche.

**Politiche di genere.** Sono 10 leggi emanate da 8 Regioni e Pa, localizzate in prevalenza nel Sud. La distribuzione per anni evidenzia la relativa novità del fenomeno, il primo provvedimento risale al 2004 (toscana), negli anni successivi la produzione legislativa si mantiene su valori modesti per esplodere nel 2007 con 7 provvedimenti. Si tratta di leggi dedicate alla tutela della violenza contro le donne (alcune anche minori) e di leggi con veri e propri interventi legati alla politica di genere.

**Servizio civile.** Sono 8 leggi emanate da 8 Regioni e Pa, a cui bisogna aggiungere Trento che ha emanato una Legge a contenuto misto, ma che disciplina in modo completo il servizio civile provinciale. Tutte le disposizioni in questa materia sono state emanate dopo il 2003 e mostrano un trend di aumento negli anni successivi, nel 2007 si raggiunge il numero di 4 leggi emanate.

**Anziani e non autosufficienti.** Sono 4 leggi emanate da 3 Regioni e Pa. Molti interventi nel settore sono tuttavia previsti nelle leggi di riordino e nelle leggi per il sostegno alla famiglia. Sono comunque 8 le Regioni che hanno previsto un fondo per la non autosufficienza (non utilizzando lo strumento di una legge specifica).

**Immigrazione, detenuti, dipendenze, politiche per la casa e leggi di varia natura.** Le leggi in queste materie si ripartiscono nel modo seguente: 6 leggi sull'immigrazione emanate in 5 Regioni, di cui 4 (Abruzzo, Friuli, Emilia Romagna e Liguria) hanno carattere di legge organica rivolta all'accoglienza e all'integrazione sociale delle popolazioni immigrate; 5 leggi sulla popolazione detenuta, emanate da 5 Regioni tutte dopo il 2003, di cui 2 relative all'istituzione della figura di un garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale; 4 leggi sul contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, emanate in 4 Regioni; 2 leggi sulle dipendenze in 2 Regioni; 2 leggi sulle politiche abitative in 2 Regioni.

Fonte: Elaborazione da: Il Sole 24 ore Sanità 11/2009

Tabella 1 - Leggi regionali in materia socio-assistenziale anni 2001-2007

Regioni e Province autonome	Aspetti org. gest. e finanz.	Politiche famiglia e mat. inf.	Politiche di genere	Anziani e sogg. non autosuff.	Terzo settore e Ipab	Servizio civile	Disabilità e invalidità	Povertà e inclusione sociale	Dipendenze	Immigr.	Detenuti	Politiche abitative	Varie Totale
Abruzzo	2	3	2	-	2	-	2	-	-	2	-	-	13
Basilicata	2	2	1	-	-	-	3	1	-	-	-	-	9
Calabria	2	2	1	-	1	-	6	-	-	-	-	-	12
Campania	2	1	1	-	-	-	-	1	-	-	1	-	6
Emilia-R.	1	4	-	-	2	1	-	1	-	1	-	-	10
Friuli V.G.	3	4	-	-	2	1	2	-	-	1	-	-	13
Lazio	3	5	-	1	2	-	3	-	-	-	1	-	18
Liguria	1	2	1	-	3	-	2	-	-	1	-	-	11
Lombardia	2	2	-	-	2	1	2	1	-	-	1	-	11
Marche	2	3	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	8
Molise	-	4	-	-	5	-	3	-	-	-	1	-	13
Piemonte	2	1	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	6
Pa Bolzano	-	3	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	5
Pa Trento	1	3	-	-	1	-	1	-	-	-	-	1	7
Puglia	3	1	1	-	4	-	5	-	-	-	-	-	14
Sardegna	1	-	1	-	-	1	2	-	-	-	-	-	5
Sicilia	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Toscana	4	-	2	-	3	1	-	-	-	-	-	1	11
Trentino A.A.	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Umbria	1	1	-	2	3	-	2	-	-	-	1	-	11
V. d'Aosta	-	1	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	5
Veneto	-	1	-	-	1	1	5	-	-	1	-	-	9
<b>Totale</b>	<b>32</b>	<b>45</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>39</b>	<b>8</b>	<b>38</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>200</b>
<b>Valori %</b>	<b>16,0%</b>	<b>22,5%</b>	<b>5,0%</b>	<b>2,0%</b>	<b>19,5%</b>	<b>4,0%</b>	<b>19,0%</b>	<b>2,0%</b>	<b>1,0%</b>	<b>3,0%</b>	<b>2,5%</b>	<b>1,0%</b>	<b>2,5%</b>
													<b>100,0%</b>

Fonte: Issirfa-Cnr, Rapporto sullo stato del regionalismo, Camera dei Deputati, Rapporto sullo stato della legislazione, anni vari.

## **Fondo sulla Non Autosufficienza nelle Regioni**

Varie Regioni hanno integrato con proprie risorse il finanziamento statale, previsto con il Fondo nazionale, istituendo fondi regionali sulla non autosufficienza o comunque prevedendo risorse finanziarie aggiuntive per gli interventi su questo settore.

A fronte di una maggiore integrazione tra attività e risorse sanitarie e sociali e dell'avvio di sistematicità agli interventi dedicati, va sottolineata come criticità significativa la notevole diversità dei Fondi regionali rispetto a servizi, modalità di gestione, risorse stanziare.

In coerenza con quanto previsto dalla Legge 328/2000, tutte le regioni hanno valorizzato il ruolo della famiglia in modo molto diversificato, prevedendo misure di sostegno anche di tipo economico, soprattutto allo scopo di promuovere ed implementare le politiche di domiciliarità ed evitare quanto più possibile il ricorso alla istituzionalizzazione.

In assenza di uno specifico Fondo nazionale e di norme nazionali di riferimento a favore della non autosufficienza, spesso invocate, le Regioni hanno disciplinato e finanziato specifici Fondi per supportare le famiglie che prendono in carico una persona non autosufficiente.

Ne risulta un quadro di offerta variegato, le cui misure e soluzioni hanno in comune la garanzia di costituire un'alternativa al ricovero in istituto, come anche il ricorso alla sussidiarietà orizzontale, promuovendo e valorizzando l'apporto del volontariato e dell'associazionismo sociale.

I Fondi regionali dedicati alla non autosufficienza riescono purtroppo ad intervenire per lo più nei confronti dei casi più gravi, ed in assenza di un sistema nazionale di protezione socio-sanitaria a favore dei soggetti non autosufficienti, le maggiori condizioni di criticità riguardano l'uniformità dei diritti rispetto ai criteri di accesso, rappresentati da:

- a) l'esistenza dello stato di non autosufficienza, per il cui accertamento sono state adottate dalle Regioni strumenti e scale differenti (SOSIA, SVAMA, RUG, AGED, etc) che non consentono una omogeneità di carattere nazionale a garanzia della equità di accesso;
- b) il reddito;
- c) la presenza di familiari o congiunti che si prendano carico della persona non autosufficiente.

## **Quadro sulla istituzione del Fondo sulla Non Autosufficienza nelle Regioni**

### *Abruzzo*

La Regione ha istituito il Fondo per la non autosufficienza con DGR 866/2006. Le principali prestazioni riguardano la gestione delle Residenze Sanitarie Assi-

stenziali, l'Assistenza domiciliare integrata, i centri diurni e le altre strutture residenziali. Tra gli interventi per permettere la permanenza della persona non autosufficiente nell'ambito familiare è previsto anche l'assegno di cura, sostegno economico in favore delle famiglie finalizzato a integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona non autosufficiente.

### ***Basilicata***

La Regione ha approvato con Legge regionale n. 4/2007 lo stanziamento del Fondo per la non autosufficienza. Viene rafforzata l'assistenza domiciliare e previsti contributi economici integrativi per aiutare le famiglie che ricorrono alle badanti.

### ***Bolzano***

La Provincia autonoma di Bolzano ha istituito il fondo per la non autosufficienza con Legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9. "Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti" in vigore a partire da luglio 2008. Il fondo prevede in particolare l'erogazione di un assegno di cura su quattro fasce di gravità.

### ***Campania***

Con Legge Regionale n.8 del 12.11.04, (Finanziaria 2004) all'art.7, comma 2 ha previsto un fondo specifico per la promozione dei servizi di assistenza domiciliare per le persone prive di autonomia.

Con DGR 679/07 e 1403/07 la regione ha individuato come obiettivo il rafforzamento del sistema di presa in carico delle persone non autosufficienti, vincolando il 70% delle risorse da attribuire complessivamente a 3 aree: *Anziani, Disabili e Assistenza Tutelare*.

### ***Emilia Romagna***

L'Emilia Romagna è stata una delle prime Regioni a prevedere l'istituzione del Fondo per la non autosufficienza con Delibera della Giunta Regionale n. 509/2007. La maggior parte del Fondo è destinato alla assistenza domiciliare e residenziale; viene erogato tramite assegni di cura per i non autosufficienti rivolti anche alla regolarizzazione degli assistenti domiciliari e delle badanti. Il contributo è variabile a secondo del livello di intensità assistenziale.

### ***Friuli Venezia Giulia***

La Regione ha istituito il Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza lungo termine (FAP) con Delibera del Presidente della Regione n. 35/2007, vista la Legge regionale n. 6 del 31 marzo 2006. Lo scopo è favorire, attraverso un sistema di assegni, contributi e sostegni alla vita indipendente, la permanenza delle persone non autosufficienti al proprio domicilio attivando e potenziando la rete di assistenza domiciliare integrata.

### ***Lazio***

La Regione Lazio ha istituito il Fondo con Legge regionale 20 novembre 2006 *“Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”* e con Delibera 601/2007 *“Fondo regionale per la non autosufficienza”*. Tra le prestazioni previste: interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per i soggetti non autosufficienti con patologie cronico-degenerative e per anziani non autosufficienti allo scopo di evitare il ricovero in strutture residenziali; interventi economici straordinari per concorrere ai costi di deistituzionalizzazione dei soggetti non autosufficienti.

Tali interventi e servizi sono inseriti in un documento denominato Piano distrettuale per la non autosufficienza, adottato, in conformità agli indirizzi della Regione, dai Comuni.

### ***Liguria***

La regione Liguria è stata una delle prime Regione a istituire il Fondo regionale per la non autosufficienza con la Legge regionale 12 del 2006. Le misure previste sono: estensione del sostegno alla domiciliarità; potenziamento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale pubblica, privata e convenzionata; proseguimento della contribuzione economica a partire dell'esperienza dell'assegno servizi.

### ***Lombardia***

Nella Regione Lombardia è attualmente in discussione un progetto di Legge specifico per l'Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza. La regione ha finora previsto interventi economici a favore dei non autosufficienti attraverso, un voucher socio-sanitario che permette l'acquisto di prestazioni infermieristiche, riabilitative, medico specialistiche per ottenere il supporto di un care giver (badante) presso enti pubblici o privati.

### ***Marche***

Il fondo è stato istituito con Deliberazione n. 1493/2008 in riferimento all'articolo 37 della Legge regionale 25/2008. Il fondo prevede l'estensione della residenzialità attraverso ulteriori posti letto in RSA; estensione e qualificazione dell'assistenza domiciliare integrata; implementazione dei servizi di sollievo alle famiglie; interventi a carattere domiciliare a sostegno del lavoro di cura delle famiglie e della regolarizzazione e qualificazione del sistema privato delle cure domiciliari.

### ***Piemonte***

L'ultimo provvedimento della Regione Piemonte in materia è la DGR n.39 del 6/4/2009 *“Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R. n. 37-6500 del 23.7.2007”*. Le risorse sono principalmente destinate a sostenere la domiciliarità di anziani non autosufficienti.

### ***Puglia***

Nel 2007 è stato sottoscritto un protocollo d'intesa della durata di 3 anni per l'istituzione di un fondo regionale per la non autosufficienza, in parte già previsto nella Legge regionale 19/06 e nel DRG n. 583/07. L'ultimo provvedimento adottato dalla Regione sono le Linee guida regionali per le non autosufficienze 2008/2010. I fondi sono destinati alla copertura della spesa per le strutture RSSA (Residenze Socio Sanitarie Assistenziali) convenzionate e per il fabbisogno programmato; copertura della spesa per le strutture RSA; quote di spesa sanitaria per i servizi territoriali come ADI e ADP.

### ***Sardegna***

La Regione Sardegna ha istituito un Fondo per la non autosufficienza con Legge regionale 11 maggio 2006 n 4 "*Linee guida per l'istituzione delle assistenti familiari (badanti) per il sostegno alle persone non autosufficienti*". Il Fondo prevede il potenziamento della rete dei servizi dei Punti unici di accesso (PUA) e delle Unità di valutazione territoriali; assistenza domiciliare; contributi per chi si serve dell'aiuto di un assistente familiare; prosecuzione del programma riferito alla rete pubblica delle assistenti familiari; servizi residenziali e semiresidenziali; progetti di settore a favore di soggetti con particolari patologie; progetti di domotica.

### ***Toscana***

La Regione Toscana ha approvato il 18 dicembre 2008 la Legge regionale n. 66 "Istituzione del fondo per la non autosufficienza", al fine di dare assistenza ai circa 40 mila non autosufficienti presenti sul territorio regionale e di eliminare le liste di attesa per le RSA. Gli obiettivi sono la certezza del diritto alla prestazione, la definizione di procedure facilitate e garantite attraverso la qualificazione dell'Assistenza domiciliare integrata, il potenziamento dei ricoveri temporanei e di sollievo nei Centri diurni; l'erogazione di contributi economici per favorire la vita indipendente.

### ***Umbria***

La Regione ha approvato l'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza con Legge regionale 9/2008. Viene assicurata la partecipazione dell'assistito e dei suoi familiari alla piena applicazione del PAP (Programma assistenziale personale) coordinando le prestazioni sanitarie e socio-assistenziali integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche.

Prevede il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata; erogazione dell'assistenza di cura; qualificazione della residenzialità.

### ***Veneto***

La Regione Veneto ha disciplinato il fondo per la non autosufficienza con DGR n. 827 del 23.03.2007, e le delibere 64/2007 e 394/2007. Le risorse previste, vengono in prevalenza destinate ad assegni di cura, assistenza domiciliare, interventi di

sollievo alle famiglie, formazione degli operatori. Sono previsti buoni servizio per favorire le accoglienze residenziali temporanee o diurne di persone anziane non autosufficienti, e “assegni di sollievo” che consistono nell'erogazione di contributi temporanei o straordinari a famiglie di persone anziane o disabili in difficoltà.

---

**Box. Assegno di Servizi**

L'offerta di assegni di servizi si inserisce in una serie di sperimentazioni che i Fondi regionali destinano come interventi economici di sostegno al reddito a favore di persone fragili.

Obiettivo della misura è sostenere gli anziani non autosufficienti, sotto il profilo sociale e sanitario, e le loro famiglie nell'attività complessiva di assistenza, offrendo una risposta unitaria e di qualità, integrando i diversi interventi di carattere assistenziale, socio-sanitario e sanitario, con l'obiettivo di evitare il ricovero, rispondendo a forme di assistenza continuativa. Alla sperimentazione possono accedere anche minori con gravi e temporanee difficoltà di cura familiare.

L'assegno è una misura aggiuntiva rispetto alle prestazioni in vigore, indirizzata a tutti i cittadini destinatari, e non solo a coloro che versano in stato di povertà e comunque con limitato reddito; l'assegno, quale strumento di una strategia di potenziamento degli interventi domiciliari, si propone di offrire anche una risposta alternativa a forme di assistenza residenziale.

---

**Box. Buono Sociale**

Il buono sociale, rilasciato sulla base di criteri, modalità e condizioni definite con i Piani di Zona, è un contributo economico per mezzo del quale i comuni riconoscono e sostengono l'impegno diretto dei familiari, anche attraverso soggetti non professionali (volontari, badanti), nell'accudire in maniera continuativa un proprio congiunto in condizioni di fragilità, anche al fine di evitarne il ricovero in istituto.



## Riferimenti normativi

- Legge 8 novembre 2000 n. 328. *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*
- Regione Campania, Legge Regionale. n. 8 del 12.11.04. *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della regione Campania.*
- Regione Abruzzo, Deliberazione della Giunta regionale 31.7.2006, n. 866: *Criteri e modalità di riparto ed assegnazione delle risorse straordinarie a sostegno di nuclei familiari impegnati nell'assistenza ad anziani con più di sessantacinque anni non autosufficienti.*
- Regione Lazio, Legge regionale 20 novembre 2006. *Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza.*
- Regione Liguria, Legge Regionale n.12 del 2006. *Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari.*
- Regione Sardegna. Legge regionale 11 maggio 2006 n 4. *Linee guida per l'istituzione delle assistenti familiari (badanti) per il sostegno alle persone non autosufficienti.*
- Regione Puglia. Legge regionale 10 luglio 2006 n. 19. *Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia.*
- Regione Emilia Romagna, Delibera della Giunta Regionale n. 509/2007. *Fondo regionale per la non autosufficienza – Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009.*
- Regione Friuli Venezia Giulia, D.P.Reg. del 21/02/2007 N° 35, Regolamento regionale di attuazione del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine di cui all'articolo 41 della Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6. *Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.*
- Regione Lazio Delibera 601/2007. *Fondo regionale per la non autosufficienza.*
- Regione Basilicata, Legge regionale n 4 del 14.2.2007. *Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale.*
- Provincia Autonoma di Bolzano, Legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9. *Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti.*
- Legge 27 dicembre 2006, n. 296. *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2007).*
- Regione Veneto. Delibera della Giunta Regionale n. 827 del 23.03.2007.
- Regione Puglia. *Linee guida regionali per le non autosufficienze 2008/2010.* 10 settembre 2008.
- Regione Toscana. Legge regionale 18 dicembre 2008 n. 66. *Istituzione del fondo per la non autosufficienza.*
- Regione Umbria. Legge regionale 4 giugno 2008, n. 9. *Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni.*
- Legge 24 dicembre 2007, n. 244. *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2008).*
- Regione Marche. Legge Regionale 29 luglio 2008, n. 25 (Assestamento del bilancio 2008).

Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 6 Agosto 2008, Riparto del *Fondo per le non autosufficienze* per gli anni 2008 e 2009.

Regione Piemonte. DGR n.39 del 6/4/2009. *Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R. n. 37-6500 del 23/7/2007.*

### **Riferimenti bibliografici**

Indagine IRES Istituto Ricerche Economiche e Sociali - INCA CGIL. *Territori e non autosufficienza*. Giugno 2007.

Napolitano GM. *Tendenze delle politiche regionali nel settore socio-assistenziale, in Quarto rapporto annuale sullo stato del regionalismo in Italia*. ISSIRFA-CNR, Milano 2007.

Vangieri D. *Quadro sull'istituzione del Fondo sulla Non Autosufficienza nelle Regioni*, 2008.

Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato. *Secondo Rapporto sull'Assistenza domiciliare integrata*. Roma, giugno 2009.

CEIS, Centro di Economia e Studi Internazionali, VI Rapporto Sanità – 2008, *La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla riforma del Titolo V e alla vigilia del Federalismo fiscale*. Università degli studi di Roma Tor Vergata, gennaio 2009.

Sole 24 ore Sanità n. 11 del 24 marzo 2009 pag. 10.

### **Riferimenti sitografici**

[www.regione.liguria.it](http://www.regione.liguria.it)

[www.regione.piemonte.it](http://www.regione.piemonte.it)

[www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)

[www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it)

## LA SPESA SOCIALE IN ITALIA E IN EUROPA

### Definizioni

Storicamente l'esistenza della spesa sociale in Europa si è affermata alla fine del XIX secolo, sulla base del modello assicurativo tedesco fondato dal cancelliere Bismarck, per contrastare i problemi nella società legati all'invecchiamento della popolazione non corredato da opportune tutele, agli infortuni sul mercato del lavoro, alla malattia ed alla disoccupazione. Dopo la fine della seconda guerra mondiale, in Europa si è assistito ad un innalzamento di tale spesa, con la conseguente creazione di un vero e proprio "Modello Europeo di Protezione Sociale".

Rispetto alla tutela e protezione sociale, nei paesi dell'Europa Occidentale possono essere identificati quattro criteri significativi:

1. **le regole di accesso:** in merito a chi viene considerato eleggibile per l'erogazione dei servizi si prospettano tre possibili soluzioni: la fornitura di servizi per tutti i cittadini in modo universale; l'eleggibilità solo per coloro che lavorano e sono inseriti all'interno del sistema assicurativo; la fornitura dei servizi di base solo per i più bisognosi e la delega al mercato per gli altri;
2. **le formule di prestazione,** a seconda di come i servizi vengano prodotti, direttamente dallo Stato, oppure esternalizzati ad altri enti "caritatevoli" o imprese private;
3. **le formule di finanziamento,** in base alla copertura da parte del settore pubblico della spesa per il welfare;
4. **gli assetti organizzativo-istituzionali,** che riguarda il funzionamento amministrativo ed il tipo di controllo politico esercitato dai governi.

Sulla base di tali criteri e di quello geografico possono essere distinte quattro realtà dello stato sociale in Europa:

- **i Paesi dell'Europa Meridionale:** Italia, Grecia, Portogallo e Spagna;
- **i Paesi dell'Europa Centrale,** influenzati dalla tradizione Bismarkiana: Austria, Belgio, Francia, Germania, Paesi Bassi;
- **i Paesi Anglosassoni:** Irlanda e Regno Unito;
- **i Paesi Nordici:** Danimarca, Finlandia e Svezia.

Per essere considerate nel capitolo "sociale", le prestazioni devono riguardare uno o più obiettivi sociali, inoltre, i programmi che regolano l'erogazione delle pre-

stazioni sociali devono prevedere la redistribuzione delle risorse tra le famiglie, oppure la partecipazione obbligatoria alla spesa. Le prestazioni sociali sono considerate pubbliche quando la pubblica amministrazione (statale ed enti locali, compresi i fondi di previdenza sociale) effettua i controlli dei flussi finanziari. Solitamente, i dati sulla spesa sociale si riferiscono prevalentemente a quella sostenuta dal settore pubblico.

### Box- Definizioni di spesa sociale

- L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) definisce la spesa sociale: *“L'erogazione da parte di istituzioni pubbliche (e private) di prestazioni (da intendersi come erogazione di prestazioni in natura e cioè in beni e servizi) e di contributi finanziari alle famiglie e agli individui in generale, in modo da fornire un supporto in circostanze che colpiscono negativamente il loro benessere, posto che l'erogazione di questi non costituisce né un pagamento diretto per un bene o servizio specifico né un contratto individuale o un trasferimento. Queste prestazioni possono assumere la forma di trasferimenti monetari o di erogazione diretta di beni e servizi. Poiché unicamente le prestazioni erogate dalle istituzioni vengono prese in considerazione, i trasferimenti tra famiglie – sebbene di natura sociale – non lo sono.”*
- La definizione dell'Eurostat (Ufficio Statistico della Commissione Europa) di spesa per la protezione sociale include *“tutte le spese che hanno lo scopo di coprire gli oneri delle famiglie o degli individui risultanti dall'esistenza o dall'insorgenza di determinati rischi o bisogni, nella misura in cui tali spese danno luogo all'intervento di un terzo e purché non vi sia una contropartita equivalente e simultanea da parte del beneficiario”*.
- Si propone anche una definizione più concreta da un punto di vista operativo, secondo Peter Lindert (2004): *“La spesa sociale consiste nei seguenti tipi di spesa pubblica basata sulle imposte: 1) assistenza di base alle famiglie povere, o reddito integrativo, chiamato in Inghilterra “poor relief” (prima del 1930) o “family assistance”, mentre negli Stati Uniti si definisce welfare; 2) indennità di disoccupazione; 3) pensioni sociali, ossia pensioni pagate con fondi provenienti da persone diverse dal beneficiario o del suo datore di lavoro; 4) spesa per la sanità pubblica; 5) sussidi per le abitazioni; 6) spesa pubblica per l'istruzione”*.
- Sinteticamente, la spesa sociale viene generalmente definita come la composizione delle seguenti categorie:
  1. **La spesa sanitaria**
  2. **La spesa per correggere i problemi sul mercato del lavoro (in particolare la protezione dal rischio di disoccupazione)**
  3. **La spesa per l'invalidità**
  4. **La spesa per le politiche abitative**
  5. **La spesa previdenziale per le pensioni di vecchiaia**
  6. **La spesa per combattere la povertà e l'esclusione sociale**
  7. **La spesa per le politiche familiari**
  8. **Le spese di funzionamento della macchina organizzativa.**

## La spesa sociale in Europa

Rispetto all'analisi dei dati, si farà riferimento, per uniformità con quanto già riportato in questo libro in merito all'evoluzione demografica, ai dati Eurostat, ed in particolare al documento "*Social protection in the European Union (2008)*".

I punti chiave emergenti di questo rapporto sono:

- una eterogeneità, tra i Paesi UE, dei sistemi di finanziamento della spesa sociale;
- una significativa differenza tra Paesi rispetto alla spesa per la protezione sociale (che viene valutata in PPS - purchasing power standards, ossia standard di potere d'acquisto, unità di conto utilizzata nei confronti internazionali per eliminare le differenze nei livelli di prezzo e nei tassi di cambio e permettere i confronti tra le diverse regioni europee basandosi su volumi o unità di beni piuttosto che sui valori);
- una stabilità, dal 2003 ad oggi, della percentuale di PIL (Prodotto interno lordo) dedicata alla spesa sociale;
- il tasso di crescita della spesa pro-capite (a prezzi costanti) si è ridotto nel 2005;
- gli interventi economici erogati ai superstiti e agli anziani rappresentano la maggior parte delle prestazioni erogate nel 2005;
- i cosiddetti "*cash benefits*" (ossia prestazioni erogate in danaro, come per esempio le pensioni e le indennità) rappresentano la maggior parte della spesa, rispetto agli interventi/prestazioni in beni e servizi;
- un aumento significativo tra il 2000 e il 2005 della spesa sociale destinata al settore sanitario.

Analizzando nel dettaglio i dati Eurostat, che peraltro sono anche riportati nel Rapporto sullo stato sociale 2008 (ricerca condotta dal Dipartimento di Economia Pubblica e dal Centro di Ricerca Interuniversitario sullo stato sociale, e curata da Roberto Pizzuti), emerge come negli ultimi tre anni vi sia stata una stabilizzazione della spesa media per prestazioni sociali nei paesi dell'UE-15 intorno al 26,7% del PIL; tale valore risulta inferiore di quasi un punto rispetto a quello massimo raggiunto nel 1993. Nei dodici Paesi nuovi entranti si registra, invece, un calo, negli ultimi tre anni, di mezzo punto che fa scendere la loro media al 16,7%, un valore di ben dieci punti inferiore a quello dei primi quindici paesi dell'Unione (tabella 1). Peraltro, anche tra i quindici membri storici dell'UE si riscontrano differenze notevoli: dal 30,9% della Svezia, il 29,6% della Francia, il 29,3% della Danimarca e il 28,4% della Germania, si passa al 26,3% del Regno Unito, al 25,5% dell'Italia, al 20,3% della Spagna e al 17% dell'Irlanda. Considerando anche i costi amministrativi e la voce «altre spese» - che nei 27 Paesi dell'Unione oscillano da un massimo dell'1,9% in Francia allo 0,2% in Estonia, Malta e Romania - il totale della spesa sociale sale nella media dell'UE-15 al 27,8% del PIL, nella media dei dodici Paesi nuovi entranti al 17,2% e in Italia al 26,4%.

**Tabella 1 - Spesa per protezione sociale (in % PIL) 2000-2005**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>EU 27</b>	=	=	=	=	=	<b>27.2</b>
<b>EU 25</b>	<b>26.6</b>	<b>26.8</b>	<b>27.1</b>	<b>27.4</b>	<b>27.3</b>	<b>27.4</b>
<b>EU 15</b>	<b>27.0</b>	<b>27.1</b>	<b>27.4</b>	<b>27.8</b>	<b>27.7</b>	<b>27.8</b>
<b>EA 13</b>	<b>26.8</b>	<b>26.9</b>	<b>27.4</b>	<b>27.8</b>	<b>27.8</b>	<b>27.8</b>
BE	26.5	27.3	28.0	29.1	29.3	29.7
BG	=	=	=	=	=	16.1
CZ	19.5	19.5	20.2	20.2	19.3	19.1
DK	28.9	29.2	29.7	30.9	30.9	30.1
DE	29.3	29.4	30.0	30.3	29.6	29.4
EE	14.0	13.1	12.7	12.6	13.1	12.5
IE	14.1	15.0	17.3	17.8	18.2	18.2
EL	23.5	24.1	23.8	23.6	23.6	24.2
ES	20.3	20.0	20.3	20.4	20.6	20.8
FR	29.5	29.6	30.4	30.9	31.3	31.5
IT	24.7	24.9	25.3	25.8	26.0	26.4
CY	14.8	14.9	16.2	18.4	17.8	18.2
LV	15.3	14.3	13.9	13.8	12.9	12.4
LT	15.8	14.7	14.1	13.6	13.3	13.2
LU	19.6	20.9	21.6	22.2	22.3	21.9
HU	19.3	19.3	20.4	21.1	20.7	21.9
MT	16.5	17.4	17.5	17.9	18.4	18.3
NL	26.4	26.5	27.6	28.3	28.3	28.2
AT	28.1	28.4	29.0	29.3	29.0	28.8
PL	19.7	21.0	21.1	21.0	20.1	19.6
PT	21.7	22.7	23.7	24.1	24.7	=
RO	13.2	13.2	13.4	12.6	15.1	14.2
SI	24.6	24.8	24.8	24.1	23.7	23.4
SK	19.3	18.9	19.0	18.2	17.3	16.9
FI	25.1	24.9	25.6	26.5	26.6	26.7
SE	30.7	31.2	32.2	33.2	32.7	32.0
UK	26.9	27.3	26.2	26.2	26.3	26.8
IS	19.2	19.4	21.2	23.0	22.6	21.7
NO	24.4	25.4	26.0	27.2	25.9	23.9
CH	26.9	27.6	28.5	29.1	29.3	29.2

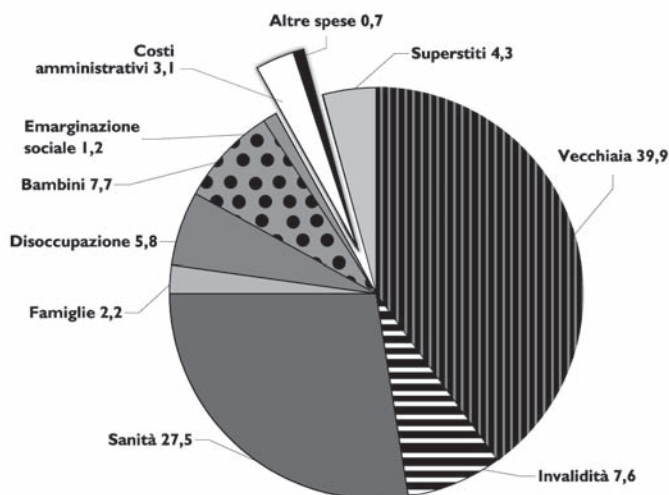
Fonte: Eurostat-ESSPROSS Sistema Europeo di Statistiche Integrate della Protezione Sociale.

In particolare, le disomogeneità nazionali emergono con più evidenza analizzando i dati della spesa sociale procapite (espressa in PPS). Infatti, considerando pari a 100 la media UE-15, si oscilla da un massimo di 179 in Lussemburgo, 148 in Danimarca e 136 in Svezia, a un minimo di 50 in Spagna, 44 in Grecia, 10 in Polonia e 6 in Lettonia; in Italia, il dato attuale è 75.

Le disparità tra i Paesi sono in parte legate a diversi livelli di benessere, ma riflettono anche le differenze nei sistemi di protezione sociale, i trend demografici, i tassi di disoccupazione e altri fattori sociali, istituzionali ed economici.

In via generale, nel 2005, e nell'area UE-27, considerando pari a 100 il totale della spesa per la protezione sociale (grafico I), le prestazioni sociali hanno inciso per il 96,2, i costi amministrativi per il 3,1 mentre le altre spese per lo 0,7.

**Grafico I - Struttura della spesa per protezione sociale nell'area UE-27, Anno 2005**

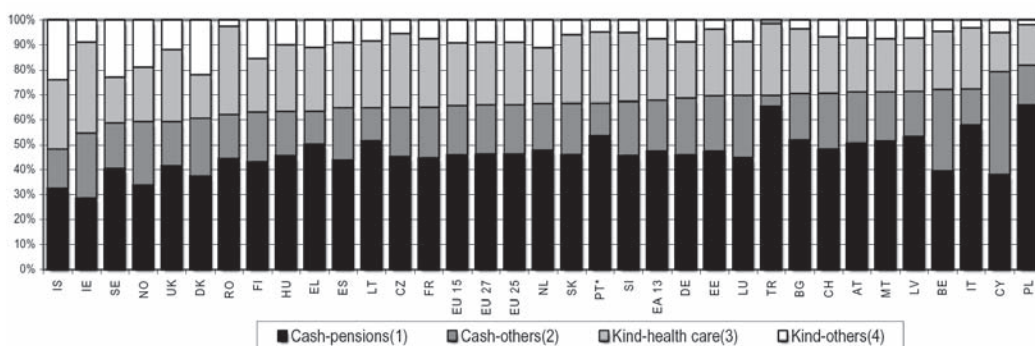


Fonte: EUROSTAT - ESSPROS

Le statistiche mostrano inoltre che, nella media della UE-15, la voce più consistente della spesa sociale è quella per le pensioni di invalidità, vecchiaia e superstiti, pari al 14,3% del PIL. Al secondo posto c'è la spesa sanitaria pari al 7,7% del PIL, seguono quelle per il sostegno alla famiglia (2,2% del PIL) e quelle per la disoccupazione (1,7% del PIL). Questa composizione media riflette, tuttavia, situazioni nazionali molto disomogenee. Infatti dai dati Eurostat emerge, ad esempio, per l'Italia, una maggiore incidenza della spesa pensionistica (16,9% del PIL) e valori più bassi per la sanità (6,8% del PIL), per la famiglia (1,1% del PIL) e per la disoccupazione (0,5% del PIL).

Rispetto alle modalità di erogazione delle prestazioni sociali (grafico II), i dati mostrano che gli interventi in forma monetaria rappresentano la maggior fonte di spesa. Infatti, nel 2005, gli interventi in denaro hanno inciso per il 66,2% sul totale delle prestazioni sociali erogate nell'area UE-27, di cui il 46,4% solo per le pensioni. I valori più elevati si riscontrano in Polonia, Belgio, Austria, Germania e Francia. Le prestazioni in beni e servizi hanno rappresentato il 33,8% delle spese di protezione sociale, incidendo dell'8,9% sul PIL. Questa modalità di erogazione delle prestazioni è adottata in Irlanda e in Svezia, e rispecchia un maggiore utilizzo dei servizi e una maggiore erogazione dei beni tra le diverse funzioni di protezione sociale.

**Grafico II - Interventi di protezione sociale in denaro e in beni e servizi, 2005**



- (1) Pensione di invalidità, pre-pensionamento dovuto ad una ridotta capacità lavorativa, pensioni di vecchiaia, pensione parziale, e altre forme di pensione.  
 (2) Per esempio: congedo malattia, assegni familiari, sussidio di disoccupazione, ecc.  
 (3) Erogazione diretta e rimborso di spese sanitarie (inclusi farmaci)  
 (4) Servizi sociali con accoglienza, assistenza, riabilitazione, centri per l'impiego, ecc.

I dati qui illustrati presentano tuttavia dei limiti. Infatti, in primo luogo va tenuto conto che le statistiche riportano le prestazioni monetarie, in particolare quelle pensionistiche, al lordo delle ritenute fiscali; le uscite effettive per i bilanci pubblici e il valore delle prestazioni realmente usufruite dai beneficiari si riducono di un'entità che varia dai circa sette punti di Pil in Danimarca e Svezia a circa un punto e mezzo in Germania, Irlanda e Regno Unito. In Italia, il divario tra spesa lorda e netta è di circa tre punti e mezzo ed è tra i più elevati, se si escludono i Paesi scandinavi.

Inoltre, non mancano altri elementi di eterogeneità nazionale che pure incidono sulla rappresentazione statistica dei sistemi di welfare. L'Eurostat, ad esempio, non tiene conto dei piani pensionistici privati, che sono particolarmente consistenti nei Paesi anglosassoni dove, dunque, viene sottostimata la complessiva spesa previdenziale. Nella spesa previdenziale italiana vengono, invece, incluse le indennità di fine rapporto (TFR nel settore privato e TFS nel settore pubblico), cioè forme di salario differito che in altri Paesi non esistono.

Pertanto il quadro comparativo offerto dai dati ufficiali dovrà tener conto di questi problemi di contabilizzazione statistica.



## La spesa sociale in Italia

In Italia circa un quarto del Pil (26,4% nel 2004) viene destinato alla spesa per la protezione sociale. Si tratta di un impegno non indifferente, in armonia con alcuni Paesi dell'UE, tra cui la Grecia, il Regno Unito e la Finlandia.

Nel 2005, la spesa sociale è di circa 47 miliardi di euro: 41 miliardi di euro corrispondenti a prestazioni esigibili a fruizione individuale, circa 6 miliardi di euro corrispondenti a spesa trasferita dallo Stato alle Regioni o ai Comuni o direttamente messa a disposizione dalla finanza locale.

Si riportano i dati Istat relativi a "L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni" riferiti all'anno 2005.

L'indagine raccoglie con cadenza annuale informazioni sulle politiche di welfare gestite a livello locale. In particolare si rilevano le risorse destinate alle attività socio-assistenziali e gli utenti che ne beneficiano, sotto forma sia di servizi sociali sia di contributi economici di varia natura. L'unità di rilevazione dell'indagine è costituita dai Comuni singoli e dalle loro associazioni, quali consorzi, comprensori, unioni di comuni, oltre che da comunità montane, distretti socio-sanitari/ASL che affiancano i Comuni singoli e talvolta li sostituiscono nell'esercizio delle funzioni sociali, come previsto dalla Legge quadro n. 328 del 2000.

Alla rilevazione partecipano la Ragioneria Generale dello Stato, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e il Centro Interregionale per il Sistema Informatico e Statistico con alcune Regioni e Province Autonome (Liguria, Piemonte, Veneto, Provincia di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Marche). Le informazioni raccolte sono articolate in sette aree di utenza dei servizi: famiglia e minori, disabili, dipendenze, anziani, immigrati e nomadi, povertà e disagio adulti, multiutenza.

Tale indagine riporta che nel 2005 la spesa dei Comuni e degli enti associativi per l'assistenza sociale ammonta a 5 miliardi 741 mila euro, lo 0,4% del prodotto interno lordo. Rispetto all'anno precedente, le risorse impegnate mostrano un aumento del 6,7%. **Le politiche di welfare delle amministrazioni comunali presentano notevoli elementi di variabilità sul territorio. Le differenze più rilevanti riguardano le dimensioni dell'offerta socio-assistenziale: a livello nazionale la spesa pro-capite è di 98 euro l'anno, ma si passa da una media di 146 euro per abitante al Nord-est a un valore di 40 euro pro-capite al Sud.**

Per quanto riguarda i destinatari dell'assistenza in termini di percentuale sulla spesa sociale complessiva:

- famiglie con figli (38,5%);
- anziani (23,4%);
- persone disabili (20,4%).

Il rimanente 17,8% delle risorse impegnate è così distribuito:

- 7,4% per le politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale;
- 2,4% per gli immigrati;
- 1% per i tossicodipendenti;
- 7% per le attività generali e per la "multiutenza".

Uno dei principali servizi rilevati dall'indagine sono gli asili nido, dove confluisce circa il 16% dell'intera spesa sociale dei Comuni; i bambini che hanno usufruito degli asili nido pubblici o convenzionati sono circa 150.000.

L'incremento della spesa per i servizi sociali offerti dai Comuni e dagli enti associativi (+6,7% tra il 2004 e il 2005) non ha modificato il rapporto sul prodotto interno lordo, che è rimasto stabile allo 0,4%. Anche il rapporto fra ripartizioni geografiche si è mantenuto sostanzialmente invariato: ai Comuni del Nord compete oltre la metà della spesa complessiva (58,6%), ai Comuni del Centro il 21,8% e a quelli del Mezzogiorno il 19,6%.

La spesa pro-capite nazionale è di 98,0 euro per abitante e mostra un lieve aumento rispetto all'anno precedente (92,4 euro per abitante nel 2004). Il rapporto fra le risorse impegnate e la popolazione residente diminuisce drasticamente passando dal Nord al Sud del Paese: al Nord-est la spesa pro-capite è di 146 euro, al Nord-ovest e al Centro il valore analogo è poco più alto di 110 euro, nelle Isole si passa a 84 euro e al Sud a circa 40 euro pro-capite (tabella 2).

**Tabella 2 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per ripartizione geografica - Anno 2005**  
(valori assoluti, percentuali e spesa media pro-capite)

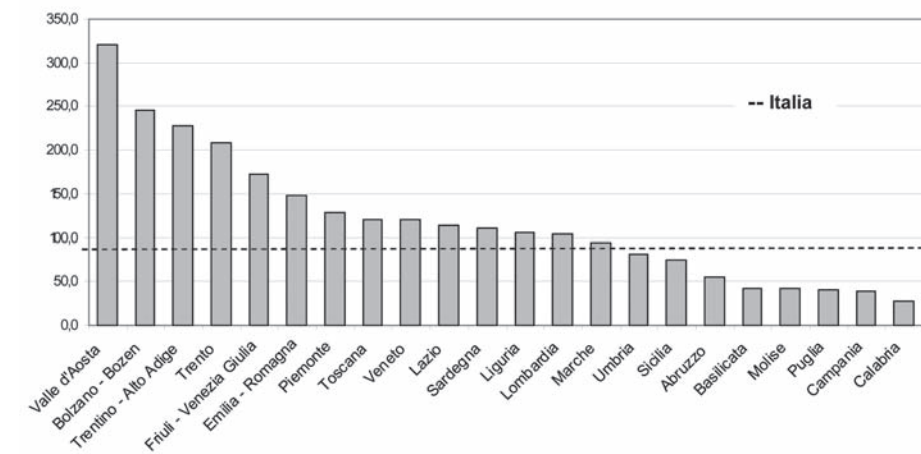
Regione e ripartizione geografica	Spesa <sup>(1)</sup>		Spesa media pro-capite
	Valori assoluti	Valori percentuali	
Nord-ovest	1.745.453.379	30,4	112,6
Nord-est	1.618.153.998	28,2	146,1
Centro	1.252.164.495	21,8	111,0
Sud	565.246.159	9,8	40,1
Isole	560.336.930	9,8	84,0
<b>Italia</b>	<b>5.741.354.961</b>	<b>100,0</b>	<b>98,0</b>

(1) Per spesa si intendono gli impegni di spesa in conto corrente di competenza relativi al 2005, di comuni e associazioni di comuni per l'erogazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente). La spesa è al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale.

Fonte: Istat, L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Anno 2005

Le regioni dove si spende di più in proporzione alla popolazione residente sono la Valle D'Aosta, con 320 euro pro-capite, seguita dal Trentino-Alto Adige, dal Friuli-Venezia Giulia e dall'Emilia Romagna; i livelli più bassi di spesa per abitante si hanno in Calabria (27 euro) e in Campania (39,4 euro). Tra le regioni del Mezzogiorno si distingue la Sardegna, che con una spesa pro-capite di 110,4 euro si colloca ben al di sopra della media nazionale ed è in linea con molte regioni del Centro e del Nord Italia (grafico III).

**Grafico III - Spesa dei comuni singoli e associati per interventi e servizi sociali: valori medi pro-capite per regione e per province autonome - Anno 2005 (valori in euro)**



Fonte: Istat, L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Anno 2005

A livello nazionale la spesa sociale del 2005 è stata gestita per la maggior parte dai Comuni (77,2%), dagli enti associativi in misura del 15,7%, dalle Aziende Sanitarie Locali per delega da parte dei Comuni per il 7,1%.

I Comuni del Nord si avvalgono in misura maggiore delle varie forme associative intercomunali, quali i consorzi, i comprensori, le comunità montane, le unioni di Comuni. Tali enti hanno gestito nel 2005 oltre il 30% della spesa sociale del Nord Italia, contribuendo ad ampliare l'offerta di servizi e le strutture accessibili anche ai residenti nei Comuni più piccoli, i quali, in assenza di gestioni associate, difficilmente riescono a mettere in atto economie di scala e ad adottare modelli organizzativi paragonabili ai grandi Comuni.

Fra le Regioni del Centro, la Toscana e l'Umbria sono quelle che hanno attivato in misura più ampia le gestioni condivise fra Comuni, soprattutto attraverso meccanismi di delega ai Distretti socio-sanitari di alcune competenze e grazie ad un ruolo attivo degli ambiti sociali. Nelle Marche e nel Lazio sono per lo più le singole amministrazioni comunali ad offrire i servizi sul territorio.

Nel Mezzogiorno vi sono alcune Regioni, quali l'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, dove i servizi sociali sono gestiti con l'apporto significativo e spesso crescente degli ambiti sociali e, nel caso dell'Abruzzo, delle comunità montane. Per il resto dell'area meridionale sono quasi esclusivamente i Comuni per proprio conto ad avere un ruolo attivo nella gestione delle attività rilevate.

Tra gli strumenti impiegati dai Comuni a sostegno dei vari bisogni dei cittadini si possono distinguere tre principali strategie:

- 1) **i servizi resi direttamente alla persona:** ad esempio l'assistenza domiciliare, il supporto fornito dagli assistenti sociali, ovvero il "servizio sociale professionale", attività per l'integrazione sociale di anziani, disabili, immigrati, ecc.;
- 2) **i contributi economici per i cittadini bisognosi:** sostegno al reddito, contributi per l'alloggio, per i servizi scolastici, ecc.;
- 3) **i servizi che presuppongono il funzionamento e la gestione di strutture stabili sul territorio:** gli asili nido, i centri diurni, le case di accoglienza per le persone senza adeguato sostegno familiare.

A livello nazionale la quota di spesa assorbita dai servizi di supporto alle esigenze delle varie categorie di utenti e quella destinata al funzionamento delle strutture sono quasi equivalenti, circa il 39% e il 38% rispettivamente. La quota restante (il 23%) è destinata ai trasferimenti in denaro, che possono essere erogati direttamente alle famiglie bisognose per finalità assistenziali specifiche o essere versati ai diversi enti che operano nel settore.

Al Sud sono maggiori le quote di spesa inerenti ai servizi alla persona (48,5% contro il 39,4% per il totale in Italia) e ai trasferimenti in denaro (30,6% contro il 22,8% a livello nazionale); i Comuni del Centro e del Nord-est destinano quote più rilevanti di spesa alle strutture (44,7% al Centro e 42,5 al Nord-est contro il 37,8% a livello nazionale) e al Nord-ovest si rileva sostanzialmente la stessa ripartizione osservata a livello nazionale.

L'82% delle risorse impegnate per l'assistenza sociale erogata a livello locale riguarda le aree di utenza "famiglia e minori" (38,5%), "anziani" (23,4%) e "disabili" (20,4%). La quota rimanente si distribuisce fra le altre tipologie di beneficiari: all'area "povertà e disagio adulti", che comprende gli interventi specifici per il disagio mentale, è destinato il 7,4% della spesa, agli "immigrati e nomadi" è rivolto il 2,4% della spesa sociale e alle "dipendenze" l'1,0%; le competenze in materia di tossicodipendenze, del resto, coinvolgono soprattutto gli enti attivi in ambito sanitario.

Passando da Nord a Sud diminuisce leggermente il peso delle risorse destinate agli anziani e aumenta la quota relativa all'area "famiglia e minori".

Fanno eccezione la Valle D'Aosta, dove le politiche rivolte agli anziani sono al primo posto e assorbono il 66,5% delle spese totali; il Veneto, dove le quote più ampie di spesa sono dovute agli anziani (34,3%) e ai disabili (25,4%); la Provincia di Bolzano, con il 50,4% della spesa per l'area disabili.

La spesa sociale dei Comuni pro-capite per anziano varia dai circa 48 euro l'anno del Sud e i 192 del Nord-est, con una media nazionale di 116,7 euro l'anno. I valori più bassi si hanno in **Calabria (17,2 euro)** e i più alti in **Valle D'Aosta (1.061,6 euro)**.

In quest'area di utenza prevale la spesa per interventi e servizi, che assorbe il 47,2% del totale.

Fra le strategie di intervento a sostegno delle persone anziane assume particolare rilievo l'assistenza domiciliare, cui è destinato il 37% della spesa rivolta a quest'area di utenza.

Esistono diverse modalità di erogazione delle prestazioni fornite a domicilio: l'assistenza domiciliare socio-assistenziale è la forma più tipica con cui i Comuni si prendono cura delle persone parzialmente autosufficienti e delle relative abitazioni, ed è quella dove si rileva il maggior numero di utenti (quasi 190.000 in Italia); per l'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari (ADI), di cui l'indagine rileva la componente assistenziale, essendo a carico del Servizio Sanitario Nazionale la componente medico-infermieristica e riabilitativa, si rilevano circa 70.000 utenti; i "voucher, assegni di cura o buoni socio-sanitari", la cui attribuzione dà diritto a ricevere determinate prestazioni da parte di soggetti pubblici o privati, hanno interessato circa 55.000 anziani; altre forme di assistenza a domicilio prevedono il telesoccorso e teleassistenza, con quasi 73.000 utenti, la fornitura di pasti e/o lavanderia a domicilio (oltre 54.000 utenti).

L'assistenza domiciliare socio-assistenziale per gli anziani ha un alto livello di copertura sulla penisola (tabella 3): la percentuale di Comuni dotata del servizio varia tra il 68% del Sud e il 93% del Nord-est, con un valore nazionale dell'84%. Gli utenti che hanno beneficiato delle prestazioni sono circa l'1,6% degli anziani residenti. In questo caso i livelli più alti di utilizzo del servizio si rilevano nelle Isole, con il 2,7% degli anziani assistiti, i livelli più bassi si hanno invece al Centro con l'1,1%.

Se si considera la sola ADI, la copertura territoriale diminuisce drasticamente: solo il 34% dei Comuni risulta aver attivato il servizio; al Nord e al Centro tale quota è superiore al 40%, al Sud è il 17% e nelle Isole il 10%. Gli anziani trattati raggiungono appena lo 0,6% del totale a livello nazionale, con i valori minimi in questo caso nelle Isole (0,1%) e al Sud (0,2%) e valori massimi al Nord-ovest (1,1%).

I voucher sono diffusi quasi esclusivamente al Nord, dove sono più del 70% i Comuni che utilizzano questa modalità di gestione dei servizi di assistenza domiciliare.

I costi dell'assistenza domiciliare per i Comuni sono mediamente più bassi per quanto riguarda la componente assistenziale dell'ADI, con una media di 806 euro per utente, per i voucher la media è 1.360 euro l'anno e per l'assistenza domiciliare

socio-assistenziale è 1.727. Le spese associate alle rimanenti voci dell'assistenza domiciliare sono tutte più contenute.

Un'altra componente importante dell'assistenza fornita agli anziani sono le strutture residenziali, che assorbono il 25% della spesa sociale in quest'area di utenza. In aggiunta alle spese correnti riconducibili al funzionamento delle strutture comunali, vi sono le rette pagate dai Comuni per gli anziani ospitati in strutture private convenzionate, che incidono per un ulteriore 12% sulla spesa sociale dell'area anziani. Mediamente un anziano assistito in una struttura comporta annualmente una spesa di circa 4.580 euro per il Comune (valore comprensivo delle rette pagate dai comuni per l'accoglienza in strutture private convenzionate), a cui si aggiunge la quota pagata dall'utente (di circa 3.800 euro) e l'eventuale integrazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale (circa 3.300 euro in media).

L'offerta di strutture residenziali per anziani è presente nel 64% dei Comuni italiani, ma vi sono Regioni in cui tale quota scende sotto il 10%: il 7% in Molise, il 3% in Calabria.

Degli oltre 110.000 utenti rilevati, la maggior parte si trova al Nord e quasi la metà al Nord-est dove la percentuale di utenti sulla popolazione anziana è del 2%, contro lo 0,9 a livello nazionale e lo 0,3% del Sud.

**Tabella 3 - Principali interventi e servizi sociali per l'area anziani, per ripartizione geografica - Anno 2005**

Servizio	Spesa	Spesa media per utente	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 100 persone) (a)
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	326.459.385	1.728	83,9	1,6
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	56.653.590	806	34,2	0,6
Voucher	75.588.185	1.360	42,4	0,5
Strutture residenziali	505.815.269	4.584	64,4	1,0

(a) Utenti rispetto al totale della popolazione di 65 anni e oltre nella ripartizione.

Fonte: Istat, L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Anno 2005

Per quanto riguarda i disabili va premesso che l'indagine considera quale popolazione di riferimento il numero di disabili che vivono in famiglia quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anno 2004-2005", e il numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali quali risultano dalla "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali anno 2005".

La spesa sociale pro-capite è di circa 2.070 euro a livello nazionale. **Per una persona disabile residente al Nord-est i Comuni e gli enti associativi hanno destinato in media 4.610 euro ai servizi sociali, alle strutture e ai contributi in denaro; nel Nord-ovest la spesa pro-capite per disabile scende a circa 2.800 euro, al Centro a 2.296, nelle Isole a 1.467 e al Sud raggiunge appena 520 euro.**

Quasi la metà della spesa impegnata (il 48,5%) è dovuta ai servizi, il 31,1% al funzionamento delle strutture e il rimanente 20,4% è stato erogato sotto forma di contributi in denaro.

Anche per quel che riguarda le politiche di supporto alle persone con disabilità hanno un peso significativo l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali, che in questo caso hanno costi unitari più alti, sia per gli enti pubblici che per gli utenti che ne usufruiscono: in media i Comuni spendono in un anno 3.456 euro per utente per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, 2.272 per l'ADI, 1.935 per i voucher (tabella 4).

**Tabella 4 - Principali interventi e servizi sociali per l'area disabili, per ripartizione geografica - Anno 2005**

Servizio	Spesa	Spesa media per utente	Percentuale di comuni coperti dal servizio	Indicatore di presa in carico degli utenti (per 100 persone) (a)
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	108.537.915	3.456	65,8	5,6
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	14.808.640	2.272	18,1	1,2
Voucher	18.904.738	1.935	30,1	1,7
Strutture residenziali	212.040.846	10.991	56,0	3,4
Centri diurni	195.113.893	7.388	55,9	4,7

(a) Utenti rispetto al totale dei disabili con età inferiore a 65 anni e oltre nella ripartizione.

Fonte: Istat, L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Anno 2005

**Il servizio di assistenza domiciliare ai disabili sul territorio è meno presente che per gli anziani; la copertura per l'assistenza socio-assistenziale varia tra il 47% nelle Isole e il 78% al Nord-est.** Il numero di disabili adulti assistiti a domicilio su 100 potenziali utenti si attesta su 5,6 a livello nazionale, con valori medi per ripartizione geografica che variano tra 4,3 al Sud e 8,8 al Centro.

La presenza di strutture residenziali rivolte ai disabili interessa prevalentemente il Nord e in particolare il Nord-est, dove i Comuni che hanno attivato questo tipo di offerta sono il 92%, contro una quota di appena il 4% al Sud. Gli utenti delle strutture sono 19.292, con una spesa media per utente di 10.991 euro per i Comuni. La

compartecipazione pagata da parte delle famiglie è in media di 2.094 euro e da parte del Servizio Sanitario Nazionale 3.843 euro.

Nell'ambito di quest'area di utenza un importante sostegno logistico alle famiglie è dato inoltre dai centri diurni, dove sono stati assistiti nel 2005 circa 26.400 disabili, con una spesa media per i Comuni di circa 7.400 euro per utente; inoltre vi sono le rette pagate dai Comuni nei centri diurni privati, che hanno interessato quasi 7.300 utenti con un importo medio di circa 5.170 euro l'anno pro-capite.

Gli interventi rivolti alla formazione, all'istruzione e all'inserimento lavorativo incidono per circa il 22% sulla spesa destinata alle persone con disabilità. In particolare si rileva il sostegno socio-educativo scolastico, di cui hanno usufruito circa 38.200 utenti, il sostegno socio-educativo territoriale, con circa 15.770 utenti e gli interventi per l'inserimento lavorativo, con 27.670 utenti.

Per l'area povertà ed esclusione sociale la spesa pro-capite a livello nazionale è di 11,4 euro l'anno. I valori più alti si rilevano al Centro e nelle Isole (poco più di 15 euro) e i più bassi al Sud (5,7 euro). A livello regionale le spese più alte si hanno in Trentino-Alto Adige (29,5 euro), nel Lazio (17,5) e in Toscana (17,2), le più basse in Abruzzo (3,1) e in Campania (4,0).

Nell'ambito delle politiche a sostegno dei poveri e degli adulti in condizioni di disagio, gli interventi dei Comuni si concretizzano in massima parte nei contributi economici, dove confluisce il 48,8% della spesa in quest'area. La spesa pro-capite per l'area immigrati e nomadi è pari a 53,9 euro l'anno, i valori più alti si hanno in Italia Centrale (71,2) e i più bassi al Sud (31,8).

## Considerazioni Conclusive

Si pongono, in conclusione, alcune significative riflessioni, in vista della piena realizzazione del federalismo fiscale (Legge n.42 del 5 maggio 2009), della definizione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza e della decisione finale sull'eventuale rifinanziamento del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze.

In particolare, si sottolinea la necessità di identificare dei LEA sociali, e di definirne un sistema di monitoraggio, coerente con l'articolo 22 comma 4 della Legge 328/2000, che possa definire i criteri base per leggere e monitorare la capacità di risposta ai bisogni. Tali criteri consentirebbero di facilitare l'accesso dei soggetti appartenenti a categorie bisognose a risposte assistenziali in regime domiciliare e residenziale.

“Un sistema di monitoraggio consentirebbe non solo di negoziare e condividere, con le regioni più deboli, traguardi di razionalizzazione della spesa entro costi standard e valori-soglia nazionali, ma anche capacità di offerta congrua con i bisogni del territorio verificando se tali traguardi siano raggiunti” (Fondazione Zancan, 2008).

Anche l'Istituto di studi e di analisi economica (ISAE, ente pubblico non governativo di ricerca legato al Dipartimento del Tesoro del MEF) conferma il senso di tali riflessioni, come emerge dalle conclusioni del suo ultimo rapporto sulla “Finan-



za pubblica e istituzioni” (giugno 2009). Nel rapporto si sottolinea con preoccupazione la mancanza di un disegno organico e unitario che governi il finanziamento e l'erogazione dei servizi per la non autosufficienza in Italia, in presenza di una stratificazione di politiche “ancorate ai diversi livelli di governo, senza che vi sia un disegno o una regia complessiva, né sul fronte del finanziamento, né su quello della pianificazione dei servizi, né su quello del coordinamento delle prestazioni”, in un clima di “elevata frammentazione istituzionale a causa della quale la titolarità e le fonti di finanziamento sono distribuite fra gli enti locali e le regioni, con modalità differenti in relazione ai modelli istituzionali adottati dalle singole regioni”. Emerge urgente la necessità di decidere “un livello di copertura del bisogno che i singoli territori devono offrire, o come quota di spesa procapite o come percentuale di non autosufficienti serviti”. Viene ricordato che il finanziamento per l'erogazione dei servizi sociali, a fianco delle competenze spettanti ai comuni, alle ASL e all'INPS, presenta “una quota rilevante della spesa” a carico delle famiglie “in via formale o informale”.

A corredare le analisi e considerazioni proposte nel paragrafo, si riportano le seguenti tabelle pubblicate su Il Sole 24 ore Sanità (23-29 giugno 2009), che illustrano dati nazionali relativi alla spesa pubblica per la non autosufficienza (denominata Long Term Care, LTC) nel 2007, (tabella 5), un confronto tra la spesa per la LTC in

**Tabella 5 - La spesa pubblica per la LTC (2007)**

Spesa per Ltc	Valori assoluti (in milioni di €)	In % del Pil	Valori assoluti (in milioni di €) di cui: 65+	In % del Pil
Componente sanitaria	12.512,7	0,81	7.105,9	0,46
Indennità di accompagnamento	10.813,4	0,70	8.341,7	0,54
Altre prestazioni Ltc (interventi socio -assistenziali)	2.471,6	0,16	1.853,7	0,12
<b>Totale</b>	<b>25.643,3</b>	<b>1,66</b>	<b>17.455,9</b>	<b>1,13</b>

Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità 23-29 giugno 2009

**Tabella 6 - Un confronto sulla spesa**

**Ssn/Regione (2007)**

	Totale (in mil. di €)	Totale per abitante	Totale per abitante +65 anni
Lombardia	3.375	350,0	1.762,6
Emilia R.	1.381	323,0	1.426,4
Sicilia	419	83,4	456,9
<b>Italia</b>	<b>12.513</b>	<b>209,0</b>	<b>1.047,4</b>

Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità 23-29 giugno 2009

Lombardia, Emilia Romagna e Sicilia e quella nazionale, (tabella 6) e sempre per le stesse realtà regionali, confrontate con i dati nazionali, le risorse messe a disposizione (tabella 7).

**Tabella 7 - Le risorse a disposizione**

Regione	Posti letto (2005)					Tassi di copertura
	Popolazione 65+ (2005)	Res. assist. per anziani autosuff.i	Res. socio-san. per anziani	Rsa	Totale	Pop. 65+/ Tot. PI
Lombardia	1.841.882	1.653	2.790	50.668	55.111	33,42
Emilia R.	951.401	8.469	17.773	2.149	28.391	33,51
Sicilia	901.884	3.713	4.235	910	8.858	101,81
<b>Italia</b>	<b>11.592.335</b>	<b>73.972</b>	<b>95.620</b>	<b>95.734</b>	<b>265.326</b>	<b>43,69</b>

Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità 23-29 giugno 2009

I fondi complessivi stanziati per la tutela della non autosufficienza risultano largamente inadeguati rispetto ai bisogni, soprattutto se paragonati a quanto investito nel settore in altri Paesi europei. Secondo quanto riportato dalla indagine IRES Cgil e sintetizzato nel documento “Territorio e non autosufficienza”, sono stati spesi 12 miliardi di euro in 5 anni dalla Spagna, mentre in Francia nel 2008 sono state previste risorse aggiuntive di oltre 5 miliardi di euro al fondo per i non autosufficienti.

Sempre facendo riferimento alla stessa fonte, in Italia gli anziani non autosufficienti vengono assistiti prevalentemente a domicilio, seguono gli interventi a carattere monetario, con fortissime differenze tra Nord, Centro e Sud.

Per quanto riguarda il sistema dei servizi: i servizi domiciliari rappresentano il 25% di quelli rivolti ai non autosufficienti; il 23 % sono interventi monetari; il 18% sono servizi di sostegno e azioni di sistema (segretariato sociale, trasporti sociali, sportelli informativi); il 15% servizi residenziali; il 13% quelli sociosanitari e infine il 6% quelli semi-residenziali (i centri diurni nei quali l'anziano viene ospitato solo per alcune ore il giorno).

Nel complesso sono gestiti dai Comuni la maggior parte dei servizi residenziali e di sostegno, nonché gli interventi monetari. Nel caso dei servizi residenziali e semi-residenziali si assiste all'intervento di altri enti. I servizi socio-sanitari sono gestiti principalmente dalle ASL.

Sempre stando ai dati della indagine, gli attori socio-istituzionali con cui i Comuni collaborano per la gestione di questi servizi sono prevalentemente le ASL 40,6 %; il Terzo Settore 32,3 %; la Regione il 13,5% e in misura molto minore altri soggetti.

Per quanto riguarda la spesa per i servizi e le prestazioni agli anziani non autosufficienti la situazione risulta essere la seguente: quella più alta è localizzata nei Comuni capoluogo del Nord, dove la spesa media si aggira sul 16% del bilancio;

nei Comuni del Sud la spesa media dichiarata è attorno al 15% del bilancio; la quota di spesa nei Comuni del Centro è l'11% del bilancio comunale, e nelle isole si attesta all'8%.

Infine, l'84,4% dei Comuni ha dichiarato di non prendere in carico la totalità degli oneri finanziari legati al costo dei servizi per la gestione della non autosufficienza, ma di prevedere una quota di compartecipazione degli utenti, e buona parte si sono dotati di regolamenti che prevedono la compartecipazione dei familiari.

L'assistenza agli anziani non autosufficienti, soprattutto nelle regioni centro-meridionali (anche per la scarsa presenza di servizi sociali territoriali), è a carico dei nuclei familiari e all'interno delle famiglie prevalentemente delle donne: circa il 50% grava sui familiari conviventi, il 30% sui non conviventi e un altro 20% si avvale di servizi esterni pubblici e privati.

Pertanto, attualmente la spesa dei servizi per la non autosufficienza resta prevalentemente a carico degli assistiti o delle famiglie, venendo inquadrata tra le cosiddette "spese catastrofiche", cioè che possono determinare un reale rischio di impoverimento. Riferisce in proposito il VI Rapporto Sanità 2008 CEIS, Centro per gli studi economici e finanziari della Facoltà di Economia dell'Università Tor Vergata di Roma, in particolare nel capitolo riguardante le misure dell'equità misurata nel cosiddetto "burden space", ossia quell'insieme di misure proposte dalla World Health Organization (WHO) che tengono conto del peso delle spese per consumi sanitari affrontato direttamente dalle famiglie. Nell'analisi condotta si è scelto di privilegiare le misure di impoverimento e "catastroficità".

Nel 2006 in Italia risultano impoverite 349.180 famiglie (pari a circa l'1,5% del totale); se si escludono i nuclei impoveriti per spese sanitarie, risultano pari a 299.923 (circa l'1,3% del totale). Nel 2005 erano risultati invece impoveriti 345.363 nuclei (sempre pari all'1,5% del totale) ovvero 310.822 nuclei applicando le soglie al netto della componente di spesa out of pocket (OOP). Risultano invece soggette a spese catastrofiche 861.383 famiglie (pari al 3,7% dei nuclei). Tale percentuale nel 2005 era del 4,1%: si è quindi assistito a un calo degli episodi di catastroficità. È stata confermata anche nel 2006 l'estrema fragilità di quei nuclei caratterizzati dalla presenza di uno o più anziani che, pur rappresentando circa un quarto del totale della popolazione, determinano circa la metà dell'impoverimento complessivo. Si tratta quindi di un problema di politica sanitaria, ed evidentemente non solo, di proporzioni altamente significative e caratterizzato da un andamento evolutivo in allarmante aumento.

### Riferimenti bibliografici

- Peter H. Lindert, *Growing Public: Social Spending and Economic Growth since the Eighteenth Century*. 2 Volumes. Cambridge University Press, Cambridge, 2004.
- Indagine IRES Istituto Ricerche Economiche e Sociali - INCA CGIL *Territori e non autosufficienza*, giugno 2007.
- Pizzuti FR (a cura di). *Rapporto sullo Stato Sociale 2008. Il tendenziale slittamento dei rischi sociali dalla collettività all'individuo*. UTET, Università, Torino 2008.
- Eurostat. *Social protection in the European Union*, Statistics in focus 46/2008.
- Montemurro F(a cura di). *Sulla spesa sociale un'Italia a due velocità*. Il Sole 24 Ore, 10 marzo 2008.
- Fondazione Emanuela Zancan, Osservazioni e proposte sul Documento per la consultazione pubblica *La vita buona nella società attiva*, Libro Verde sul futuro del modello sociale, Padova 2008.
- Ferragina E, *La spesa sociale in Italia: storia di uno squilibrio strutturale*, 6 giugno 2008. (www.theye.it)
- Ministero dell'economia e delle Finanze, Relazione Unificata sull'Economia e la Finanza Pubblica, anno 2008.
- ISTAT, *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni*. Anno 2005. 26 giugno 2008.
- ISAE, *Istituto di Studio e Analisi Economica, Rapporto ISAE*, Finanza Pubblica e Istituzioni, giugno 2009.
- Il Sole 24 ore Sanità n° 24, 23-29 giugno 2009.
- CEIS, Centro di Economia e Studi Internazionali, VI Rapporto Sanità – 2008. *La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla riforma del Titolo V e alla vigilia del Federalismo fiscale*, Università degli studi di Roma Tor Vergata, gennaio 2009.
- OECD Factbook. *Economic, Environmental, and Social Statistics*, 2009.

## CRITICITÀ NELLA REALIZZAZIONE DELLA INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA: UN PROBLEMA ETICO E DI POLITICA SANITARIA

Lo European Observatory on Health System and Policies series (2006), nel definire la Assistenza Primaria, ne descrive tra gli aspetti qualificanti fondamentali proprio il fatto che tale forma di assistenza **“considera il contesto personale e sociale dei pazienti”**.

Con il termine di integrazione socio-sanitaria si comprendono tutta una serie di interventi assistenziali che coinvolgono settori profondamente integrati nelle ricadute operative ma che fanno capo ad ambiti, aspetti e competenze profondamente diverse, rispetto alla programmazione, progettazione, realizzazione degli interventi, nonché alle relative articolazioni del livello territoriale di distribuzione delle risorse.

Va sottolineato che la efficace ed efficiente garanzia di erogazione di assistenza integrata socio-sanitaria rappresenta uno degli aspetti più qualificanti del SSN, perché questi interventi sono destinati a fasce di cittadini particolarmente bisognosi, in quanto spesso affetti da un disagio psico-fisico-sociale; quindi costituisce una questione anche etica di accessibilità, equità ed identità di un sistema di Welfare Social System la garanzia che proprio queste fasce di cittadini vengano assistiti rispetto ai loro bisogni con tempestività e completezza, nei tempi, nelle sedi e nei modi più appropriati. Quindi una integrazione che deve essere non solo normativa ma anche organizzativa, operativa e finanziaria proprio per questo rappresenta, non solo nel nostro Paese, un tema complesso sia sul piano concettuale che rispetto alla concreta realizzabilità.

### Aspetti etici

“Da un punto di vista formale l'erogazione di servizi (socio) sanitari ha tutte le caratteristiche per essere considerata un'organizzazione e come tale senz'altro complessa, perché la quantità di persone coinvolte è enorme, la complessità di processi e dinamiche notevole, l'obiettivo definito”. (Spagnolo, 2006).

Parlare di risvolti etici nella organizzazione socio-sanitaria impone preliminarmente, rispetto alle premesse culturali, filosofiche e concettuali, un riferimento a Potter, che introduce il concetto di “Etica della Organizzazione Sanitaria”, ritenendo che consista “nell'uso intenzionale dei valori per guidare le decisioni nell'ambito di un sistema” anche definendola “il discernimento dei valori che guidano le decisioni manageriali che influenzano l'assistenza al paziente”. Potter individua a riguardo alcuni fattori indispensabili ad una congrua applicazione della etica organizzativa:

- affermazione del rispetto dei diritti umani;
- riconoscimento e correzione degli errori medici;

- gestione del rischio sanitario;
- creazione e miglioramento e permanenza di una efficace comunicazione interna e esterna;
- assunzione del lavoro in equipe integrato e gerarchizzato;
- attenzione ai particolari;
- perseguimento dell'eccellenza, istituzionale ed individuale.

Nello specifico della organizzazione integrata socio-sanitaria, il bisogno assistenziale socio-sanitario è un bisogno complesso che va riferito come livello assistenziale alla Assistenza Primaria, proprio perché possa essere garantita una risposta assistenziale unitaria, inscindibile nelle singole componenti sanitaria e sociale, cui corrisponda una unitarietà organizzativa, gestionale, temporale, di sede di erogazione e di risorse umane e strumentali che la costituiscono.

Naturalmente tutto ciò rappresenta un obiettivo, un punto di arrivo, visto che molte sono le difficoltà connesse, in Italia, ma in genere nei sistemi sanitari di welfare social system, alla attribuzione delle diverse componenti, sociale e sanitaria, a differenti competenze istituzionali.

Come la dettagliata analisi della normativa nazionale e regionale proposta ha consentito di evidenziare, le particolari difficoltà che si riscontrano attualmente nel nostro sistema socio-sanitario sono anche connesse proprio alla articolazione e strutturazione del SSN, alla molteplicità e variegatazza di servizi ed alla numerosità di soggetti che intervengono per la erogazione di questo tipo di interventi.

La progettazione e realizzazione integrata degli interventi avvengono a vari e differenziati livelli: soggetti pubblici, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato, altri soggetti privati, terzo settore che, tra tutti, costituisce uno degli ambiti emergenti di particolare importanza e con specifica potenzialità di ruolo ( vedi a riguardo il paragrafo dedicato al terzo settore).

La mancanza di integrazione avviene proprio già a partire dalle scelte di programmazione dei servizi e dalle azioni di coordinamento degli interventi tra enti locali e aziende sanitarie. La realizzazione di un'effettiva sinergia tra le diverse politiche settoriali a livello di Stato, Regioni ed enti locali sembra affidata a progetti specifici ma gestiti singolarmente a livello locale o regionale.

Pertanto, la garanzia di eticità deve essere intimamente implicita nella organizzazione socio-sanitaria, affinché la assistenza erogata sia integrata ed unitaria nella risposta che fornisce ai bisogni.

Difficile infatti decidere se per una patologia cronica sia più essenziale intervenire sulla parte sanitaria, o agire sulla prevenzione delle condizioni e dei fattori di rischio che hanno determinato l'insorgenza della malattia e sul conseguente disagio umano che essa comporta.

Inoltre, come più volte sottolineato, l'invecchiamento della popolazione e il correlato aumento di incidenza delle malattie croniche e delle condizioni di non

autosufficienza impongono la necessità di trasformare l'assistenza sanitaria e sociale da servizi orientati alla cosiddetta medicina di attesa a progetti di medicina di iniziativa, per evitare o ritardare l'insorgenza delle malattie e/o del disagio sociale e le loro conseguenze invalidanti (vedi approfondimento nel capitolo relativo alla proposta FIMMG).

Una particolare complessità nella realizzazione della integrazione socio-sanitaria è riconducibile alla necessità di coordinare comportamenti e azioni che fanno riferimento a organizzazioni, figure assistenziali (es. azienda ospedaliera, equipe di medici di famiglia, Distretto), e addirittura sistemi assistenziali differenti. **L'area dell'integrazione richiede un cambiamento di prospettiva rilevante nell'azione organizzativa**, con un focus organizzativo che si sposta da strutture gerarchiche e funzioni organizzative a processi (a valenza sociale, clinica e riabilitativa) incentrati sulla persona assistita, che quindi hanno natura trasversale e si sviluppano mediante il coinvolgimento di una molteplicità di soggetti altamente specializzati.

Nel ribadire la estrema delicatezza della tematica, appare significativo ricordare quanto argomentato dal Prof Americo Cicchetti nel testo **“La progettazione organizzativa”** (Cicchetti, 2004), “... È opportuno che i professionisti sanitari e sociali coinvolti si concentrino sui valori di assistito, sistema, finanziamento pubblico...per orientare la motivazione al soddisfacimento di vaste aree di bisogno. ... la fonte della regolazione organizzativa...é l'interazione tra gli attori organizzativi (professionisti)”, pertanto l'approccio istituzionale e manageriale, che si riferiscono rispettivamente alle leggi ed ai criteri di efficienza ed economicità “non sono sufficienti in un settore complesso come la Assistenza Primaria”, ed in essa della assistenza socio-sanitaria in particolare.

In effetti attualmente anche nelle realtà più virtuose spesso si assiste, in assenza di una diffusa e sistematica politica dell'integrazione, più che ad un coordinamento interistituzionale, ad una sommatoria tra prestazioni sociali e prestazioni sanitarie.

È necessario ed urgente che sistemi istituzionali, organizzativi e di finanziamento sappiano individuare strumenti capaci di realizzare un effettivo coordinamento per garantire alle persone che necessitano di assistenza, l'offerta di servizi efficaci ed efficienti, evitando duplicazioni, inefficienze o vuoti e carenze del sistema.

A questo proposito si riporta, con piena approvazione, quanto affermato a riguardo dalla Professoressa Goldoni: “un...aspetto della domanda attuale dei cittadini al servizio pubblico riguarda il tema della libertà di scelta, in un ambiente tipico di asimmetrie informative tra professionista e utente,” che, a parere della autrice, “ha, nei fatti, **costretto il cittadino alla solitudine decisionale e ad un'assunzione di responsabilità solitaria nei confronti dei familiari fragili** e incapaci di decidere per i quali la presenza di polipatologie e di possibile intreccio sociale-sanitario sono più forti, come, ad esempio, bambini, grandi vecchi, persone con patologie degenerative e/o terminali. **L'eccessiva frammentazione del processo di cura nel campo sanitario e la parallela crisi d'identità e di risorse in campo sociale, hanno messo il cittadino nella condizione di non partecipare ai sin-**

**goli processi assistenziali, ma di dover interpretare e rendere compatibili le diverse indicazioni ed essere lui stesso il tramite e il collegamento tra i vari professionisti.** Dove, come, quando, tramite chi, i diversi professionisti traggono conclusioni concertate e condivise dalle loro valutazioni e coinvolgono il cittadino per costruire il percorso assistenziale, sociale e sanitario?... Per garantire qualità ed efficacia è indispensabile fornire risposte adeguate al bisogno di salute, avere capacità di lettura del bisogno, di ascoltare e comprendere, possibilità di formulare proposte.” (L. Goldoni, 2006)

## Criticità e proposte

Partendo dalla valutazione complessiva della realtà di attuazione della integrazione socio-sanitaria in Italia e dall'esame delle peculiari problematiche e criticità, è possibile proporre in sintesi alcune fondamentali auspicabili linee di evoluzione e sviluppo, in termini di interventi operativi e, soprattutto, di programmazione di politica sanitaria.

Urgente e improcrastinabile emerge la necessità di una chiara definizione e specificazione di livelli essenziali sociali e socio-sanitari. Ciò consentirebbe di garantire omogeneità ed uniformità di offerta sul territorio nazionale, e quindi di quantificare le risorse per la relativa applicazione, nonché di delineare un'appropriata ripartizione delle competenze di spesa fra settore sociale e sanitario, sulla base di una necessaria concertata assunzione di responsabilità economiche fra Stato, Regioni ed Enti Locali.

La necessità di raccogliere, misurare e analizzare il bisogno di assistenza socio-sanitaria allo scopo di programmare e pianificare soluzioni adeguate, efficaci ed efficienti trova risposta nella recente istituzione, da parte del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di un sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare e di una banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali (DM 17 dicembre 2008).

Un'altra importante riflessione sembra orientare verso una decisione politica rispetto alle fonti di finanziamento da destinare alla integrazione socio-sanitaria, ed in essa, in particolare alla tutela delle condizioni di non autosufficienza e disabilità. È particolarmente auspicabile l'intendimento di una espressione di chiarezza, in termini di politica sanitaria nazionale, rispetto alla definizione dei confini tra intervento o copertura pubblica (ad esempio considerando di ripristinare la proposta di una tassa di scopo) ed il ricorso ad una eventuale compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini su base reddituale; o, ancora, si potrebbe valutare l'opportunità di ricorso alle assicurazioni private per garantire la assistenza ai soggetti non autosufficienti, ripercorrendo la strada intrapresa da altri Paesi europei come la Germania (come descritto nel capitolo). La scelta fra queste tre soluzioni è di carattere strettamente politico; proprio in questo periodo si presentano delle significative occasioni che potrebbero consentire di affrontare il dibattito politico a tale riguardo, rappresentate dalla approvazione della legge delega sul Federalismo fiscale, dalla definizione dei



LEA, ed in essa, l'espressione di volontà rispetto all'eventuale mantenimento, e potenziamento, del Fondo nazionale per le non autosufficienze.

Una chiara definizione del livello essenziale corrispondente alla assistenza sociale e socio-sanitaria implica come diretta conseguenza, sul piano organizzativo e gestionale, la strutturazione e la sistematizzazione dei rapporti fra i vari ambiti istituzionali, organizzativi e professionali a vario titolo coinvolti, superando definitivamente l'attuale frammentazione settoriale, sia della programmazione che della realizzazione delle politiche e dei conseguenti interventi.

Certamente, non ci si può negare come base di partenza che questo processo non viene facilitato dal fatto che, mentre la sanità ha una storia di pianificazione e programmazione nazionale e poi regionale, i servizi sociali invece si sono da sempre configurati a livello locale, e ciò ha comportato il costituirsi di difficoltà di rapporti sia a livello istituzionale fra Stato, Regioni ed Enti Locali, sia a livello organizzativo fra ASL e Comuni.

Sarà a tal proposito di strategica importanza orientare una riflessione attenta ed approfondita, di carattere multidisciplinare, sulla necessità di offrire a tutti i professionisti e agli operatori a vario titolo coinvolti nella realizzazione di obiettivi di integrazione socio-sanitaria, una formazione integrata.

Entrambi i passaggi sopra descritti, la strutturazione di rapporti fra operatori e professionisti del settore, nonché la formazione integrata ad essi dedicata, potranno consentire finalmente la formulazione condivisa di linee guida operative specifiche per le prestazioni socio-sanitarie.

Rispetto agli strumenti di programmazione, in ambito regionale andrà promossa l'elaborazione di piani socio-sanitari integrati, mentre è a livello locale, quindi dell'Assistenza Primaria, che sarà necessario dedicare ogni attenzione per evitare che la ricchezza di strumenti normativi, a causa di una interpretazione ed attuazione distorsiva della propria funzione di facilitazione della integrazione, possano rappresentare momenti di inutile e dannosa frammentazione, sovrapposizione e duplicazione programmatica.

Recentemente un forte momento di programmazione di politica sanitaria ha fornito l'occasione di uno stimolo alla realizzazione di obiettivi di Assistenza Primaria riguardanti la integrazione socio-sanitaria.

Infatti, l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009 ha identificato dieci obiettivi prioritari per cui vengono stanziati 1.000.410.000 euro, di cui 352 milioni per le cure primarie.

In particolare si prevedono, tra le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, al punto 2 "La non autosufficienza" e al punto 10, con riferimento ad uno stanziamento di 60,5 milioni di euro già previsto nella finanziaria 2008, la "Sperimentazione del modello assistenziale case della salute".

Rispetto all'obiettivo 2, non autosufficienza, l'accordo individua le priorità, per le quali le Regioni potranno avviare specifiche progettualità, indicate dalla tabella 1.

---

**Tabella 1 - Priorità di progettualità per le regioni rispetto all'obiettivo 2**

---

- incrementare la costituzione, in ambito territoriale dei punti unici di accesso (PUA) per la presa in carico delle persone non autosufficienti attraverso la segnalazione del medico curante, del MG, dei familiari, dei servizi sociali, dell'utente stesso;
  - potenziare l'adozione di percorsi assistenziali specifici che vedono la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso una valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale (Piano Individuale di Assistenza – PAI), finalizzato a tutelare la dignità della persona in ambito domiciliare (ADI) e in ambito residenziali e semiresidenziali (RSA);
  - formulare linee guida e protocolli volti ad omogeneizzare, a livello territoriale e nelle strutture Residenziali e Semiresidenziali, i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale;
  - istituire un Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare, al fine di consentire nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), la raccolta delle informazioni riguardo l'assistenza domiciliare e la relativa gestione da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, secondo quanto disciplinato dal D.M. 17/12/2008: *“Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare”*;
  - istituire un Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio delle prestazioni residenziali e semiresidenziali al fine di consentire, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), la raccolta delle informazioni relative alle prestazioni residenziali e semiresidenziali intese come complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio, secondo quanto disciplinato dal D.M. 17/12/2008 *“Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semi-residenziali”*.
- 

L'attuale momento di politica sanitaria nazionale e regionale prevede una serie di provvedimenti e grandi innovazioni, tra loro coerenti, che ci si augura possano rappresentare occasioni istituzionali che consentano di attuare interventi orientati alla realizzazione di obiettivi di integrazione socio-sanitaria, nel pieno riconoscimento di tale forma di assistenza come una tra le più significative ed identitarie per la realizzazione della Assistenza Primaria in Italia.

### **Riferimenti normativi**

D.M. 17/12/2008. *Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare.*

D.M. 17/12/2008. *Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semi-residenziali*

Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009. 25 marzo 2009.

### **Riferimenti bibliografici**

Potter RL. *From clinical ethics to organizational ethics: the second stage of evolution in bioethics*, in *Bioethics Forum*, 12 (2), 1996, 3-12.

Cicchetti A, *La progettazione organizzativa*, Franco Angeli, Milano, 2004.

Saltman RB, Rico A, Boermia W. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health System and Policies series, 2006.

Spagnolo AG, *L'esercizio professionale nella sanità aziendalizzata e l'etica dell'organizzazione sanitaria*, Tendenze nuove, Numero speciale, 2006.

Goldoni L. *Integrazione socio-sanitaria: come quando e perché*. in *Sanità Pubblica e Privata* n. 2/2006.

## Riferimenti normativi

- DPR 24 luglio 1977 n. 616 *Attuazione della delega di cui all'articolo 1 della Legge 22 luglio 1975 n. 382.*
- Legge 23 dicembre 1978 n. 833 *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.*
- Legge 27 dicembre 1983 n. 730 - Legge Finanziaria 1984.
- DPCM 8 agosto del 1985 *Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.*
- Legge 5 Giugno 1990, n.135. *Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS.*
- Legge 8 giugno 1990 n. 142. *Ordinamento delle autonomie locali.*
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104. *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.*
- D.lgs 30 dicembre 1992 n. 502. *Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421 e successive modifiche ed integrazioni.*
- DPR 1 marzo 1994. *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996.*
- Ministero della Sanità 31 marzo 1994, Linee guida 1/1994. *Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.).*
- D.lgs 31 marzo 1998 n. 112. *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed Enti locali, in attuazione del capo I della Legge 15 marzo 1997, n. 59.*
- DPR 23 luglio 1998. *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.*
- Legge 30 novembre 1998 n. 419. *Delega al Governo per la razionalizzazione del SSN e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del SSN, modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*
- D.lgs 19 giugno 1999 n. 229 *Norme per la razionalizzazione del SSN a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419.*
- DPR n. 270 del 28 luglio 2000. *Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.*
- D.lgs 18 agosto 2000 n. 267. *Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali.*
- Legge 8 novembre 2000 n. 328. *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*
- DPCM 14 febbraio 2001. *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie.*
- DPR 3 maggio 2001. *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003.*
- Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione.*
- DPCM 29 novembre 2001. *Definizione dei livelli essenziali di assistenza.*
- DPR 23 maggio 2003. *Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005.*
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Intesa sottoscritta il 23 marzo 2005 sugli accordi collettivi nazionali per la medicina generale e per la specialistica convenzionata.

- DPR 7 aprile 2006. *Approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008*.
- Legge 27 dicembre 2006, n. 296. *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2007)*.
- Legge 24 dicembre 2007, n. 244. *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2008)*.
- Decreto Legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2008 n. 133.
- Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 6 Agosto 2008, Riparto del *Fondo per le Non Autosufficienze* per gli anni 2008 e 2009.
- Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009. 25 marzo 2009.
- Legge 5 maggio 2009, n. 42. *Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione*.
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del D.lgs 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni. 27 maggio 2009.

### Riferimenti bibliografici

- Lawrence P, Lorsch J. *Organization and environment*. Harvard Business School Press. Harvard. 1967.
- Weick K E. *The Social Psychology of Organizing*. Reading, MA: Addison-Wesley. interorganizational collaboration, *Journal of Applied Behavior Science*, 39: 5-31. 1969.
- Alter C, Hage J. *Organization Working Together*. Sage Publications, Londra. 1993.
- Mintzberg H. *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs, Prentice Hill. 1993.
- Potter RL. *From clinical ethics to organizational ethics: the second stage of evolution in bioethics*. in *Bioethics Forum*, 12 (2), 1996, 3-12.
- Todd J, Nash R. *Disease Management: a systematic approach to patient care*. American Hospital Publishing, Chicago. 1997.
- Fazzi L. *Il welfare mix in Italia. Primi passi*, Franco Angeli, Milano. *by Improving Qualità?*, *Health Affairs*, 23(6): 63-75. 1998
- Giugiatti A. *Il ruolo del terzo settore nell'offerta dei servizi socio-sanitari e assistenziali*. Il caso lombardo, *Mecosan*, 7(28): 35-48. 1998.

- Lindqvist R, Grape O. *Vocational rehabilitation of the socially disadvantaged long-term sick: inter-organizational co-operation between welfare state agencies*, Scandinavian Journal of Public Health, 1: 5-10. 1999.
- Mastrobuono I, Guzzanti E, Cicchetti A, Mazzeo MC. *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie: il ruolo delle forme integrative di assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1999.
- Blake D.C. *Organizational ethics – Creating structural and cultural change in healthcare organizations*, in The journal of clinical ethics, 10, 3, 1999, 187-193.
- [http://www.anpe.it/attivita/legislazione/sintesi\\_legge\\_2000\\_328.it.php](http://www.anpe.it/attivita/legislazione/sintesi_legge_2000_328.it.php).
- Cicchetti A, Lomi A. *Strutturazione organizzativa e performance nel settore ospedaliero*, Sviluppo&Organizzazione, 180: 33-49. 2000.
- Scott WR, Ruef M, Mendel PJ, et al. *Institutional Change and Healthcare Organizations*, Chicago: University of Chicago Press. 2000.
- Secker J, Hill K. *Broadening the partnerships: experiences of working across community agencies*, Journal of Interprofessional Care, 15: 341-350. 2001.
- Cedolina S. *I servizi socio-sanitari. L'integrazione da parte della domanda*, Mecosan, 11(42): 55-68. 2002.
- Department of Health. *NSF for older people*. Intermediate Care: Moving Forward. 2002
- Donolo C. *Politiche integrate come contesto dell'apprendimento istituzionale*, in Battistelli F. (a cura di), *La cultura delle amministrazioni fra retorica e innovazione*, Franco Angeli, Milano. 2002.
- Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, et al. *Integrated Care in Europe: Description and Comparison of Integrated Care in Six EU Countries*. Elsevier. 2003.
- Vangen S, Huxham C. *Nurturing collaborative relations: building trust in*, 2003.
- Bissolo G, Fazzi L. *Costruire l'integrazione socio-sanitaria*, Carocci, Roma. 2004.
- Borgonovi E. *Dai livelli essenziali ai livelli effettivi di assistenza*, Mecosan, 13(52):1-10. 2004.
- Cicchetti A. *La progettazione organizzativa*, Franco Angeli, Milano. 2004
- Fiermann B, Bartlett J, Selby J. *Can Disease management Reduce Health Care Cost*. 2004.
- Pavolini E. *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, Carocci, Roma. 2004.
- Peter H. Lindert, *Growing Public: Social Spending and Economic Growth since the Eighteenth Century*. 2 Volumes. Cambridge University Press, Cambridge, 2004.
- Da Roit B. *Convergenze e divergenze nelle politiche socio-sanitarie per gli anziani*, in Facchini (a cura di), *Anziani e sistemi di welfare*. Lombardia, Italia, Europa, Franco Angeli, Milano. 2005.
- Teselli. *Una nuova stagione della programmazione sociale? Una diagnosi in 1000 zone*, in *Mirabile Italiale sociali*. Il welfare locale fra Europa, riforme e federalismo, Donzelli, Roma. 2005
- Avanzini K, De Ambrogio U, Ghetti V. *Il Piano di zona*, in Gori (a cura di), *Politiche sociali di centrodestra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma. 2005.
- Raciti M (a cura di). *La spesa sociale socio-sanitaria nei Piani di zona*, in *Regione Emilia-Romagna, I Piani sociali di zona in Emilia-Romagna, la sperimentazione nel triennio 2002/2004*, in Quaderni Regione Emilia-Romagna. 2005.

- Ministero della Salute. *Piano nazionale di prevenzione 2005-2007: linee operative per la pianificazione regionale*.
- Vitale T. *Partecipazione e rappresentanza nelle mobilitazioni locali*, Franco Angeli 2006.
- Vitale T. *Coinvolgimenti. Dilemmi nella regolazione delle politiche sociali*, Carocci 2006.
- Goldoni L., *Integrazione socio-sanitaria, come dove e perché*. in Sanità Pubblica e Privata n. 2/2006.
- Bifulco L, de Leonardis O. *Integrazione tra le politiche come opportunità politica*, in Donolo (a cura di), *Il futuro delle politiche pubbliche*, Franco Angeli, Milano. 2006.
- Saltman RB, Rico A, Boermia W. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health System and Policies series, 2006.
- Spagnolo AG. *L'esercizio professionale nella sanità aziendalizzata e l'etica dell'organizzazione sanitaria*, Tendenze nuove, Numero speciale, 2006.
- Consiglio Nazionale FIMMG. *La Ri-fondazione della Medicina Generale*. Documento approvato all'unanimità, Roma, 9 Giugno 2007.
- Cicchetti A, Mascia D. *Organizzare le reti in sanità: teoria, metodi e strumenti di social network analysis*, Mecosan, 61: 9-32. 2007.
- Napolitano GM. *Tendenze delle politiche regionali nel settore socio-assistenziale*, in *Quarto rapporto annuale sullo stato del regionalismo in Italia*. ISSIRFA-CNR, Milano 2007.
- Indagine IRES Istituto Ricerche Economiche e Sociali - INCA CGIL *Territori e non autosufficienza*. Giugno 2007.
- Montemurro F. (a cura di). *Sulla spesa sociale in Italia a due velocità*. Il Sole 24 Ore, 10 marzo 2008.
- Fondazione Emanuela Zancan, *Osservazioni e proposte sul Documento per la consultazione pubblica La vita buona nella società attiva*, Libro Verde sul futuro del modello sociale, Padova 2008.
- Ferragina E. *La Spesa sociale in Italia: storia di uno squilibrio strutturale*, 6 giugno 2008. (www.theye.it)
- Pizzuti FR (a cura di). *Rapporto sullo Stato Sociale 2008. Il tendenziale slittamento dei rischi sociali dalla collettività all'individuo*. UTET, Università, Torino 2008.
- Mascia D, Cicchetti A. *Modelli organizzativi per la cura delle malattie croniche: il caso dei piani di disease management per la cura del diabete di tipo 2*, Politiche sanitarie, 9(1): 32-42. 2008.
- Eurostat. *Social protection in the European Union*, Statistics in focus 46/2008.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Libro Verde sul futuro del modello Sociale. La vita buona nella società attiva*. Documento per la consultazione pubblica, Roma, 25 luglio 2008.
- AA.VV. *Punto Unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale*. I quaderni di Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. 2° supplemento al numero 21/2008 di Monitor. Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.
- ISTAT, *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni*. Anno 2005. 26 giugno 2008.
- Vangieri D. *Quadro sull'istituzione del Fondo sulla Non Autosufficienza nelle Regioni*, 2008.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Relazione Unificata sull'Economia e la Finanza Pubblica*, anno 2008.
- OECD Factbook: Economic, Environmental, and Social Statistics, 2009.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Libro Bianco sul futuro del modello Sociale. La vita buona nella società attiva*. Roma, 6 maggio 2009.

Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, *Secondo Rapporto sull'Assistenza domiciliare integrata*. Roma, giugno 2009.

Il Sole 24 ore Sanità n. 11 del 24 marzo 2009 pag. 10.

Dell'Aringa C. *Così si organizza il "quasi mercato" della sussidiarietà*. Il Sole 24 Ore n. 124 del 7 maggio 2009.

ISAE, Istituto di Studio e Analisi Economica, Rapporto ISAE – *Finanza Pubblica e Istituzioni*, giugno 2009.

Il Sole 24 ore Sanità n° 24, 23-29 giugno 2009.

CEIS, Centro di Economia e Studi Internazionali, VI Rapporto Sanità – 2008, *La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla riforma del Titolo V e alla vigilia del Federalismo fiscale*. Università degli studi di Roma Tor Vergata, gennaio 2009.



## 7.2 Forme associative complesse di Assistenza Primaria orientate alla realizzazione nella integrazione socio-sanitaria

**Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose,  
Anna Ceccarelli**

Il capitolo descrive le principali forme associative complesse di Assistenza Primaria presenti in Italia; si tratta di modelli organizzativi particolarmente idonei a rispondere a bisogni assistenziali complessi e, quindi prevedono tra i propri obiettivi la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria.

In questo caso la diversità di modelli nelle varie realtà regionali non va interpretata come un limite, ma piuttosto come la identificazione da parte degli organi istituzionali regionali, del modello erogativo di Assistenza Primaria considerato più efficace ed efficiente nel rispetto della necessaria contestualizzazione.

L'esigenza di ideare e realizzare forme di aggregazione tra le differenti professionalità presenti nell'assistenza territoriale nasce e si consolida attraverso una serie di passaggi di natura culturale nell'ambito della ricerca sui servizi sanitari a livello nazionale ed internazionale, ma anche dalla consapevolezza, maturata tra le categorie dei professionisti, che dalla collaborazione ed integrazione professionale possano derivare risultati assistenziali più soddisfacenti, sia per gli operatori tutti, che per le persone assistite.

In particolare, va sottolineato che questa evoluzione culturale rappresenta la base di partenza necessaria affinché i medici operanti nel territorio si sentano coinvolti, con il supporto derivante dalla stretta integrazione operativa con le altre professionalità, in obiettivi di Assistenza Primaria, che prevedono la presa in carico dei problemi socio-sanitari dei propri assistiti, con l'attenzione rivolta ad una visione olistica della persona e dei suoi bisogni, al di là del mero approccio esclusivamente orientato a diagnosi e cura delle malattie.

In effetti, nel 2003 l'OCSE aveva sottolineato che: *“Malgrado la diversità di architetture dei sistemi sanitari, sia in letteratura che nella pratica, il posizionamento della Assistenza Primaria è in discussione nella maggior parte dei Paesi sviluppati a causa della necessità di sostenere i cambiamenti nella domanda sanitaria, nella scienza, nelle tecnologie e nelle modalità di consumo. In gioco risulta non tanto la rilevanza “in sé” della Assistenza Primaria, visto che è stato dimostrato*

*il suo contributo a migliori outcome di salute e minori costi, bensì l'individuazione di modelli organizzativi in grado di combinare efficienza ed efficacia, qualità ed appropriatezza, equità sociale e soddisfazione dei pazienti”.*

Nel 2007 la FIMMG, avvertendo un clima contestuale caratterizzato da un profondo mutamento dei bisogni assistenziali della popolazione, a dimostrazione di una significativa crescita sul piano culturale e della sensibilità professionale, ha ritenuto necessario avviare una riflessione orientata verso un profondo cambiamento dell'assetto della medicina generale, che ha trovato un significativo momento di consenso nell'elaborazione del documento “Ri-fondazione della medicina generale”.

Nel documento viene proposta una analisi relativa ai limiti attuali della medicina generale, da cui la improcrastinabile necessità di “ri-fondarla” attraverso una revisione di ruolo e compiti dei MMG; nel testo viene sottolineato proprio che la realizzazione efficace ed efficiente dei livelli di assistenza non potrà essere più assicurata dal professionista in un assetto da solista.

Da segnalare che, sempre in quel periodo, anche alcuni provvedimenti normativi sono stati orientati ad incentivare la attività aggregata dei medici convenzionati: infatti la Legge Finanziaria per il 2008 articolo 1 comma 70, come verrà approfondito nel capitolo relativo agli aspetti fiscali dei professionisti convenzionati, per rilanciare l'attività dei professionisti in associazione ha previsto agevolazioni di carattere fiscale che riguardano soprattutto le spese sostenute per la sede di attività e le attrezzature.

Attualmente viene sottolineato nel Libro Bianco “La vita buona nella società attiva”, presentato dal Ministro Sacconi nel maggio 2009, che “la sperimentazione di forme associative e assistenziali innovative (medicina di gruppo, in rete, UTAP, casa della salute) consente di verificare la concreta possibilità di presa in carico del cittadino in riferimento a tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano, di incentivare la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, di sviluppare forme di assistenza domiciliare, di fornire un fondamentale supporto alla gestione della cronicità”.

Più in generale nel documento si evidenzia come il “governo dei percorsi di salute” prospetti la necessità “di una rifondazione della medicina di base e delle cure primarie, delle reti di offerta” e di come “il superamento della figura del medico solista” diventi il passaggio fondamentale “per approdare a nuove forme di associazione e collaborazione, che consentano di dar vita a un sicuro e stabile riferimento per il paziente”.

## **L'EQUIPE**

Gli Accordi Collettivi Nazionali (AA.CC.NN.) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta del 2000 hanno introdotto, accanto alle forme semplici di associazionismo in gruppo (previste già a partire dalla

convenzione del 1978) ed in rete (articolo 54 ACN 2005), un ulteriore modello organizzativo dell'Assistenza Primaria: l'équipe, definita dall'articolo 26 dell'ACN 2005 **“struttura territoriale ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone”**.

**L'équipe è una aggregazione funzionale di medici di medicina generale, di pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e operatori di centri di salute** (medici, infermieri, assistenti sociali), ai quali si possono aggiungere medici specialisti dei dipartimenti territoriali e ospedalieri, unità valutative di supporto (quali ad esempio le Unità Valutative Geriatriche e le Unità di Valutazione Multidimensionale), professionisti degli staff e dei centri interaziendali di supporto, **finalizzata ad assicurare l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento**.

L'équipe va intesa come un organismo operativo distrettuale e trova le sue basi normative nel DPR n. 270 del 28 luglio 2000 “Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale”. Secondo quanto previsto dall'articolo 26 dell'ACN per la medicina generale del 23.5.2005, l'équipe rappresenta:

- lo strumento attuativo della programmazione sanitaria;
- il momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel Distretto per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale.

Gli ambiti di attività individuati sempre dall'ACN 2005 sono:

- prevenzione e cura delle dipendenze;
- tutela della salute della donna e della famiglia;
- tutela disabili e anziani;
- patologie in fase terminale, patologie da HIV;
- tutela salute mentale;
- inabilità o disabilità conseguente a patologie cronic-degenerative.

La finalità principale di tale articolazione organizzativa è rappresentata dalla volontà di garantire l'estensione temporale della continuità assistenziale sui sette giorni, consentendo la gestione diretta del medico di medicina generale sul complesso delle attività socio-assistenziali.

L'attività interdisciplinare e integrata dell'équipe territoriale si realizza mediante la valutazione multidimensionale e la selezione di risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno. L'intervento coordinato e integrato della équipe territoriale assume dunque particolare rilievo nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria.

## LE UNITÀ TERRITORIALI DI ASSISTENZA PRIMARIA (UTAP)

Per una analisi approfondita delle UTAP si rimanda al paragrafo specifico compreso nel presente capitolo. Qui si ricorda sinteticamente che le UTAP sono forme aggregative sperimentali per l'erogazione di prestazioni complesse previste per la prima volta dall'Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004. Lo stesso Accordo ha predisposto lo "Schema di riferimento per la costituzione di Unità Territoriali di Assistenza Primaria" e definito le UTAP quali *"presidi integrati per le cure primarie, formati dall'associazione di più medici convenzionati (medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, specialisti convenzionati) che operino in una sede unica garantendo un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e la specialistica e consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica"*; viene inoltre sottolineato come il processo di integrazione tra i vari attori possa avvenire gradualmente fino a *"modelli socio-sanitari, che contemplino la presenza anche di operatori sociali e che strutturano l'intervento complesso delle ASL con gli enti locali per la risposta integrata al bisogno sociale a elevata rilevanza sanitaria"*.

Le UTAP sono dunque riconducibili alle forme evolute di associazionismo dei medici convenzionati e vengono introdotte nell'ACN del 2005 quali strutture territoriali ad alta integrazione multiprofessionale e multidisciplinare operanti a livello distrettuale, le cui funzioni sono svolte in coordinamento con il Distretto sulla base di obiettivi stabiliti dal Programma di Attività Territoriali (PAT, vedi box nel capitolo Assistenza domiciliare) e che mirano ad un potenziamento della gestione integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Esperienze significative si registrano nelle regioni Toscana, Abruzzo, Campania, Liguria ed Emilia Romagna, ma il ruolo precursore è stato svolto dalla Regione Veneto con l'esperienza di Zugliano del 2005.

I vari modelli di UTAP realizzati e implementati nelle diverse Regioni e Province Autonome risultano essere a volte profondamente differenti tra loro: si passa da modelli come Veneto e Liguria dove le UTAP assumono valenza di soggetto autonomo, al quale sono attribuite funzioni di gestione, produzione ed erogazione di attività e prestazioni proprie del Distretto, a modelli che svolgono una funzione di integrazione e completamento della rete di offerta sanitaria sul territorio, come in Emilia Romagna e Toscana (Camboa e Rollo, 2006).

## MODELLI REGIONALI DI ASSOCIAZIONISMO COMPLESSO

La tendenza, e la necessità, di privilegiare forme complesse di associazionismo medico, incentivate prima con l'ACN del 2000 e poi formalizzate con l'ACN del 2005, trova conferma e attuazione negli Accordi Integrativi Regionali (AIR) e principalmente in quelli delle regioni del Centro-Nord (in particolare della Valle d'Aosta, del Veneto, dell'Emilia Romagna, della Toscana, del Piemonte, della Liguria, del Friuli Venezia Giulia, dell'Abruzzo e del Lazio).

Certamente il processo di regionalizzazione ha favorito lo sviluppo di modelli differenziati di assistenza. Nelle esperienze regionali si delinea infatti un quadro caratterizzato dalla variegatezza dei modelli specie sul piano organizzativo, così come profondamente eterogenea risulta l'organizzazione e la programmazione della Assistenza Primaria a livello distrettuale.

## **Le Unità di cure primarie (UCP)**

Le Unità di cure primarie, presenti in Toscana e nel Lazio, costituiscono un modello organizzativo finalizzato ad assicurare l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari da parte della medicina generale, della pediatria di libera scelta, della continuità assistenziale, della specialistica ambulatoriale interna e di altre professionalità.

Le UCP rappresentano in Toscana un modello organizzativo di erogazione dell'assistenza sanitaria territoriale e si inseriscono in un quadro più ampio di studio e verifica di strumenti innovativi che la Regione sta promuovendo per offrire una risposta organizzata e modulata in relazione ai problemi sanitari e socio-sanitari complessi.

Si caratterizzano per la forte integrazione intersectoriale sia nei confronti delle politiche sociali che degli interventi di competenza non sanitaria (gli interventi di sorveglianza attiva a favore degli anziani, l'alimentazione e salute, la sicurezza alimentare) e sono volte a riorganizzare, secondo precisi obiettivi, l'offerta dei servizi.

Questo modello ha trovato una prima definizione nell'accordo regionale per la medicina convenzionata del 2003, ed è stato inserito dal Piano Sanitario Regionale 2005-2007, approvato con Delibera del Consiglio Regionale n. 22 del 16.2.2005, tra le 12 "priorità" da conseguire nel triennio.

La sperimentazione delle UCP nasce con i seguenti obiettivi specifici:

- estensione dell'orario dell'assistenza di primo livello, fino a coprire 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
- organizzazione di risposte sanitarie e socio-sanitarie complesse, utilizzando una strumentazione adeguata e la collaborazione di diverse figure professionali;
- utilizzazione, da parte di tutti i medici coinvolti nella sperimentazione, di linee-guida condivise;
- formulazione, se necessario, di nuovi percorsi diagnostici e terapeutici;
- attivazione di ambulatori destinati a patologie specifiche;
- risposta medico-infermieristica e specialistica estesa nell'arco delle 24 ore anche per l'assistenza domiciliare integrata, nelle RSA, negli Hospice o per interventi personalizzati a favore dei pazienti portatori di patologie croniche.

Dal 2004 anche la Regione Lazio con Deliberazione della Giunta regionale n. 693 del 30 luglio 2004, Approvazione Progetto "Sperimentazione della creazione

sul territorio della rete delle cure primarie attraverso la costituzione dei UCP”, ha avviato la sperimentazione di questa modalità organizzativa.

## **I Dipartimenti Cure Primarie (DCP)**

In Emilia Romagna e Campania è stata prevista l’istituzione a livello infradistrettuale di uno specifico Dipartimento delle Cure Primarie (DCP) per la realizzazione dell’integrazione fra medicina generale e servizi sociali.

Il Dipartimento delle Cure Primarie, previsto in Emilia Romagna già con il Piano Sanitario Regionale 1999/2001, organizza e gestisce il processo di produzione dei servizi territoriali presenti a livello di Distretto e assicura l’erogazione dei servizi sanitari integrandosi con il servizio sociale.

Al Dipartimento delle Cure Primarie competono le responsabilità cliniche e di produzione dei servizi sanitari separate dalle funzioni di programmazione strategica, valutazione, tempestività e continuità delle cure, che competono al Distretto.

Il Dipartimento delle Cure Primarie assicura:

- l’assistenza dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta;
- l’assistenza specialistica ambulatoriale (visite ed esami);
- l’assistenza domiciliare;
- l’assistenza consultoriale;
- l’assistenza agli stranieri presenti nel territorio regionale;
- l’assistenza all’estero;
- l’assistenza agli ammalati di AIDS;
- l’assistenza socio-sanitaria in strutture residenziali e a domicilio;
- l’assistenza farmaceutica.

Si tratta di una struttura organizzativa complessa, composta da:

- i Nuclei di Cure Primarie;
- le unità di medicina generale e di assistenza specialistica ambulatoriale territoriale;
- il consultorio familiare di secondo livello;
- l’unità pediatrica distrettuale;
- una struttura amministrativa costituita dallo sportello unico distrettuale per facilitare l’accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

I Nuclei di Cure Primarie rappresentano la rete clinica del Dipartimento di Cure Primarie, e sono moduli organizzativi composti dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, che erogano prestazioni in un’area territoriale omogenea, con una popolazione di 10-30 mila abitanti. I Nuclei assicurano l’erogazione di prestazioni di Assistenza Primaria (settore della MG corrispondente alla medicina di famiglia), la continuità assistenziale e la realizzazione dei programmi sanitari locali.

Afferiscono al Nucleo anche altri operatori professionali: infermiera professionale, assistente sociale, educatore professionale, addetto all'assistenza di base, ostetrica, terapeuta della riabilitazione.

L'obiettivo dei Nuclei delle cure primarie è di integrare i professionisti convenzionati nell'organizzazione aziendale per garantire percorsi diagnostico terapeutici concordati e continuità delle cure, per il potenziamento dell'accesso con orari di ambulatorio più ampi, per il miglioramento dell'assistenza domiciliare dedicata ad ammalati non autosufficienti, o a rischio di non autosufficienza, curabili a domicilio.

In Campania i Dipartimenti di Cure Primarie, o Dipartimenti territoriali, previsti dal PSR 2002-2004, sono tenuti ad elaborare linee programmatiche e piani di attività per la attuazione del mandato definito a livello nazionale, regionale e aziendale. Il Dipartimento delle cure primarie o territoriale configura e sostanzia la modalità integrata attraverso la quale il Distretto eroga le proprie prestazioni.

## **I Gruppi di Cure Primarie (GCP)**

La Lombardia e il Piemonte hanno individuato nei Gruppi di Cure Primarie la soluzione organizzativa capace di rispondere e affrontare bisogni di natura complessa.

A partire dal febbraio 2005 la Regione Lombardia ha avviato la sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie di Medicina Generale intesi “come unità elementari di offerta integrata di competenze mediche, infermieristiche e specialistiche di primo livello”.

Il Piano socio-sanitario 2007-2009 della Regione prevede di portare a compimento e verificare, nonché estendere, le sperimentazioni dei Gruppi di Cure Primarie, “favorendo l'aumento dell'offerta di prestazioni appropriate da parte delle forme associative integrate ed evolute, garantendo ai cittadini la possibilità di un riferimento territoriale per la presa in carico dei problemi di salute, qualificando al contempo sempre più il sistema ospedaliero verso interventi caratterizzati da complessità tecniche e competenze professionali specifiche”.

I medici che costituiscono il GCP sono medici di medicina generale che hanno il proprio ambito di scelta nel territorio dove ha sede il gruppo, gli infermieri e il personale amministrativo, possono essere dipendenti della ASL e assegnati funzionalmente al GCP o acquisiti direttamente (ad esempio tramite cooperativa).

Nei GCP, i rapporti organizzativi sono fondati sull'autonomia e sulla responsabilità dei singoli professionisti, sulla condivisione delle modalità di presa in carico e dei percorsi diagnostico terapeutici degli assistiti.

In ogni caso i GCP definiscono autonomamente la propria organizzazione interna al fine di garantire la gestione delle attività, coniugando l'autonomia e la responsabilità dei singoli professionisti con l'esigenza di assicurare la programmazione, il coordinamento e la valutazione delle attività.

La gestione del Gruppo richiede una figura di coordinamento che mantenga i contatti con la Direzione delle ASL e con gli altri livelli istituzionali, e necessita di momenti strutturati di partecipazione.

I GCP prevedono una sede di riferimento in cui viene garantita un'attività di front office, di assistenza infermieristica e di coordinamento/ gestione dell'attività; gli ambulatori dei medici possono essere o meno all'interno della sede del GCP.

Attività possibili del GCP sono:

- a) Cure Domiciliari;
- b) Distribuzione diretta farmaci;
- c) Ambulatorio infermieristico;
- d) Attività di governo di alcune patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco TAO ecc.);
- e) Altre Attività (Prenotazione SISS, sportello unico dell'anziano, ecc).

In Piemonte i Gruppi di Cure Primarie diventano operativi con il Piano socio-sanitario regionale (PSSR) 2007-2010, dopo una fase di sperimentazione.

Rappresentano l'articolazione organizzata del servizio sanitario regionale nel territorio, e costituiscono i riferimenti organizzativi che in una sede unitaria erogano direttamente la Assistenza Primaria, prevedendo la collaborazione di più figure professionali (i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, figure necessarie su base volontaria, ma anche i medici di continuità assistenziale, gli infermieri, gli operatori socio-sanitari, i medici specialisti, gli assistenti sociali, gli operatori della prevenzione), con il compito principale di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione.

I GCP, secondo il PSSR, si collocano nell'ambito del Distretto e rappresentano il punto di accesso della rete integrata di assistenza socio-sanitaria, rapportandosi con il Distretto, l'ospedale e gli altri punti della rete, diventando punto di riferimento dell'assistenza territoriale:

- per il singolo cittadino, intercettando e interpretando la domanda;
- per il sistema dei servizi sanitari e sociali, governandone i percorsi.

Nella tabella 1 vengono rappresentate le principali soluzioni di riorganizzazione della Assistenza Primaria individuate e realizzate in alcune Regioni. Tale schema, illustra alcune tra le esperienze più significative.

Si evidenzia l'esistenza di una molteplicità di denominazioni assegnate alle varie forme organizzative, che in ogni Regione hanno una propria identità, coinvolgono professioni diverse e si riferiscono a bacini di utenza differenti.

Emerge tuttavia come elemento comune alle varie realtà regionali la necessità di individuare e realizzare forme organizzate e innovative relative all'erogazione della Assistenza Primaria che possano coinvolgere e integrare il più possibile le varie professionalità del territorio.



**Tabella I - Esperienze regionali di associazionismo complesso**

Regioni Modelli e anno di attivazione	Emilia R. NCP (2000)	Lazio UCP (2004) UTAP (2006)	Lombardia GCP (2005)	Marche Equipe (2004)	Piemonte Equipe (2006)	Umbria Equipe (2004)	Toscana UCP (2003)	Veneto UTAP (2006)	Friuli V.G. UTAP	Abruzzo NCP
Professioni coinvolte	MMG, PLS, Infermieri Profess., Prof. Disretto, Assistenti Sociali, Terapisti	MMG, Infermieri Profess., Specialisti ospedalieri, Terapisti	MMG, PLS, Infermieri Profess., Prof. Assistenti Sociali, Terapisti	MMG, PLS, MCA, Infermieri Profess., Assistenti Sociali, Specialisti Territorio e Ospedalieri	MMG, PLS	MMG, PLS, MCA, Infermieri Profess., Assistenti Sociali, Specialisti Territorio e Ospedalieri	MMG, Infermieri Profess., MCA, + legame con il 18	MMG, PLS, MCA, Infermieri Profess., Assistenti Sociali, Specialisti Territorio e Ospedalieri	MMG, PLS, Guardia Medica, Specialisti ambulatoriali, Altre professionalità presenti sul territorio	MMG, MCA, Specialisti ambulatoriali, Infermieri profess., altre professionalità presenti su territorio
Bacino utenza (ab.)	10.000-30.000	n.a.	minimo 6000	n.a.	10.000-30.000	10.000-15.000	5.000-50.000	10.000-25.000	n.a.	6.000-15.000
Sede unica	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI + altri ambulatori	SI + altri ambulatori	SI	NO
Presenza specialisti	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI
Finanziamento	Sperimentale	Per attività	Sperimentale	Da accordi integrativi	Su progetti	Da accordi integrativi	Per obiettivi	Da economie	n.d.	Da accordi integrativi
Responsabilità e Strumenti di controllo	SI (Referente NCP)	SI (verifiche su attività)	SI (controlli interni / esterni ASL)	SI (controlli amministrativi)	SI (controlli amministrativi)	SI (riunioni audit)	SI (verifiche su attività)	SI (accordi integrativi locali)	n.d.	n.d.
Sistema informativo	SI, progetto Soie	NO	SI, SIGS regionale	NO	NO	SI	SI	CUP Aziende ULSS	n.d.	SI

Fonte: elaborazione da: Rapporto Meridiano Sanità (2007), Tedeschi (2006)

## LA CASA DELLA SALUTE

La Casa della Salute si configura come un modello innovativo, ancora in fase di sperimentazione, la cui realizzazione è tra gli obiettivi del programma del Ministero della Salute “Un New deal della salute” presentato in Parlamento il 27 giugno 2006.

Il progetto ministeriale nasce dalla necessità di dover riformulare in termini organizzativi il sistema della Assistenza Primaria per far fronte al problema della frammentarietà dell'assistenza e delle cure e favorire una maggiore qualità del Servizio Sanitario Nazionale e di quelli regionali.

La istituzione della Casa della salute ha come principale obiettivo quello di favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie. La Casa della Salute rappresenta un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate fra loro in cui si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano: si propone obiettivi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, l'educazione e promozione della salute, le corrette pratiche di autogestione delle malattie croniche.

Così come previsto, dovrebbe essere una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare l'insieme della Assistenza Primaria e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del Distretto per un bacino corrispondente a circa 5-10.000 abitanti .

L'approccio alla domanda di salute è multidisciplinare e si prevede che il personale che vi opera sia quello del Distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), e dei medici convenzionati.

La sperimentazione del modello organizzativo è infatti demandata al livello regionale. Anche se non prevista formalmente negli Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i professionisti convenzionati, e pur rappresentando un approccio organizzativo in fase di sperimentazione, la Casa della Salute, risulta presente in Piemonte, Toscana, Lazio, Marche e Umbria.

L'Accordo Stato-Regioni per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del 25 marzo 2009 ha compreso tra i possibili progetti regionali destinatari di finanziamento la “*sperimentazione del modello assistenziale case della salute*”, confermando quanto già previsto dall'articolo 1 comma 806 della Legge 27.12.2006 n. 296 (Finanziaria 2007) e dalla Legge 24.12.2007 n. 244 articolo 2 comma 374 (Finanziaria 2008).

## LE SOCIETÀ DELLA SALUTE

Le Società della Salute rappresentano un modello organizzativo previsto dalla Regione Toscana costituito da consorzi volontari, che coinvolgono principalmente

Azienda USL ed Enti locali nel compito di programmare e gestire l'insieme dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali nell'ambito territoriale di riferimento.

Si propongono i seguenti obiettivi:

- coinvolgere le comunità locali nei compiti di indirizzo, programmazione e governo dei servizi territoriali;
- garantire l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie rispettivamente di competenza dei Comuni e delle Aziende, individuando gli strumenti e gli atti necessari per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali socio-sanitari;
- garantire il controllo dell'impiego delle risorse attraverso il governo della domanda e la promozione dell'appropriatezza dei consumi;
- assicurare universalismo ed equità;
- valorizzare il volontariato e il terzo settore.

In questo contesto, le Aziende sanitarie sono chiamate a svolgere non più la funzione di soggetto unico di erogazione di prestazioni, ma a diventare il punto di snodo delle relazioni tra soggetti diversi, garantendone l'unitarietà di comportamenti in relazione alle esigenze di integrazione funzionale e agli indirizzi programmatici della Regione e degli Enti locali.

L'attività delle Società della Salute è determinata dal Piano Integrato di Salute (PIS), strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie, definito nell'ambito della cosiddetta "zona-Distretto", prevista dal Piano Sanitario Regionale 2002-2004, e delineata come unico livello locale di governo in cui sono concentrate tutte le diverse funzioni territoriali.

Le Società della Salute identificano i propri ruoli, compiti, finanziamenti tramite accordi fra le Aziende Unità Sanitarie Locali e i Comuni a livello di "zona-Distretto", con il coordinamento e il controllo direzionale della Regione.

Nel 2008 la Toscana ha portato a termine la fase di sperimentazione delle Società della Salute, avviata con il Piano Sanitario Regionale 2002-2004, nell'ambito di un percorso di riassetto organizzativo ed istituzionale dell'intero sistema sanitario regionale.

## **LA RECENTE EVOLUZIONE DELL'ASSOCIAZIONISMO ALLA LUCE DEL NUOVO ACN**

Come recentemente sottolineato nell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009, l'associazionismo tra i professionisti che operano nell'ambito della Assistenza Primaria "permette di attuare una assistenza territoriale integrata attraverso le diverse modalità organizzative che rendono possibile lo scambio di informazioni cliniche e l'integrazione tra ospedale e territorio finalizzata allo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali dedicati. La condivisione di spazi e di attrezzature permette

una ottimale fruizione degli stessi, l'utilizzo più efficiente del personale di supporto, la garanzia di una copertura oraria maggiore dell'attività ambulatoriale, la possibilità di un'organizzazione del lavoro più flessibile”.

La tendenza ad un modello di lavoro multidisciplinare, approccio fondamentale per rispondere a bisogni di salute socio-sanitari, è confermato anche nel nuovo ACN per la Medicina Generale, la Pediatria di libera scelta e la Specialistica ambulatoriale del 27 maggio 2009. In base al nuovo accordo il medico di medicina generale farà parte obbligatoriamente di una Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) in modo da realizzare una maggiore integrazione funzionale tra i professionisti convenzionati per la realizzazione degli obiettivi di Assistenza Primaria.

L'AFT è una squadra, un team e non un'associazione nel senso consueto del termine, e rappresenta di fatto il superamento delle attuali forme associative previste dall'ACN.

L'associazione, così come definita nei vari ACN, prevede che più medici di medicina generale possano avviare un rapporto di collaborazione e di collegamento a carattere volontario, libero e paritario tra colleghi. Nelle forme associative, i compiti comuni a tutti i componenti sono limitati sostanzialmente al coordinamento degli orari di accesso agli studi in modo da garantire almeno 6 ore al giorno. Per il resto i medici continuano a svolgere esclusivamente i compiti convenzionali individuali, non essendo previsti criteri o requisiti specifici in termini di organizzazione del lavoro finalizzati alla definizione di una mission comune delle attività.

**Le AFT, come definite nell'ultimo ACN, rappresentano un elemento di progresso che permette di coniugare il superamento del lavoro da “solista” con la necessità di garantire alla popolazione assistita in modo unitario e coordinato tutte le funzioni e i compiti della medicina generale, non solo assistenziali, ma anche di formazione e ricerca, rispondendo così alla necessità di identificare la mission comune della squadra.**

L'AFT integra la propria attività con quella di altri professionisti convenzionati del territorio, di altre professionalità e dell'ospedale, nell'ambito di organizzazioni che il nuovo ACN ha chiamato “Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)”. La differenza fra AFT e UCCP consiste nelle categorie di professionisti che ne entrano a far parte. La prima è un'entità omogenea per categoria, essendo composta solo da medici di medicina generale, la seconda coinvolge, con modalità diverse, i pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati.

Ogni regione individuerà i relativi modelli erogativi, che in generale sono denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), in relazione alle caratteristiche del territorio e dei bisogni assistenziali specifici della popolazione. *“L'unità complessa delle cure primarie è costituita dai medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali. Questa, inoltre, opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espleta le seguenti funzioni di base: assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA); assicurare l'accesso ai servizi*

*dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso; realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti, va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati; impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute; sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria; contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i Distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza”.*

### Riferimenti normativi

DPR 28 luglio 2000 n. 270. *Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.*

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Intesa sottoscritta il 23 marzo 2005 sugli accordi collettivi nazionali per la medicina generale e per la specialistica convenzionata.

Legge 27.12.2006 n. 296 *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2007).*

Legge 24.12.2007 n. 244 *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2008).*

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del D.lgs 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni. 27 maggio 2009.

Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009. 25 marzo 2009.

### Riferimenti bibliografici

[http://www.salute.toscana.it/sst/societa\\_salute.shtml](http://www.salute.toscana.it/sst/societa_salute.shtml).

Docteur H, Oxley H. *Health-care systems: lessons from the reform experience*, Oecd health working papers. 2003.

Ministero della Salute. Allegato alle Indicazioni progettuali ex Intesa 2 ottobre 2003: Delineazioni di una struttura di primaria assistenza denominata *Unità primaria di Assistenza Territoriale – UTAP*.

Ministero della Salute, *Ricognizione ed analisi di Modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di cure primarie*. Analisi nazionale, dicembre 2004.

AA.VV., *Sanità nel territorio, studi ed esperienze di Distretto nelle regioni*. I quaderni di Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Supplemento al numero 20/2005 di Monitor. Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Tedeschi P. *"I have a dream"... lo sviluppo di reti di cure primarie distrettuali per la tutela della salute*, Relazione presentata al 5° Congresso nazionale Card – Welfare, Devolution, Distretto San Marino, 28-30 settembre 2006.

Cicioni C, Giogi P, Seppoloni D. *Equipe territoriali e UTAP*, in Camboa P, Rollo R. *Il Distretto sanitario tra sviluppo e involuzione: esperienze, opinioni e modelli a confronto*, P@aginae Edizioni, Lecce. 2006.

Ministero della Salute. *Un New deal della salute. Linee del programma di Governo per la promozione ed*

- equità della salute dei cittadini* - Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati (Roma, 27 giugno 2006).
- Barrella A, Rebba V. *Gli accordi regionali con la medicina generale: strumenti di un reale governo della domanda?* Rapporto CEIS 2006, Università di Tor Vergata. 2006.
- Ghiotto M, Pertile C, Caffi S. *Le Utap quali strumenti per modificare la tradizionale struttura dell'offerta di prestazioni sanitarie: il percorso per una concreta realizzazione*. Politiche Sanitarie, (1)7: pp 30-41. 2006.
- Ministero della Salute. Incontro nazionale. *La Casa della salute*. Esperienze e programmi della Regione Piemonte. Roma 22 marzo 2007.
- Consiglio Nazionale FIMMG. *La Ri-fondazione della medicina generale*, Documento approvato all'unanimità, Roma, 9 Giugno 2007.
- The European House – Ambrosetti, Meridiano Sanità. *Le Coordinate della Salute* (2007), Rapporto Finale 2007, Novembre.
- Palmieri A, Mascia D. *Un'analisi organizzativa dei modelli istituzionali per l'integrazione socio-sanitaria*, Politiche Sanitarie, Aprile-Giugno 2008.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. *La vita buona nella società attiva. Libro Bianco sul futuro del modello Sociale*. Roma, 6 maggio 2009.
- Ceccarelli A, Palmieri A, Di Vincenzo F, Cicchetti A. *Ricognizione sulle nuove forme di organizzazione della medicina territoriale per l'erogazione delle cure primarie*, Politiche Sanitarie (in press).





## 7.3 Le nuove forme associative: le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)

**Angelo Lino Del Favero, Sandro Cinquetti**

### **Introduzione**

La sperimentazione e l'avvio di nuove forme associative della medicina generale, quale l'UTAP (Unità Territoriale di Assistenza Primaria), è un mandato per il Servizio Sanitario Nazionale, che con queste progettualità mira a raggiungere l'obiettivo del rafforzamento del sistema sanitario territoriale e nella fattispecie, dell'Assistenza Primaria. Ciò in risposta all'ineludibile necessità di reinterpretare il rapporto ospedale territorio, con una maggiore qualificazione di quest'ultimo come insieme di servizi in rete, coordinati, continui e di qualità, in grado di dare risposta alla domanda di salute della comunità mantenendo la persona nel proprio ambiente di vita, migliorando l'accessibilità, aumentando il livello di partecipazione e responsabilizzazione degli attori, garantendo ampliamento dell'offerta grazie anche al recupero di efficienza, adottando criteri di appropriatezza nell'uso delle risorse.

L'istituzione di UTAP, forme associative della medicina generale ad alto livello di integrazione, sia fra le varie professionalità che operano nell'Assistenza Primaria, che fra queste e l'Azienda Socio-sanitaria, è un obiettivo della programmazione regionale del Veneto. Attraverso di esse si mira a raggiungere obiettivi specifici, quali la garanzia di una risposta ai bisogni sanitari afferenti alle cure primarie 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, lo sviluppo e la qualificazione della continuità assistenziale, la presa in carico integrata dei pazienti da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri, con l'attivazione di percorsi assistenziali, l'incremento dell'appropriatezza dell'erogazione dei servizi e di conseguenza la riduzione di ricoveri ospedalieri impropri, la fornitura di attività specialistiche, l'abbattimento delle liste d'attesa, l'utilizzo di un sistema informativo/informatico collegato in rete all'interno e all'esterno con le strutture sanitarie e sociali operanti nel contesto aziendale.

L'Azienda ULSS 7 del Veneto ha recentemente avviato due UTAP nel proprio territorio, rispondendo al mandato regionale e cogliendo l'interesse e la motivazione di un gruppo di medici di medicina generale. I risultati del primo anno di attività di una delle due UTAP, pur non essendo conclusivi, depongono per la bontà del modello associativo in argomento, in quanto si dimostra in grado di migliorare la qualità del servizio offerto, con una grande soddisfazione da parte dei professionisti

coinvolti. Dal consolidamento delle evidenze circa l'impatto sulla salute di questo modello non potrà che derivare, anche per ovvie ragioni di equità, un percorso di adozione dell'UTAP quale modalità ordinaria di erogazione dell'Assistenza Primaria affidata alla medicina di famiglia.

### **La normativa nazionale in tema di UTAP**

L'evoluzione del sistema sanitario è condizionata da fenomeni che hanno un peso sempre più crescente sugli assetti organizzativi dei servizi e sulla formazione degli operatori, quali la spinta crescente esercitata dalla prevalenza della patologia cronico degenerativa, che pone il problema della presa in carico globale e continuativa dei pazienti da parte di una robusta rete di servizi territoriali, dove sia protagonista il medico di medicina generale. Vi è inoltre la consapevolezza che i determinanti della salute sono in larga parte fuori dal Servizio Sanitario Nazionale e che la promozione della salute, gli stili di vita e quindi l'empowerment del cittadino stesso nella gestione del proprio stato di salute saranno sempre più importanti.

L'uso improprio delle risorse del sistema che si riflette in problematiche di ordine economico (sprechi) e gestionale (liste d'attesa), impongono una reinterpretazione del rapporto ospedale territorio. Il territorio è sempre stato considerato erogatore di servizi extra ospedalieri; è necessario riorganizzare l'offerta di servizi e prestazioni nel territorio per configurare l'intervento ospedaliero come assistenza extraterritoriale, sempre più riservata alle patologie acute.

Nell'ultimo decennio si è reso quindi indispensabile l'avvio di un forte processo di innovazione che riposizionasse su logiche nuove i diversi settori e professionisti del Servizio Sanitario Nazionale, recependo sul piano operativo gli indirizzi emanati a livello internazionale e nazionale.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005 afferma fra gli obiettivi prioritari quello di dare impulso al sistema dei servizi sul territorio con la prospettiva di governare i percorsi di cura, mirando da un lato ad una forte integrazione socio-sanitaria, dall'altro ad attivare processi di riorganizzazione delle cure primarie. La strategia è chiara: rafforzare il sistema di cure primarie (più assistenza a lungo termine nelle fasi di cronicità e dipendenza, più domiciliarità, più integrazione socio-sanitaria), sviluppare le cure intermedie e ridefinire la rete ospedaliera.

Un aspetto rilevante in questo processo di riorientamento culturale ed organizzativo è costituito dal ruolo e dall'organizzazione dei servizi dell'Assistenza Primaria, in modo particolare dal ruolo del medico di medicina generale (MMG), che attraverso una rinnovata centralità clinico-organizzativa sia in grado di leggere i bisogni di assistenza della popolazione, governare la domanda di prestazioni, gestire i percorsi assistenziali, con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale e la gestione integrata (tra professionisti e tra livelli d'assistenza) dei pazienti.

L'Intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004 fornisce indicazioni operative per perseguire questi obiettivi, prevedendo un maggiore coinvolgimento dei MMG

e dei pediatri di libera scelta (PLS) nel governo dei percorsi sanitari. Nel documento del Ministero si caldeggia il superamento dell'organizzazione basata sugli ambulatori-studi individuali e della medicina basata sull'azione del singolo professionista. Lo strumento organizzativo e gestionale proposto in questa sede istituzionale è lo sviluppo di forme associative avanzate della medicina convenzionata, processo per il quale nel 2004 vengono stanziati risorse specifiche. L'allegato "Schema di riferimento per la costituzione di Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)", definisce le UTAP stesse come presidi integrati per le cure primarie formati dall'associazione di più medici convenzionati (MMG, medici di continuità assistenziale, PLS, specialisti convenzionati) che operino in una sede unica garantendo un elevato livello di integrazione e consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica di elezione. Oltre ai medici, nell'UTAP operano infermieri, personale amministrativo e di collaborazione in numero adeguato alle attività previste.

Obiettivi specifici di queste forme associative sono:

- la garanzia di una risposta ai bisogni sanitari afferenti alle cure primarie 24 ore su 24 e 7 giorni su 7,
- l'incremento dell'appropriatezza dell'erogazione dei servizi a partire dai LEA,
- lo sviluppo e la qualificazione della continuità assistenziale,
- la presa in carico integrata dei pazienti da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri, con l'attivazione di percorsi-assistenziali,
- la fornitura di attività specialistiche,
- l'abbattimento delle liste d'attesa,
- la riduzione di ricoveri ospedalieri impropri,
- una più efficace integrazione socio-sanitaria,
- una più incisiva attività di promozione della salute e prevenzione,
- l'utilizzo di un sistema informativo/informatico collegato in rete all'interno e all'esterno con le strutture sanitarie e sociali operanti nel contesto aziendale .

L'UTAP è chiamata ad intercettare il fabbisogno di salute, soddisfarlo per quanto possibile e governare i percorsi sociali e sanitari, si inserisce nella programmazione distrettuale di fatto configurandone una delle linee operative, è in dialogo con l'ospedale e con gli altri poli della rete integrata.

Il modello organizzativo dell'UTAP è fortemente condizionato dalla dimensione della popolazione assistita, ma le indicazioni generali date dalla Conferenza Stato regioni ne prevedono da 4 a 6 ogni 100.000 abitanti, con un congruo numero di MMG (da 6 a 8), PLS, medici di continuità assistenziale e specialisti, oltre che infermieri, collaboratori di studio e personale amministrativo. È prevista una sede unica comprendente locali idonei per gli studi dei medici, l'attività specialistica, l'attività della continuità assistenziale, le attività di mini-laboratorio, le funzioni di pronto soccorso di base, il personale infermieristico e di studio. Le attrezzature comprendono

mezzi informatici, mini-laboratori per esami di routine, ecografo, elettrocardiografo, sterilizzatrice, frigoriferi e quant'altro necessario.

Essendo la continuità assistenziale 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 la *mission* dell'UTAP, i medici ivi operanti organizzano la propria presenza in modo da garantire la presenza continua in ragione delle esigenze specifiche di ogni territorio, promuovendo tra l'altro l'assistenza domiciliare.

Per quel che attiene all'attività degli specialisti ambulatoriali si ipotizza un modello strutturale, in cui l'erogazione delle prestazioni avvenga nello studio dell'equipe, o un modello funzionale, dove questo avvenga nello studio dello specialista con meccanismo facilitato d'accesso in presenza di protocolli di valutazione dell'appropriatezza delle richieste.

### **Linee guida della Regione Veneto in tema di organizzazione delle UTAP**

La programmazione della Regione Veneto in tema di organizzazione delle cure primarie ha declinato gli indirizzi nazionali tramite una serie di atti programmatori coerenti che dovrebbero consentire di:

1. riorganizzare l'assistenza distrettuale,
2. usufruire di una rete integrata di medici convenzionati,
3. procedere, nell'Assistenza Primaria, per obiettivi e per progetti,
4. adottare strumenti di programmazione e controllo per il governo della domanda dell'Assistenza Primaria, attraverso la medicina convenzionata.

All'interno del Distretto socio-sanitario, articolazione organizzativa funzionale dell'azienda sanitaria diretta a garantire l'Assistenza Primaria e a realizzare un elevato livello di integrazione tra i vari servizi che operano sul territorio con lo scopo di intervenire sulla persona in modo integrato e globale (DGR n°3242 del 30/11/2001), si colloca la medicina convenzionata, che concorre allo sviluppo dell'Assistenza Primaria attraverso la promozione ed il consolidamento di tutte le forme di cooperazione tra medici e con il personale distrettuale, utilizzando un meccanismo incentivante correlato al raggiungimento di risultati misurabili attraverso specifici indicatori.

Lo sviluppo delle forme associative è riconducibile a due Accordi regionali successivi, nei quali inizialmente si prevedeva la costituzione di team di medici, uniti da un legame funzionale più che strutturale. Successivamente sono state definite nuove forme associative (medicina in associazione, in rete, in gruppo) caratterizzate da livelli via via crescenti di integrazione fra i vari professionisti.

Negli ultimi anni l'adesione a queste forme associative ha coinvolto attorno al 75% di tutti i medici di Assistenza Primaria operanti in regione, ponendo le basi per lo sviluppo di forme più complesse quali le equipe territoriali o le UTAP.

Dall'accordo regionale per la medicina convenzionata del 2001 inoltre, si è passati da un sistema costruito sulla correlazione tra prestazioni e compensi ad un altro, che identifica bisogni, strumenti, indicatori e sistemi incentivanti. Alla base del nuovo rapporto contrattuale è il principio dell'integrazione dei MMG nel Servizio Sanitario Regionale secondo regole condivise. Uno dei principali strumenti per l'attuazione di questo indirizzo è il patto aziendale, attraverso il quale l'azienda sancisce, assieme al medico convenzionato, obiettivi, attività, indicatori e sistema premiante. A fronte di un'alta percentuale di adesione dei MMG al patto aziendale, si ravvede in questo strumento la possibilità di una nuova relazione tra azienda-Distretto e MMG.

All'interno di questo quadro programmatico si situa il progetto sperimentale per l'attivazione di equipe territoriali delle cure primarie nell'azienda sanitaria n. 4 del Veneto (DGR 2053 del 2/7/2004), dove per la prima volta si concretizzano le indicazioni ministeriali relative all'istituzione delle UTAP.

Infine, l'accordo regionale per i medici di medicina generale (DGR 4395 del 30/12/2005) contiene le linee guida per la sperimentazione di forme associative più complesse: le equipe territoriali e le UTAP.

Oltre a riportare le indicazioni del documento ministeriale per quel che attiene obiettivi di continuità dell'assistenza, dimensioni della popolazione di riferimento, struttura, personale e attrezzature, l'accordo regionale evidenzia linee di indirizzo per le aziende socio-sanitarie, configurando due tipologie di UTAP, quella integrata e quella aggregata. Nella prima si prevede un'alta integrazione fra UTAP e azienda in quanto quest'ultima mette a disposizione la sede dell'UTAP e definisce un accordo che, oltre a regolamentare l'uso della sede e delle attrezzature, individui forme di integrazione avanzata fra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici della continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali, e con specifici accordi, anche risorse assistenziali messe in campo dai comuni. Nell'UTAP aggregata invece, la sede è di proprietà dei medici stessi, che in ogni caso stipulano un accordo di tipo contrattuale con l'azienda.

La normativa regionale puntualizza inoltre i seguenti aspetti:

- prerequisito per poter accedere alla forma associativa UTAP è l'adesione alla medicina di gruppo;
- pur essendo unica la sede dell'UTAP è possibile prevedere studi medici periferici, la cui apertura si configura strategica a seconda della conformazione orogeografica;
- l'accesso allo studio dell'UTAP avviene tramite un sistema di prenotazione, funzionante per minimo 12 ore al giorno;
- è previsto l'utilizzo di un software unico in grado di assicurare un aggiornamento in tempo reale della situazione degli assistiti, indipendentemente dal medico trattante. Vanno previste modalità operative di interazione tra azienda e medici dell'UTAP – medici di continuità assistenziale;
- è da considerare la possibilità di erogare prestazioni di primo livello da parte di

MMG dell'UTAP in possesso di una formale specializzazione o quanto meno di una definita "competenza vocazionale", ciò previo accordo con l'azienda che preveda forme di integrazione con l'ospedale e forme di aggiornamento dei professionisti atte a garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

### **L'istituzione delle UTAP: obiettivo assegnato ai Direttori Generali delle Aziende ULSS del Veneto**

L'atto programmatico regionale più recente, strategico ai fini della progettazione e dell'attivazione di UTAP in modo uniforme nella regione veneto è la DGR n. 2686 del 7/8/2006, ad oggetto "Assegnazione degli obiettivi ai direttori generali delle aziende ULSS ed ospedaliere del Veneto ai fini del riconoscimento dell'integrazione del trattamento economico". Per gli anni 2006/2007 infatti la regione assegna ai direttori obiettivi coerenti con le priorità di programmazione finora esposte e tra questi vi è l'istituzione di almeno due UTAP per ciascuna azienda ULSS.

Le evidenze fondamentali citate dalla delibera regionale in parola, che sottendono alla definizione di specifici modelli di UTAP sono:

- la presenza di eterogeneità a livello territoriale ed organizzativo/gestionale tra le aziende ULSS,
- l'incapacità di misurare i bisogni assistenziali e gli obiettivi di salute,
- la necessità di organizzare in modo funzionale e razionale una medicina vicina, accessibile e fruibile,
- la necessità di responsabilizzare e valorizzare le professionalità.

A tale scopo la regione indica quali elementi strutturali per la predisposizione dei modelli UTAP aziendali: l'evidenziazione dei requisiti aziendali (organizzazione distrettuale, sistema di relazioni con la medicina convenzionata), l'esplicitazione delle caratteristiche del contesto e dei bisogni, la declinazione degli obiettivi da conseguire con l'UTAP, la riproporzionamento delle incentivazioni sulla base del raggiungimento degli obiettivi.

Per affiancare le aziende in questa fase viene istituita a livello regionale una "cabina di regia", con la funzione di emanare indicazioni operative allo sviluppo delle UTAP stesse. Si procede inoltre allo studio di due casi aziendali, evidenziandone elementi di criticità e pervenendo alla costruzione di un modello di riferimento nell'ambito di una analisi delle diverse forme organizzative dell'Assistenza Primaria.

### **L'esperienza applicativa dell'ULSS 7 del Veneto**

L'Azienda U.L.S.S. n. 7 del Veneto opera su un territorio complessivo corrispondente a 28 comuni della Provincia di Treviso. L'ambito territoriale è suddiviso

in due Distretti Socio Sanitari, il Distretto Nord (popolazione pari a 100.520 abitanti) ed il Distretto Sud (popolazione pari a 113.528 abitanti).

Nell'ULSS 7 operano 158 medici di medicina generale, 25 pediatri di libera scelta, 34 medici di continuità assistenziale e 82 specialisti ambulatoriali interni. I rapporti tra medici convenzionati ed azienda sono normati, oltre che dall'accordo collettivo nazionale e dall'accordo regionale, dai patti aziendali distinti per categoria, che definiscono progetti ed attività necessari per l'attuazione di obiettivi individuati dalla programmazione regionale (patto 2003/2005 e patto 2005/2007, tuttora prorogato).

Allo stato attuale i medici di medicina generale che praticano in una qualche forma associativa sono 111 (70%), distribuiti tra la medicina d'associazione (56 MMG), di gruppo (30 MMG), in rete (13 MMG) e UTAP (12 MMG).

Nel corso degli anni 2006 e 2007 l'Azienda ha concretizzato le direttive nazionali e regionali istituendo due UTAP nel proprio territorio, la prima situata nel Distretto socio-sanitario nord (UTAP "Centro Medico Athena", con sede a Follina) e la seconda nel Distretto socio-sanitario sud (UTAP "Medinfior", con sede a San Fior). La tabella 1 riporta i principali dati descrittivi dell'organizzazione di queste due UTAP.

Gli obiettivi di tali progettualità si inseriscono nella filosofia aziendale, che, riconoscendo nel Distretto il polo unificante di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali, mira a potenziare il sistema dell'Assistenza Primaria, promuovendo l'integrazione organizzativa ed operativa in una visione di "rete dei servizi" per la presa in carico del paziente, con la consapevolezza che i cittadini sono soggetti attivi nelle scelte per la salute.

Questa scelta strategica, coerente con le linee programmatiche regionali e nazionali, si pone in risposta a criticità quali l'assenza di un punto di riferimento per la presa in carico unitaria e globale dei bisogni di salute del cittadino, pur nella indubbia ricchezza di iniziative a favore degli assistiti da parte dei numerosi attori socio-sanitari presenti in Azienda.

Infine si è individuata nell'UTAP una potenzialità per migliorare progressivamente la qualità dei servizi e delle risposte erogate, senza incrementare il volume delle risorse impiegate, ma migliorandone l'utilizzo secondo un piano di ottimizzazione fondato su standard qualitativi. Infatti, qualificare il sistema significa in primo luogo qualificare le professionalità che in esso operano, e l'UTAP rappresenta un'occasione preziosa per l'applicazione pratica di percorsi di crescita culturale/professionale aventi come obiettivo finale il governo clinico.

Nelle intenzioni dell'azienda e dei medici di medicina generale interessati, l'UTAP diviene quindi strumento per:

1. il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita, individuando soluzioni efficaci per garantire la continuità delle cure, evitando frammentarietà e dispersione delle risorse;

Tabella 1

<b>UTAP - CENSIMENTO AL NOVEMBRE 2008</b>			
		UTAP "MEDINFIOR" S.Fior	UTAP "CENTRO MEDICO ATHENA" - Follina
Data di attivazione		13/11/2008	01/08/2007
Tipologia UTAP		Integrata	Integrata
Bacino di utenza	Assistiti MAP Assistiti PLS <b>TOTALE</b>	8.170  <b>8.170</b>	7684  <b>7684</b>
Medici coinvolti	MAP PLS MCA SAI	6	6
Personale Infermieristico	N° operatori Ore settimanali Ore sett./medico	In definizione	In definizione
Collaboratori di studio	N° operatori Ore settimanali Ore sett./medico	In definizione	2 72 12
Accesso all'ambulatorio	Libero Programmato Misto	  sì	  sì
Contattabilità del Medico	h/gg - feriale h/gg sabato	12 2	12 2
Ore apertura giornaliera sede centrale	giorni feriali sabato	12 2	12 2
Presenza medica giornaliera sede centrale	h/gg feriale h/gg sabato	12 2	12 2
Orario apertura giornaliera sedi perif.	giorni feriali sabato	da 8 a 11	da 8 a 10
Presenza medica sedi perif.	h/gg feriale h/gg sabato	da 8 a 11	da 8 a 10
Gestione della sede	Azienda Medici Altri	  sì (onlus)	  sì
Affitto sostenuto da	Azienda Medici Altri	  sì	si (contributo Azienda)

2. il governo clinico della domanda, al fine di erogare risposte efficaci, efficienti, appropriate ed eque;
3. la crescita nella capacità di leggere e misurare i bisogni di salute, definendo conseguenti obiettivi, azioni, risultati attesi ed indicatori;



4. la sperimentazione di nuove modalità di relazione e partnership tra azienda e medici di Assistenza Primaria.

Le tappe di implementazione organizzativa delle due UTAP hanno visto una fase propedeutica, nella quale le parti interessate hanno condiviso la progettualità, analizzandone la fattibilità nei vari ambiti:

- logistico/organizzativo (presenza di una sede adeguata, possibilità di utilizzo di un software unico, verifica dell'appartenenza dei singoli medici alla forma associativa di Medicina di Gruppo, predisposizione dello schema di presenza dei MMG per la copertura oraria nella sede centrale e negli ambulatori periferici);
- delle relazioni interne (elaborazione, approvazione e recepimento del progetto da parte degli organismi aziendali, tra i quali il Comitato per la medicina generale);
- delle relazioni esterne (presentazione del modello alla comunità locale, in Conferenza dei Sindaci e con momenti di confronto aperti alla cittadinanza, presentazione del modello a livello regionale);
- economico/gestionale (individuazione delle risorse umane e materiali necessarie, strutturazione di un modello di rapporti economici, ovvero delle remunerazioni dei medici coinvolti, della copertura delle spese fisse e ricorrenti per la sede e di eventuali altri oneri).

La fase successiva è consistita nella stesura e sottoscrizione di un contratto codificante il sistema delle responsabilità, da parte dei medici di medicina generale costituitisi in forma societaria, e dell'Azienda. Per parte propria, l'Azienda si è impegnata in entrambi i casi a coprire le spese relative alla sede, anche se con modalità differenti, e a provvedere all'informatizzazione e alle attrezzature presenti nelle due UTAP.

In questa fase si è esplicitata la valutazione di impatto sotto forma di obiettivi di salute, individuando le seguenti aree-obiettivi da perseguire e le azioni sottoriportate per conseguirle:

1. Accoglienza e conduzione dello studio:

- apertura degli ambulatori periferici (con sede in comuni diversi dalla sede dell'UTAP) per almeno 2 giorni settimanali,
- apertura dell'ambulatorio centrale sede dell'UTAP dalle 8.00 alle 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle 8.00 alle 10.00 il sabato,
- adozione di un sistema di prenotazione degli accessi, sia per i pazienti che per gli informatori scientifici,
- ipotesi di pronta disponibilità nelle ore notturne, festive e prefestive,
- implementazione di percorsi assistenziali per pazienti fragili,
- garanzia della presenza, nell'orario di apertura, di almeno un collaboratore di studio,

## 2. Sistema informativo – informatico

- possesso di una banca dati unica con fascicolo per ogni paziente,
- collegamento al CUP per prenotazioni visite specialistiche di branche concordate,
- download dei risultati degli esami nella scheda del paziente, con eventuale consegna all'interessato,
- accesso alle cartelle cliniche ospedaliere,
- utilizzo della telemedicina,

## 3. Performance – servizi erogati

- erogazione presso la sede dell'UTAP di prestazioni specialistiche di primo livello, anche da parte dei medici dell'UTAP in possesso della specializzazione,
- gestione diretta dei pazienti in terapia anticoagulante orale e antidiabetica,

## 4. Management

- produzione della carta dei servizi,
- progetto integrato di raccolta del consenso informato,
- stesura di linee guida e protocolli integrativi per formalizzare la collaborazione tra UTAP e unità operative ospedaliere,

## 5. Prevenzione ed appropriatezza prescrittiva

- conseguimento e mantenimento di livelli di eccellenza nell'adesione alle campagne di vaccinazione e di screening nei propri assistiti,
- miglioramento dei profili prescrittivi,
- contenimento della domanda specialistica e di ricovero ospedaliero,

## 6. Qualità percepita

- conduzione di indagine campionaria da parte dell'Azienda.

Appositi indicatori, con i relativi standard, sono stati attribuiti ad ogni azione, per monitorarne l'effettivo svolgimento, con un sistema premiante vincolato al raggiungimento dell'obiettivo.

## **I risultati del primo anno di attività dell'UTAP di Follina**

L'analisi dei primi risultati conseguiti dall'UTAP "Centro Medico Athena" (unica analizzata in quanto l'UTAP "Medinfior" è stata attivata solo di recente) deve necessariamente essere preceduta da due riflessioni: la prima di principio e la seconda di metodo.

Visti gli obiettivi che Azienda e medici di medicina generale si pongono con l'UTAP, la progettualità abbraccia un arco temporale di tre anni. Le considerazioni che si possono trarre fin d'ora non sono quindi conclusive, ma suggestive, risentendo inevitabilmente dell'effetto novità, sia per i suoi lati positivi (quali l'en-

tusiasmo e la determinazione a dimostrare l'efficienza della nuova proposta) che di quelli negativi (quali l'assenza di esperienze e prassi consolidate, sia nella gestione dell'UTAP da parte dei MMG che nel supporto organizzativo da parte dell'Azienda). L'analisi inoltre non ha finora coinvolto i MMG operanti nell'UTAP, basandosi sui dati di aderenza ai risultati attesi, raccolti dal Distretto socio-sanitario e dall'ufficio convezioni dell'Azienda alla fine della prima annualità operativa.

Dal punto di vista del metodo, si sottolinea infine che il presente lavoro si limita a descrivere l'esperienza di un anno, attraverso informazioni relative ai medici dell'UTAP e ai loro pazienti. Sarà oggetto di studio futuro il confronto qualitativo fra UTAP e altre forme di esercizio della professione come MMG, per quel che attiene indicatori di performance clinica ed economica.

Si può considerare pienamente conseguito l'obiettivo della accessibilità agli ambulatori dell'UTAP, in quanto fin dai primi giorni le 12 ore di apertura sono state garantite, congiuntamente ad una congrua presenza presso le sedi degli ambulatori periferici, come riportato nella carta dei servizi di cui l'UTAP si è dotata.

I medici utilizzano tutti un sistema informatico, caratterizzato da software unico, che permette loro di accedere alle informazioni sui pazienti in tempo reale, e che consente l'uniforme ed omogenea raccolta delle informazioni nel "fascicolo clinico", anche in vista di un'elaborazione dei dati. Il server dell'UTAP fa parte a pieno titolo del server aziendale. Ciò consente ai cittadini assistiti dai MMG dell'UTAP di poter facilmente ottenere, mediante l'operatività amministrativa della stessa, la stampa o l'archiviazione diretta nel fascicolo personale dei referti di laboratorio e della lettera di dimissione ospedaliera nonché la prenotazione di visite/prestazioni specialistiche. I MMG, inoltre, "dialogano" ordinariamente con le unità operative e gli uffici dell'Azienda ULSS in modalità "paperless".

Si è recentemente concluso l'acquisto di un'apparecchiatura che consente di eseguire una stretta "stringa" di esami di laboratorio (point of care), previo accordo con il Laboratorio Analisi ospedaliero, che garantirà la supervisione all'attrezzatura ed il supporto scientifico. Si sono inoltre avviati momenti di confronto con gli specialisti ospedalieri anche per quel che riguarda la gestione secondo percorso diagnostico terapeutico condiviso dei pazienti con patologie croniche ed in condizione di fragilità.

Per quel che attiene agli obiettivi di eccellenza i medici dell'UTAP si sono impegnati per una adesione alle campagne di vaccinazione e screening, per il miglioramento del proprio profilo prescrittivo e per il contenimento della domanda di ricoveri e specialistica.

Nella campagna di vaccinazione antinfluenzale 2007/2008 il gruppo ha ottenuto una copertura del 69% dei propri assistiti eleggibili, mentre in quella del 2008/2009 del 70%.

L'adesione agli screening da parte degli assistiti di questi medici è stata buona (75% al citologico, 91% al mammografico, 72,7% al coloretale, con il 95% di adesione alla coloscopia in caso di positività al sangue occulto nelle feci).

Il governo della domanda di ricovero e di visita specialistica sembra in parte raggiunto, in quanto i medici dell'UTAP sono ricorsi al livello ospedaliero meno della media dei loro colleghi operanti nell'ULSS 7 (grafici I e II).

Per quanto riguarda il contenimento del consumo farmaceutico, vi è da rilevare come esistano all'interno dello stesso gruppo delle forti disparità tra i singoli medici (con un range che va dall'80° al 28° percentile della spesa farmaceutica territoriale dell'ULSS 7). Tuttavia il gruppo dell'UTAP dopo un anno di lavoro, è passato da una spesa farmaceutica collocata al 63° percentile ad una spesa corrispondente al 56° percentile, con un risparmio complessivo stimato in non meno di 240.000 € su base annua.

### **Epicrisi sulle luci e sulle ombre e conclusioni**

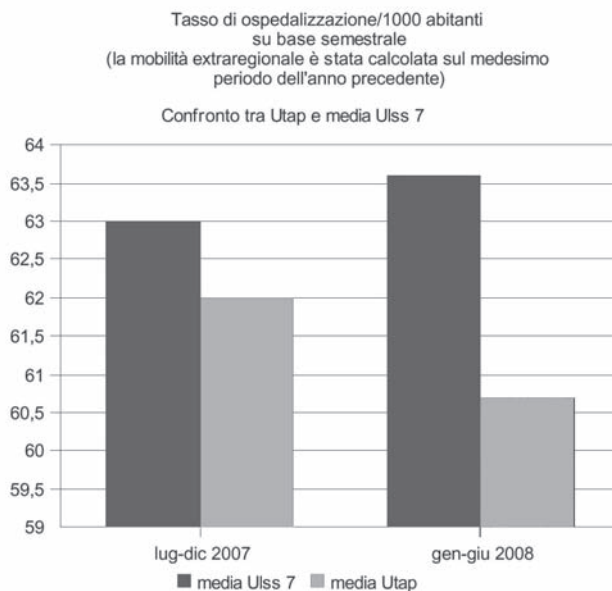
In un clima di relazioni tra Azienda e medicina convenzionata non sempre sereno, caratterizzato da periodiche recrudescenze di rivendicazioni sindacali e dai relativi momenti di negoziazione, che spesso hanno determinato una rallentata progettualità, l'esperienza dell'UTAP si connota per una positiva interazione tra Azienda ed un gruppo di medici, finalizzata alla sperimentazione di una modalità nuova, non tanto di *intendere* l'Assistenza Primaria, quanto di *declinarla*. Infatti, se è fuor di dubbio e ormai largamente riconosciuto che il valore aggiunto di questa organizzazione per gli utenti è quello di avere vicino alla propria abitazione, in un posto noto e definito, la prima risposta di salute in qualsiasi momento si renda necessaria, garantita dal proprio medico o da un altro facente parte dello stesso gruppo, la vera novità, che costituirà la sfida per il sistema sanitario territoriale del futuro, è il superamento del concetto di “medico di medicina generale singolo professionista”.

Nell'esperienza dell'ULSS 7 del Veneto i medici che hanno raccolto questa sfida sono finora entusiasti, riferendo una migliore qualità di vita lavorativa. Sono inoltre attivi e propositivi nei confronti sia del Distretto che dell'ospedale e, nonostante le decisioni che riguardano l'UTAP siano naturalmente tema di contrattazione sindacale, l'impressione è che l'investimento rilevante (economico, ma non solo) da parte del gruppo di medici e dell'Azienda getti le basi per una concertazione fondata su contenuti innovativi.

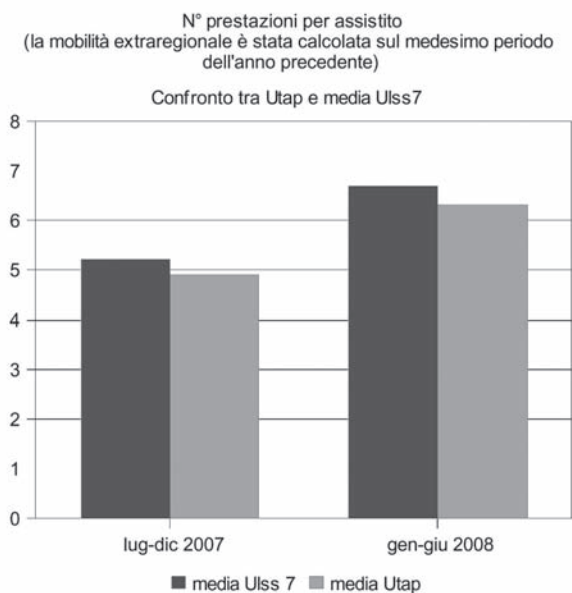
Ne è un esempio la proposta, accettata da entrambi (Azienda e medici contraenti), di garantire la reperibilità notturna e festiva per i propri pazienti, che non ha avuto finora seguito per il parere ostativo delle organizzazioni sindacali, ma che era stata accolta con interesse da parte del gruppo di medici i quali vi vedevano una concreta modalità di assicurare la continuità dell'assistenza, non solo nell'arco delle 24 ore, ma soprattutto nella dimensione della presa in carico.

Conseguentemente a questo, da più parti anche a livello aziendale si ravvisa in questa forma associativa della medicina generale la potenzialità di “riempire di contenuti” un rapporto, quello con la medicina generale appunto, che negli anni si è appiattito nella sterile ottica del “do ut des”.

### Grafico I - Tasso di ospedalizzazione/1000 abitanti su base semestrale (lug-dic 2007 e gen-giu 2008)



### Grafico II - Numero di prestazioni specialistiche per abitante (lug-dic 2007 e gen-giu 2008)



Interessante è infine lo sforzo richiesto dalla normativa nazionale e regionale nella direzione della sostenibilità, ovvero della necessità da parte di queste forme associative di sussistere “se virtuose”. Se probabilmente è vero, per la legge che regola i sistemi complessi, che l’investimento in Assistenza Primaria è capace di rendere più di quanto è stato necessario investire, l’analisi economica applicata alle cure primarie non può che portare all’esplicitazione di modelli e valori di riferimento, processo utile alla crescita culturale (dei dirigenti medici) e ad una migliore conoscenza e condivisione di ciò che le cure primarie sono e fanno nel nostro Paese (dall’ULSS 7 alla Regione Veneto, all’intera nazione).

Il percorso che ha portato all’attuazione delle UTAP ha incontrato naturalmente anche delle criticità, alcune delle quali legate ad inerzie nei comportamenti e a resistenze corporative. L’operazione di accentramento di più studi medici infatti ha visto in prima battuta le resistenze di alcuni sindaci, in difesa del diritto delle persone più anziane ad avere accesso all’ambulatorio senza dover sostenere spostamenti eccessivi, con riferimento ovviamente agli ambulatori di frazione. Lo stesso problema è stato alla base di un’altra resistenza, quella di alcuni farmacisti periferici che temevano che la concentrazione dell’attività medica in un’unica sede aperta 12 ore al giorno avrebbe potuto ledere i loro introiti. La decisione di mantenere, oltre alla sede centrale, anche significativi orari di apertura negli ambulatori periferici e frazionali dei singoli MMG, ha concorso al superamento di detti ostacoli, ricordando al gruppo di progetto l’importanza del coinvolgimento di tutti i portatori di interessi fin dalle prime battute, aspetto questo inizialmente sottovalutato anche a causa della poca esperienza applicativa specifica.

Altro aspetto critico, che in parte ostacola il reale e pieno raggiungimento della continuità dell’assistenza, riguarda i rapporti con i medici di continuità assistenziale, non ancora regolamentati da specifici protocolli, e non agevolati dai supporti informatici che semplificherebbero il continuo flusso di informazioni, aggiornate in tempo reale, utili per la gestione integrata del paziente. Sarà impegno dell’immediato futuro da parte dell’Azienda individuare soluzioni concrete per il problema della gestione dell’informatizzazione non solo all’interno dell’UTAP, ma soprattutto tra UTAP e servizi aziendali.

La molteplicità delle aree di sviluppo e delle problematiche derivanti dall’alta integrazione che caratterizza questa progettualità, richiede la presenza di risorse dedicate a livello aziendale, sia per l’avvio, che per il monitoraggio e la valutazione dell’UTAP e del suo impatto reale sulla salute. Una criticità riscontrata è la carenza di strumenti consolidati che consentano un’analisi gestionale da parte dei dirigenti di Distretto nei confronti dell’UTAP e più in generale delle cure primarie. Si sottolinea inoltre come l’UTAP richieda anche ai MMG una più significativa cultura gestionale e conseguentemente percorsi formativi a ciò dedicati.

Alla luce di quanto sopra illustrato, come considerazione conclusiva, appare necessario consolidare le evidenze preliminari che depongono a favore della bon-

tà del modello associativo in argomento. Da detto consolidamento non potrà che derivare, anche per ovvie ragioni di equità, un percorso di adozione del modello UTAP quale modalità ordinaria di erogazione dell'Assistenza Primaria affidata alla medicina di famiglia.

### **Normativa di riferimento**

Atto n. 2074 del 29.07.2004 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il cui allegato 2 riporta lo schema di riferimento per la costituzione dell'UTAP.

DGR n.2053 del 02/07/2004 Progetto per l'attivazione di equipages territoriali delle Cure Primarie (UTAP) nell'Azienda Sanitaria n:4.

DGR n.4395 del 30.12.2005, Accordo regionale per i medici di medicina generale (MMG), BUR n. 16 del 14.02.2006 Linee guida per la sperimentazione di forme organizzative più complesse: le equipe territoriali e le UTAP.

DGR n. 2686 del 7.08.2006, Assegnazione degli obiettivi ai direttori generali delle Aziende ULSS ed ospedaliere del Veneto ai fini del riconoscimento dell'integrazione del trattamento economico.

### **Riferimenti bibliografici**

Ghiotto MC, Pertile C, Caffi S. *Le UTAP quali strumenti per modificare la tradizionale struttura dell'offerta di prestazioni sanitarie: il percorso per una concreta realizzazione* Politiche Sanitarie Vol. 7 n. 1. 2006.



## 7.4 L'Ospedale di Comunità

Giancarlo Aulizio

Le ragioni per le quali cresce la spesa sanitaria in Italia, ma in genere in tutti i Paesi occidentali, sono molteplici: l'invecchiamento della popolazione e la famiglia più "debole"; la ricerca farmaceutica più avanzata e costosa; l'offerta ospedaliera tradizionale ancora ridondante, nonostante si sia ridotta di 100 mila posti letto pubblici in 10 anni, 1995 – 300mila; 2006 – 200mila, (M.D. Medicina Doctor n°11, aprile 2009) anche a seguito della chiusura o riconversione di centinaia di piccoli ospedali sparsi nel Paese (attivi ancora 200 circa); i costi aumentati delle apparecchiature tecnologiche; l'incremento di malattie dovute anche all'immigrazione; la sanità che si carica di servizi e quindi di costi che sarebbero di competenza sociale.

Con risorse economiche pervicacemente contingentate in un Paese da sempre ai vertici mondiali per la longevità della sua popolazione, e con il ripensamento della cultura "ospedalocentrica", si rese necessario, fin dall'inizio degli anni '90, guardare al territorio con rinnovata attenzione e quindi al medico di medicina generale (MMG).

Ciò fu reso possibile anche perché, contemporaneamente, riprese vigore in ambito nazionale la teoria dell'intervento globale sull'anziano: **"l'intervento biopsicosociale"** che si ispira all'approccio olistico nei confronti della persona assistita: ossia alla medicina centrata sul paziente, a differenza della medicina ospedaliera che è centrata sulla patologia.

Secondo la teoria biopsicosociale: *"L'assistenza alla persona risulta monca se indirizzata solo al settore sanitario o sociale o psicologico, perché il malato ha generalmente un'associazione dei diversi problemi da cui l'esigenza di un trattamento e di un'assistenza omnicomprensiva, magari modulata su risposte diverse in relazione alla prevalenza dei bisogni"*.

Ricollocati quindi al centro del sistema dell'Assistenza Primaria più per necessità che per scelta strategica, i MMG hanno realizzato una serie di esperienze innovative tese a soddisfare esigenze assistenziali dei loro pazienti, che hanno spesso anticipato i provvedimenti legislativi, ciò in funzione delle necessità del territorio in cui operano.

Secondo il "Rapporto Oasi 2008" del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) dell'Università "Bocconi", vi è stato in Italia un notevole aumento dell'assistenza extraospedaliera che si è concretizzata con un numero sempre maggiore di persone assistite sul territorio.

A livello nazionale, dal 1997 al 2006, si è assistito ad un incremento del 28% delle strutture territoriali: il privato accreditato è passato dal 38 al 50%, con strutture semiresidenziali cresciute del 163% e le residenziali del 153%.

La situazione in premessa ha reso necessario riorganizzare l'offerta sanitaria con tre modalità:

- 1) l'ospedale come luogo per le cure e l'assistenza al paziente in fase acuta, per periodi brevi;
- 2) le strutture di degenza in ospedale e nel territorio come presidi per la risposta alla fase post-acuta;
- 3) i servizi residenziali, domiciliari e ambulatoriali del territorio deputati alla risposta più ai bisogni sanitari e socio-sanitari dell'ultima fase della postacuzie ma soprattutto dei pazienti cronici, con spostamento dell'asse assistenziale verso la domiciliarità.

Per le ragioni sovraesposte si sono sviluppate nel nostro Paese, negli ultimi 15 anni, esperienze originali "nate dal basso", ossia realizzate principalmente su sollecitazione delle comunità locali per fornire ai cittadini la cosiddetta "sicurezza percepita", ossia la possibilità di un punto di facile accesso ai servizi ed alle cure che li tranquillizzasse almeno per quanto riguarda il ricovero, e per questo definiti Ospedali di Comunità (OdC).

**Tabella 1 - Differenze tra Ospedale tradizionale e Ospedale di Comunità**

<b>Ospedale Tradizionale</b>	<b>Ospedale di Comunità</b>
Degenza - improntato sulla malattia	Residenzialità - improntato sulla persona
Alto costo (media 500 euro posto letto/die)	Basso costo (media 150 euro posto letto/die)
Patologia acuta ad alta intensità diagnostica	Medicina olistica, più attenzione all'assistenza
Criterio dell'intensività delle cure e procedure diagnostiche	Fase riacutizzata della patologia cronica e postacuzie (assistenza-prevenzione-riabilitazione) in dimissioni protette
Introduzione DRG per massima efficienza e dimissioni rapide	Estensività delle cure e percorsi clinico assistenziali
Accesso libero per tutti	Accesso riservato agli assistiti dei MMG

Fonte: G. Aulizio

Sono stati realizzati, almeno inizialmente, attraverso alleanze strategiche all'interno di singole aziende sanitarie, tra medici di famiglia, dirigenti e specialisti ambulatoriali dei Distretti sanitari, medici della continuità assistenziale, infermieri professionali.

Esperienze di strutture allora pionieristiche e innovative perché collocate tra il domicilio del paziente e l'ospedale, sorte come frutto di necessarie sperimentazioni

più che di programmazioni sanitarie, e risultate maggiormente rispondenti ai bisogni emergenti di natura assistenziale e socio-sanitaria, provenienti soprattutto dall'area della cronicità.

In sostanza si è trattato di fornire risposte, soprattutto in piccoli o medi centri urbani, coerenti con i bisogni particolari di una popolazione prevalentemente anziana, con una necessità di assistenza caratterizzata da patologie croniche riacutizzate o da postacuzie che richiedono un'ulteriore fase riabilitativa in ambiente non necessariamente identificato con l'ospedale tradizionale per acuti (non a caso classificato nel SSN come di secondo livello, rispetto al primo attribuito all'Assistenza Primaria distrettuale), residente in zone particolarmente disagiate spesso lontane dai centri urbani e dalle aziende ospedaliere, superando la rigidità organizzativa, culturale, legislativa e di ruolo tra medicina di base, medicina ospedaliera e dei servizi, valorizzando le risorse professionali e strutturali già presenti nel territorio, integrando l'intervento sociale con quello sanitario.

### **Origine degli Ospedali di Comunità e del capostipite italiano: Modigliana**

L'origine dei Community Hospitals (cui si ispirano gli Ospedali di Comunità) risale in Gran Bretagna agli anni '20-'40 quando la loro gestione, in termini di erogazione di assistenza, fu affidata ai General Practitioners (corrispondenti ai MMG italiani), col coinvolgimento delle comunità e notevole integrazione con i servizi sociali.

Seguì un decennio d'incerto futuro fra l'80 ed il '90, per la forte riduzione dei finanziamenti alla Sanità che portarono ad una drastica riduzione dei posti letto, ma poi tornarono d'attualità.

Secondo il Prof. Gavino Maciocco: “Dopo la nascita del Servizio Sanitario Nazionale (inglese, ndr) i Community Hospital sono diventati un elemento residuale del sistema; sorprendentemente l'ultima riforma sanitaria (del 1997) li riporta in luce e li affida ai Primary Care Trusts, (PCT)”. (“L'Ospedale di Comunità”. Il Pensiero Scientifico Editore – 2001). A partire dal 2005 le PCT sono le istituzioni sanitarie a carattere locale e territoriale responsabili di garantire ai cittadini tutti i servizi necessari attraverso medici dipendenti oppure con accordi con cooperative, associazioni di medici, “walk in center”. In effetti esercitano la funzione di istituzione “commitente” in quanto acquistano le cure primarie, secondarie e i farmaci per conto della popolazione residente nell'area.

Una ricerca su tutti i Community Hospital nel Regno Unito, condotta nel 2000, ne identificò 471 che rappresentavano il 3% dei posti letto totali (18.579), disponendo in media di 33 letti ognuno e distanti 20 km dal più vicino ospedale per acuti. (Dr. Ian P. Donald “Inghilterra: l'esperienza di Gloucester”. Booksei 6 ASSn6 Friuli Occidentale, febbraio 2001).

Dal 1 luglio 2006 gli Ambulance Trust sono stati ridotti da 29 a 12 e nella stessa data le Strategic Health Authorities sono state ridotte da 28 a 10. Nell'ottobre 2006

le PCT sono state ridotte da 352 a 152. I Community Hospital, invece, insieme ad altri servizi specialistici territoriali, rimangono in numero invariato (ancora 470, secondo il Congresso della Community Hospital Association – CHA, gennaio 2006).

Questo modello innovativo, sorto in Italia per la prima volta in Romagna nel 1995-96, era senza precedenti in Europa ad eccezione degli Inglesi, della Catalogna e del Nord Europa, dove però il medico generale che è dipendente segue solo i pazienti oncologici terminali in strutture protette, insieme agli infermieri e con un rapporto 1/1.

Il primato mondiale è del Canada francofono del Quebec dove gli ospedali generali vengono gestiti da MMG responsabili del servizio, con la collaborazione di assistenti simili ai tirocinanti italiani del biennio di formazione complementare, mentre gli specialisti sono semplici consulenti.

Il termine Ospedale di Comunità (OdC) è traduzione letterale di “Community Hospital”, ed il più conosciuto tra quelli italiani è a Modigliana (FC) che all’inizio si chiamò Country Hospital (CH) e deve la sua notorietà all’incessante opera di divulgazione di questa esperienza da parte dei MMG e dell’ASL.

L’OdC di Modigliana rappresentò **la prima esperienza nazionale di équipe territoriale ed associazionismo medico complesso basata sull’integrazione multiprofessionale**: nacque, all’epoca, per ridurre le tensioni sociali in comunità fortemente preoccupate per la chiusura o riconversione dei piccoli ospedali.

Questa ipotesi di “razionalizzazione” dei servizi, come veniva definita l’opera di riconversione degli ospedali periferici in atto soprattutto nell’Italia centrale, ovviamente incontrò resistenze notevoli soprattutto da parte delle popolazioni locali che, in molte realtà, vennero rappresentate da Comitati Cittadini.

L’ospedale “Poveri di Cristo” di Modigliana operò come Ente locale sino alla costituzione delle Unità Sanitarie Locali (1978) ed ancora fino al 1993, quando fu riconvertito in ottemperanza alla Legge Finanziaria 1992 (n. 412 del 30.12.1991) che imponeva “la chiusura o la riconversione dei presidi ospedalieri con meno di 120 posti letto”.

La nuova situazione creò la necessità di utilizzare in modo razionale quell’immobile che, da un giorno all’altro e con grande indignazione delle comunità, veniva a perdere le sue funzioni senza un immediato ricambio.

L’Amministrazione comunale di Modigliana, recependo questa rabbia popolare, si mise a capo di un gruppo di nove comuni che, in ambito regionale, solleccarono le istituzioni a soprassedere allo smantellamento dei piccoli ospedali periferici.

Essa coinvolse da subito i MMG considerandoli di fatto i più vicini conoscitori delle esigenze socio-sanitarie della popolazione, tanto da essere ritenuti una sorta di “ammortizzatore sociale” perché considerati affidabili sia dalle istituzioni che dal Comitato Cittadino.

Nella sola regione Emilia-Romagna ci si preparava a chiudere nei successivi anni, prevalentemente riconvertendoli, 55 presidi ospedalieri su 90, molti dei quali espressione della solidarietà sociale e di beneficenza individuale esercitata nei secoli precedenti.

Il Country Hospital di Modigliana fu deliberato dal Direttore Generale dell'Asl di Forlì Dott. Lino Nardozi il 22 gennaio 1996 (n°82/96) come: “Progetto sperimentale di intervento di Assistenza Sanitaria Residenziale con l'attivazione di otto posti letto protetti presso la struttura Socio-Sanitaria di Modigliana”, che andavano a sostituire gli otto posti letto del day hospital, attivo solo per 12 ore, perché si forniva così “una più adeguata risposta ai bisogni assistenziali delle popolazioni di Modigliana e Tredozio” cui era destinato.

In particolare, si parlava di LETTI PROTETTI intendendo con tale termine strutture destinate ad ospitare pazienti in dimissione da reparti per acuti dell'ospedale, per i quali fosse necessario consolidare le condizioni fisiche o continuare il processo di recupero in ambito non ospedaliero, ovvero pazienti per i quali il MMG richiedeva un ambiente “protetto” (come appunto in delibera) per attuare o proseguire le terapie domiciliari.

Obiettivi primari erano e sono la stabilizzazione dello stato clinico generale e dei risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, la prevenzione delle complicanze e il recupero dell'autonomia, favorendo il rientro a domicilio o il ricorso a forme assistenziali territoriali, infine ritardare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali.

I riferimenti legislativi richiamati nella delibera furono: a) per l'attivazione del servizio, le linee guida del progetto obiettivo “Tutela della salute degli anziani”, elaborate dal Ministero della sanità, pubblicato con il D.P.R. 1/3/1994, di approvazione del PSN nonché i contenuti del punto 3E dello stesso Piano “Assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati” che aveva come obiettivo la promozione del recupero di autonomia dei soggetti non autosufficienti, tra cui anche gli anziani, tramite trattamenti sanitari in regime residenziale; b) per l'individualizzazione dei destinatari, l'art.2 della Legge regionale dell'Emilia-Romagna del 3/2/1994 n°5 “Tutela e valorizzazione delle persone anziane, interventi a favore di anziani non autosufficienti” e la Legge regionale del 20/7/1994 n°29 “Assistenza a domicilio dei pazienti terminali” che già prevedeva la prosecuzione delle terapie per questi malati a livello domiciliare o in idonee residenze collettive.

Si trattò per l'Italia di un modello originale di struttura sanitaria residenziale, come l'esperienza di Premilcuore avviata l'anno precedente dalla stessa Ausl (delibera n°322 del 1995) che, pur con caratteristiche analoghe, insisteva in una realtà diversa (un solo comune con soli 900 residenti, quattro posti letto ricavati nell'ambito di una casa protetta già esistente, due medici coinvolti di cui uno anche sindaco del paese) ed era più facile da realizzarsi.

Il CH di Modigliana rappresentò una novità perché sostituì la responsabilità clinica degli ospedalieri nel reparto di medicina generale dismesso, affidandola ai MMG e, nell'orario di loro competenza (notturno, festivi e prefestivi), ai colleghi dell'allora guardia medica, oggi continuità assistenziale; inoltre coinvolse i due comuni della valle del Tramazzo (Modigliana, 4768 abitanti e Tredozio, 1385) che perciò deliberarono congiuntamente.

Fu così che i cinque MMG titolari di convenzione nei due comuni interessati ed il loro abituale sostituto, all'epoca impegnato nella guardia medica, si accordarono con il Direttore Generale per la triennale sperimentazione della gestione del CH e della Rsa; con tipologie di ricoveri che, comparati tra quelli dell'ultimo anno di attività del reparto (1993), quelli dell'OdC e quelli dell'ospedale di Santa Sofia (FC) dell'Asl di Forlì, ancora attivo come reparto di medicina perché in zona particolarmente disagiata, sono risultati sovrapponibili nel 90% dei casi.

L'impegno assunto dai MMG consisteva nella responsabilità clinica dell'accoglienza ed assistenza del paziente nella struttura, con cadenze programmate e turni di pronta disponibilità: tre ore tutte le mattine dal lunedì al venerdì, turni di due ore due volte la settimana (mattina o pomeriggio), un'ora di meeting il venerdì fra i MMG, il dirigente di Distretto, la caposala.

Questi incontri sono serviti moltissimo per conoscersi meglio tra MMG e per condividere con la dirigenza distrettuale i problemi dell'azienda, affrontando insieme le difficoltà organizzative, discutendo di nuovi ricoveri e dimissioni, elaborando la necessaria nuova modulistica, incontrando colleghi ed amministratori pubblici di enti e aziende provenienti da tutt'Italia per conoscere il modello dal vivo e poi riproporlo, in base alle necessità e risorse locali, nelle loro realtà.

L'8 luglio 1996 sarebbe stata attivata negli stessi locali la prima Residenza Sanitaria Assistita (Rsa) forlivese con 20 posti letto, sempre gestita dai MMG e destinata a persone prevalentemente anziane affette da patologie croniche e/o problemi di ordine sociale.

Nel 1998, avendo conseguito gli obiettivi fissati, terminò la fase sperimentale e nell'occasione il Dott. Lino Nardozi scrisse ai MMG. Come doveroso omaggio all'ideatore del Country Hospital riporto il testo che risultò allora profetico ma è ancora oggi attuale: *“La Sanità italiana sta vivendo anni di grande cambiamento con il passaggio da un sistema orientato quasi solo alla cura e quindi ospedalocentrico ad un sistema di approccio globale al problema della salute: con l'aziendalizzazione, che ha riposto al centro del sistema il cittadino; con il contenimento delle risorse, a fronte di un aumento di domanda e di bisogno, che ha imposto una riscrittura delle priorità. Per vincere queste sfide è stata messa in campo anche una buona dose di fantasia che ha permesso di sperimentare nuovi modelli organizzativi, come il Country Hospital, molto positivi in quanto permettono: di avere una maggiore modularità di approccio al paziente, di ridare un ruolo agli ex ospedali riconvertiti, di reinserire nel sistema i Medici di medicina generale, sia valorizzandone l'aspetto professionale sia rafforzandone lo spirito di gruppo, di recuperare la fiducia dei cittadini verso le istituzioni. Il successo dell'iniziativa deve servire come stimolo per l'ulteriore miglioramento e diffusione del modello”*.

Il 27 ottobre 2001 a Forlì, in occasione del 1° Convegno nazionale dedicato a questi nuovi ospedali e promosso dall'ASL, fu ribattezzato Ospedale di Comunità (OdC), perché strutture analoghe ma indicate con termini diversi, sorte per imitazione in tutto il Paese, determinavano una confusione terminologica che ne rendeva difficile il confronto.

L'allora Direttore Generale dell'Asl di Forlì, Dott. Massimo Piratelli, riferendosi

all'OdC di Modigliana, evidenziò che il tasso di ospedalizzazione, dal 1996 al 2001, era ridotto di circa dieci punti percentuali. (Atti del 1° convegno nazionale: dal country hospital all'ospedale di Distretto 2001).

Nel gennaio 2002, su suggerimento dei MMG e per far fronte alla maggiore richiesta, l'azienda sanitaria "riparametrò" i posti letto, riducendoli a 20 ma tutti destinati ai residenti (12 per l'OdC e 8 per l'RSA).

Nel giugno 2007 il Direttore Generale dell'Ausl, Dott. Claudio Mazzoni, portò a 18 i posti letto in OdC e aggiunse due posti letto per il Day Hospital, andando all'eliminazione del servizio di RSA; nello stesso momento, nel medesimo immobile al piano rialzato, tutti i MMG trasferirono in loro ambulatori realizzando la medicina di gruppo all'interno del Nucleo di Cure Primarie - Avanzato - Sperimentale (NCP. AS) della valle del Tramazzo.

L'ex ospedale "Poveri di Cristo" di Modigliana oggi Presidio Socio Sanitario (PSS), su quattro piani ognuno di 450 mq, offre attualmente:

- al piano rialzato la medicina di gruppo, il servizio di ambulanze del 118 H24, la palestra di FK'T e l'ambulatorio della fisiatra, la radiologia;
- al 1° piano assistenza domiciliare infermieristica, salute infanzia-vaccinazioni, neuropsichiatria, psichiatria, psicologia e riabilitazione infantile, igiene pubblica, servizio veterinario, centro unico di prenotazione, prelievi, ecografie e gli ambulatori specialistici di cardiologia, chirurgia, dermatologia, fisioterapia e riabilitazione, ginecologia, neurologia, ortopedia, urologia, Orl, endocrinologia;
- al 2° e 3° piano l'OdC e il DH (2 p/l) con 1 caposala, 6 infermieri e 11 operatori socio-sanitari (OSS); il servizio di C.A.

Inoltre, il PSS è contiguo alla Casa Protetta comunale (29 p/l) che ospita anche l'ambulatorio pubblico di odontoiatria, le sedi del TdM e dell'Avis.

I dati economici riferiti al 2007 ci dicono di un costo complessivo della struttura (OdC+Rsa) di 985.173 euro, con un costo posto letto/die di 143,48 euro per l'OdC e 122,16 euro per l'RSA.

## La "mission" dell'Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità fa parte del sistema della RESIDENZIALITÀ nell'area della CRONICITÀ RIACUTIZZATA, ed è il servizio distrettuale a maggiore valenza sanitaria; rappresenta un modo intelligente di riconvertire un piccolo ospedale e consente degenze brevi, in letti protetti o di sollievo, per dimissioni precoci dagli ospedali tradizionali.

La definizione più appropriata di questo nuovo servizio, fatta propria successivamente dai provvedimenti legislativi regionali, era e rimane quella proposta nelle linee guida della SIMET (1998) e della FIMMG (2003): **"Struttura sanitaria terri-**

**toriale residenziale inserita nella rete dei servizi delle cure primarie, in grado di rispondere anche ad alcune esigenze sociali, che prevede la gestione diretta di posti letto da parte dei medici di medicina generale (MMG) di quel bacino d'utenza, destinata a persone residenti e quindi loro assistiti, prevalentemente anziane non autosufficienti, che non necessitano della complessità del secondo livello (ospedaliero) ma che non possono risolvere i loro problemi a domicilio.”**

Per quest'ultima ragione l'OdC è stato anche indicato come “anello di congiunzione” o “ponte” tra il territorio e l'ospedale tradizionale; d'altra parte queste situazioni di necessità socio-sanitarie sono estremamente diffuse in Italia e l'Università milanese “Bocconi”, dopo averlo progettato nel 1996, già nel 1999 suggerì quello di Modigliana come “modello da imitare”.

L'OdC favorisce risposte assistenziali in regime di ricovero a pazienti affetti da riacutizzazioni di malattie croniche, esiti di interventi chirurgici o patologie terminali che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica ad elevata tecnologia.

Obiettivi primari sono la stabilizzazione dello stato clinico generale e dei risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, la prevenzione delle complicanze e il recupero dell'autonomia per il rientro a domicilio, il ritardare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali (tabella 2 in allegato).

---

### **Tabella 2 - Patologie trattate nell'Ospedale di Comunità**

---

(In collaborazione con l'ospedale per acuti e con gli specialisti ambulatoriali del territorio)

- 1) Neoplasie anche in fase terminale;
- 2) BPCO in fase di riacutizzazione, Broncopolmoniti non complicate;
- 3) Vasculopatie acute o subacute (ictus, TIA, flebotrombosi, tromboflebiti) non complicate;
- 4) Patologie cardiache croniche in fase di scompenso;
- 5) Sindromi dispeptiche, gastroenteriti, coliti;
- 6) Coliche addominali regredite al primo trattamento in corso di osservazione e accertamenti;
- 7) Malattie croniche del fegato e malattie da malassorbimento in corso di cicli terapeutici;
- 8) Infezioni delle vie urinarie con o senza ritenzione di urina;
- 9) Malattie degenerative del SNC (M. di Parkinson, etc.);
- 10) Esiti non stabilizzati di traumi e vasculopatie acute cerebrali in corso di riabilitazione;
- 11) Malattie comportamentali trattabili in struttura aperta in accordo col Servizio di Salute Mentale;
- 12) Malattie endocrinologiche in corso di scompenso o periodico accertamento;
- 13) Patologie infettive di non particolare impegno diagnostico-terapeutico (herpes zooster, etc.).

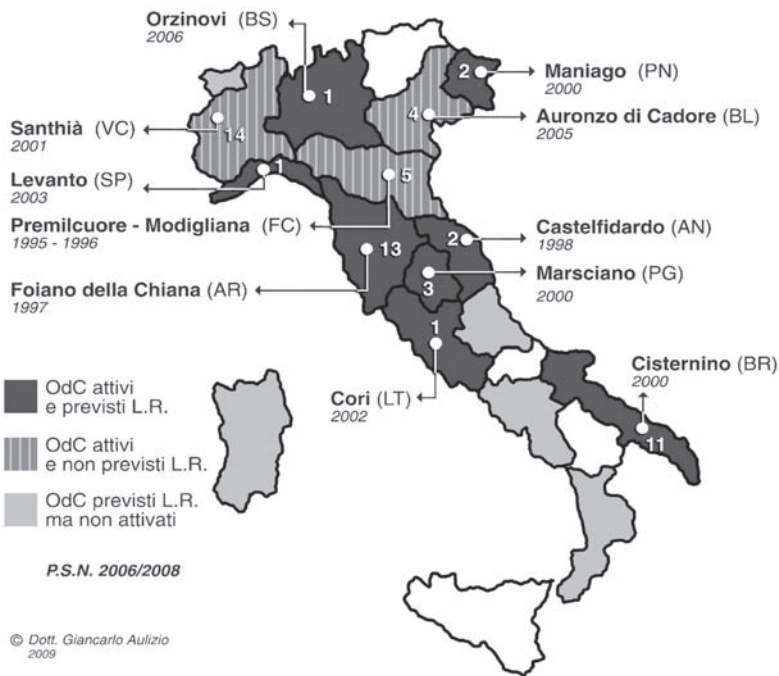
*Se trattati in ospedale sono definiti “ricoveri impropri” e codificati, secondo i drg, fra i casi outliers.*

---



L'OdC si è quindi diffuso in 57 realtà di undici regioni (tabella 3 in allegato) che, in ordine cronologico per l'attivazione, sono: Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Puglia, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Lazio, Liguria, Veneto, Lombardia; con tredici di esse che per attivarlo lo hanno inserito nelle loro leggi sanitarie, (tabella 4 in allegato), mentre altre si accingono a farlo ed alcune li hanno realizzati con accordi aziendali in carenza di strumenti programmatici regionali.

### Mappa degli Ospedali di Comunità attivi



Finita la fase sperimentale, sono state elaborate le Linee Guida degli OdC realizzate dalla SIMET (1998) e dalla FIMMG (2003); il TdM e poi Cittadinanza Attiva li hanno premiati più volte, le riviste scientifiche ne hanno fatto, fra i servizi distrettuali, l'argomento più trattato negli ultimi anni, mentre da tempo sono alla base di studi e ricerche che si attuano anche in ambiente universitario.

Decine di tesi sono state discusse in diverse Facoltà di numerose Università, in molti casi per la Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, e dimostrano quanto interesse suscitino questi servizi anche fra il personale infermieristico che, come i medici, è coinvolto da protagonista nelle nuove forme organizzative di assistenza sanitaria.

Gli OdC coinvolgono attualmente quasi 200 comuni ed una popolazione di

riferimento complessiva o bacino d'utenza di due milioni di persone; la dotazione totale di posti letto è di circa 700, che impegnano almeno 500 MMG e migliaia fra infermieri e addetti alla persona.

L'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 1998-2000, art. 15 comma 4, identifica le risorse professionali e gli obiettivi che vanno raggiunti attraverso le équipe territoriali: "Al fine di assicurare l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento".

A lungo atteso è giunto anche il riferimento nazionale con l'ultimo Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che, a proposito della riorganizzazione delle cure primarie, recita (par. 3.5): **“Va inoltre ricordato il sistema delle cure primarie con quello delle cure ospedaliere completando l'offerta dei servizi di Cure intermedie con lo sviluppo, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'Ospedale di Comunità, a cura dei medici di Assistenza PriMaria, quale struttura dedicata all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto, ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti”**.

Ormai non vi è congresso o convegno dedicato all'Assistenza Primaria nel quale questo servizio non sia trattato, soprattutto si approfondisce il suo ruolo in rapporto alla riorganizzazione delle cure territoriali ed alla possibile integrazione socio-sanitaria nell'ambito della continuità del percorso assistenziale.

Con l'attivazione degli OdC tra le comunità che ne beneficiano si è riaperto l'ospedale, perché i cittadini identificano questo servizio con la possibilità di essere ricoverati per il tempo che serve a risolvere i loro problemi, ciò indipendentemente dal nome che viene attribuito alla struttura, e non si sono più ripetute le tensioni sociali che li avevano ispirati anche perché vengono seguiti dai loro medici di fiducia.

---

### Tabella 3 - I motivi principali di soddisfazione dei cittadini

---

- a) con l'OdC, l'ospedale è aperto o non si è mai chiuso:** in quanto i cittadini considerano il servizio ospedaliero come un luogo cui si ricorre al bisogno, con un ricovero residenziale sufficiente a risolvere il problema;
  - b) la fiducia del curante:** i pazienti conoscono bene i medici che li ricoverano, precedendoli con una cartella anamnestica informatizzata, li seguono durante la degenza e li dimettono;
  - c) la presenza di familiari e amici:** essi possono assistere molto più facilmente i ricoverati di quanto non sia possibile nelle strutture ospedaliere tradizionali, per le distanze e gli orari;
  - d) struttura confortevole:** l'ambiente presenta in genere condizioni alberghiere medio-alte e prevede spazi per socializzare e per servizi alla persona;
  - e) evita processi di “spersonalizzazione”:** i ricoverati sono assistiti nella loro comunità e dai loro medici di fiducia.
- 

Fonte: Linee guida Fimmg sull'Ospedale di Comunità, 2003

Gli OdC si sono rivelati necessari al territorio perché hanno **valenza residenziale prevalentemente sanitaria** e rispondono più tempestivamente alle necessità cliniche della persona malata, a differenza degli altri servizi (RSA, Case di riposo, protette) in cui prevalgono gli aspetti sociali o socio-sanitari ed i cui accessi sono determinati da liste d'attesa o da commissioni di valutazione che spesso possono rallentare la risposta a bisogni in quei momenti indifferibili.

**Tabella 4 - Differenza tra Residenza sanitaria assistenziale e Ospedale di Comunità**

<b>Residenza Sanitaria Assistenziale</b>	<b>Ospedale di Comunità</b>
Costo minore (130 euro posto letto/die)	Costo poco superiore (150 euro posto letto/die)
Accesso con valutazione UVG, più lento	Accesso programmato dal MMG, più rapido
Più assistenza socio-sanitaria protratta	Più assistenza sanitaria per periodi ridotti
Prevalentemente non autosufficienti in fase di riabilitazione	Fase riacutizzata della patologia cronica e postacuzie, in dimissioni protette
Ricovero anche per mesi	Ricovero periodi brevi, max 30gg

Fonte: G. Aulizio

Quando ad un OdC si affianca una UTAP o Casa della Salute (che lo prevede tra i servizi erogabili al suo interno), magari nello stesso immobile che ospita anche la maggior parte dei servizi territoriali, si ottiene un vero e proprio **Presidio socio-sanitario (PSS)** ossia la massima sinergia nell'ambito dell'Assistenza Primaria e lo stesso OdC funziona da "volano" per ulteriori investimenti professionali e tecnologici che finiscono per favorire i residenti.

I Presidi socio-sanitari ritenuti più avanzati in Italia sono a Modigliana (FC), Foiano della Chiana (AR), Arcevia (AN) e Maniago (PN), in ordine non solo alle prestazioni possibili ma all'integrazione multiprofessionale presente che vede operatori diversi collaborare a stretto contatto anche con l'uso di strumenti informatici e di telemedicina.

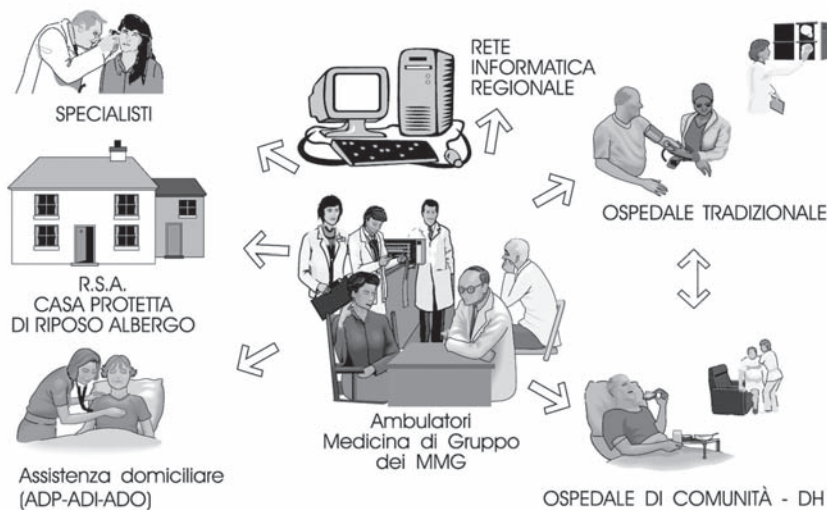
## **Il ruolo e le motivazioni del medico di medicina generale**

Il medico di medicina generale riveste un ruolo centrale nell'operatività dell'Assistenza Primaria perché segue il proprio assistito di cui è il responsabile clinico, ed è tra i principali attori nell'induzione di spesa sanitaria perché il più presente sul territorio con varie mansioni: ambulatoriale, domiciliare nelle varie forme, di responsabile clinico delle strutture di ricovero (OdC, RSA, Case protette e di riposo).

---

**Possibili percorsi Assistenza Primaria**


---



Elaborato G. Aulizio

---

Di conseguenza egli assume un nuovo ruolo nel SSN rispetto al passato anche se, occorre precisare, il cosiddetto medico di famiglia o di fiducia ha sempre rappresentato per il proprio assistito un punto di riferimento indispensabile, non solo come utile mezzo per districarsi in una sanità che spesso comporta una complessa accessibilità nei suoi percorsi assistenziali, ma per il particolare rapporto che s'instaura fra loro.

Un rapporto davvero unico e profondo che si caratterizza per la conoscenza della storia sanitaria dell'assistito e per la confidenza che s'instaura anche sui suoi problemi familiari e lavorativi, sulle sue amarezze e preoccupazioni.

Un rapporto positivo confermato dalla soddisfazione che i cittadini esprimono verso i loro medici di famiglia attraverso i periodici sondaggi (vedi capitolo dedicato); un rapporto che in definitiva si basa sulla capacità di dialogare e di instaurare un legame di fiducia.

All'inizio delle nuove esperienze negli OdC le perplessità dei MMG coinvolti erano motivate perché:

- a) costituiva un precedente;
- b) occorre erano atti formali innovativi non previsti dal contratto nazionale (all'epoca era in vigore la Convenzione sottoscritta nel 1992!);
- c) pertanto, non erano previste coperture assicurative perché l'incarico esulava da quelli previsti nell'ACN;
- d) esisteva l'incognita della compatibilità a lavorare in équipe (fu la prima esperienza

territoriale e di associazionismo medico complesso), essendo stati fino ad allora abituati ad una gestione “da solisti “ dell’attività professionale.

Si rendeva sempre più necessario ed improcrastinabile uscire dall’isolamento che riguardava quei MMG impegnati soprattutto nei comuni periferici, occorreva rimettersi in gioco, utilizzare le specializzazioni, considerando l’associazionismo come la strada maestra di una medicina più moderna ed efficace.

In realtà vi erano precedenti importanti perché le tradizionali strutture di ricovero per anziani come le Case protette e di riposo e le emergenti RSA erano gestite per la parte sanitaria dai MMG che, fino al 1978 in quanto medici condotti ed in seguito comunque convenzionati col SSN, si dividevano fra l’attività sul territorio, quella ambulatoriale e, ove esistente, quella ospedaliera svolta come collaboratori dei diversi primari unici titolari dell’attività in ospedale.

L’esperienza della responsabilità clinica condivisa all’interno degli OdC ha fatto superare le iniziali perplessità ed ha rappresentato per i MMG coinvolti un valore aggiunto perché, prima che diventasse obbligatorio l’associazionismo, ha consentito loro di uscire dai singoli studi per aprirsi al confronto con se stessi e le altre professionalità.

Tra le motivazioni importanti c’è da sottolineare la possibilità di offrire al proprio assistito malato una opzione sanitaria aggiuntiva e particolarmente gradita.

## **Il ruolo e le motivazione del personale infermieristico**

Il ruolo del personale infermieristico è particolarmente rilevante all’interno dell’Ospedale di Comunità dove il MMG non è presente per tutte le 24 ore e, quindi, la sua autonomia e conseguente responsabilità sono messe in risalto.

Quando fu attivato l’OdC di Camerata-Firenze, nel 1999, un giornale locale titolò: “L’Ospedale degli infermieri”, sottolineandone così il ruolo di protagonisti all’interno della struttura.

Nell’OdC la figura dell’infermiere viene valorizzata perché le persone ricoverate hanno un elevato bisogno assistenziale ed una notevole riduzione dell’autosufficienza e perché, dal punto di vista professionale, si creano le condizioni per un aggiornamento continuo.

I ricoverati sono affetti da pluripatologie, si tratta quindi di un piccolo reparto con patologie varie che richiedono diverse competenze: terapia del malato terminale, terapia del dolore, medicazioni, supporto educativo-relazionale alle famiglie, rapporto con medici di base e specialisti diversi.

Col gruppo dei MMG il personale infermieristico assume un rapporto professionale complesso ma fonte di arricchimento culturale per tutti: i MMG operano infatti con modalità del tutto personali e in presenza della stessa patologia hanno a volte approcci terapeutici diversi che conseguono alla storica abitudine a lavorare singolarmente nei propri ambulatori.

Il rapporto infermiere-paziente è molto umanizzato perché frequentemente si tratta di operatori residenti nelle stesse località che ospitano l'OdC, con conoscenze interpersonali che si sono sviluppate all'esterno della struttura.

Il MMG concorda con la caposala il giorno d'ingresso ed il periodo presunto di degenza e fa precedere l'ingresso in struttura da una cartella informatizzata che contiene non solo la storia clinica ma anche le analisi laboratoristiche, le indagini diagnostiche da richiedere e le prime terapie.

Al personale infermieristico spetta il compito di prendere in carico il paziente seguendo un percorso concordato col MMG per l'accettazione e per la dimissione.

L'obiettivo è quello di rispettare le esigenze individuali e globali del paziente e della sua famiglia, impostando la giornata sui bisogni del malato ed offrendo così una cura personalizzata di alta qualità, cercando di rendere l'assistenza meno tecnicistica e più umana.

Il personale infermieristico, per superare la complessità dell'approccio riabilitativo, ha elaborato ed introdotto la Cartella Integrata, valido strumento per offrire interventi coordinati ed integrati, di diversi operatori, secondo un approccio di lavoro di gruppo.

Questo strumento, idoneo per la comunicazione nell'ambito dell'intero team, rappresenta il superamento delle cartelle e/o schede dei singoli professionisti ed è l'espressione di una modalità di lavoro "multiprofessionale", fondata sul lavoro indipendente ma integrato di ciascuno di essi.

La Cartella Integrata orientata per problema favorisce il rapido inserimento del paziente nella struttura, scongiura il rischio di ripetere atti ed interventi valutativi assistenziali da parte dei diversi professionisti, stimola il sinergismo d'azione e la lettura del processo assistenziale utilizzato sia da parte degli operatori del team che da parte di operatori esterni.

### **Metanalisi fra tre analisi comparative sulle esperienze nazionali degli Ospedali di Comunità italiani**

La prima analisi comparativa su questo servizio fu fatta nel 2001, riferita alle 17 esperienze allora attive in Italia, dalla Dott.ssa Maria Luisa Milandri, dirigente dell'Ausl di Forlì, in occasione del "1° Convegno Nazionale: dal country hospital all'ospedale di Distretto – esperienze italiane a confronto".

Ne seguirono molte altre, come quelle di Anna Rosa Marchesi e di Yvonne Caruso (vedi riferimenti bibliografici), e dal confronto emerge che l'approccio multidisciplinare ed interdisciplinare nell'OdC, tramite l'integrazione delle specifiche conoscenze e competenze (MMG, dirigenti Ausl, caposala e infermieri, OSS), sono fondamentali per garantire la continuità assistenziale e la personalizzazione dell'assistenza.

In altre parole, l'OdC ha adottato fin dall'origine ed in funzione della sua

“mission” la modalità operativa dettata dal **Governo Clinico**, di cui oggi si dibatte tanto, intendendo con ciò: “L’approccio integrato per l’ammodernamento del SSN che pone al centro della programmazione e della gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità” (Paolo Tedeschi, Cergas Bocconi).

In questi anni si sono anche evidenziate alcune criticità che vanno registrate per andare ad un loro superamento che ne favorirebbe l’ulteriore auspicato sviluppo.

Occorre però sottolineare che la valutazione dei manager aziendali quasi esclusivamente orientata sulla base di bilanci annuali finisce talvolta per scoraggiare interventi economici ed organizzativi pluriennali da parte delle ASL; ciò è alla base di molti ripensamenti di strutture già annunciate, programmate, deliberate e, persino, inaugurate che poi sono state “dimenticate” per mutate esigenze economiche e/o cambi di rappresentanza ai vertici istituzionali o dirigenziali.

I punti di debolezza rilevati in molti OdC e già evidenziati nelle linee guida FIMMG sono:

- a) la non ancora puntualmente appropriata definizione dei criteri di ammissione/dimissione;
- b) il rischio di trasferire modalità organizzative tipiche dell’ospedale tradizionale (gerarchie, linee guida, orari, ecc), che potrebbe mortificare l’originalità del servizio che ha proprio nella continuità in OdC del rapporto medico-paziente il valore aggiunto più importante;
- c) difficoltà nella valutazione dell’attività per disomogeneità nei criteri e negli strumenti di valutazione, come gli indicatori di attività e risultato, causata dalla eccessiva variabilità delle esperienze;
- d) rischio di burn-out per il personale infermieristico, addetti all’assistenza e MMG, per questi ultimi in particolare se l’impegno professionale non viene attentamente calibrato rispetto alle altre attività tutte importanti che sono chiamati a svolgere.

---

**Tabella 5 - Requisiti e criteri generali per l’accesso dei pazienti nell’Ospedale di Comunità**

---

- 1) temporaneamente senza adeguato supporto familiare o ambientale;
- 2) malati con patologie croniche dimessi precocemente dagli ospedali dopo il primo trattamento;
- 3) malati con compromissione generale per patologia di tipo evolutivo;
- 4) pazienti affetti da patologie in fase terminale;
- 5) pazienti in regime di Day Hospital.

---

Fonte: Linee guida Fimmg sull’Ospedale di Comunità, 2003

La flessibilità del modello è uno dei vantaggi maggiori, dovuto alla mancanza di una rigidità legislativa che ha consentito il realizzarsi di molteplici esperienze basate sulle risorse locali (strutturali, professionali e tecnologiche), però non permette di definire a priori le caratteristiche degli OdC che nascono all'interno di una cornice comune (affidati a MMG, per persone residenti, in piccoli-medi comuni, ecc) ma si differenziano sulla base delle risorse messe in campo nelle singole esperienze.

## Conclusioni

L'Ospedale di Comunità, in quanto servizio residenziale territoriale a maggiore intensità sanitaria, è una nuova risorsa distrettuale che si configura come un elemento indispensabile tra l'ospedale tradizionale ed il territorio perché, attraverso anche il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei MMG, contribuisce a realizzare l'obiettivo principale del Servizio Sanitario Nazionale e cioè rispondere ai reali bisogni socio-sanitari della popolazione, in questo caso prevalentemente anziana.

Questi servizi, pur nel rispetto di alcuni criteri di fondo, rappresentano con le loro diversità un esempio di capacità di adattamento del Sistema Sanitario alle esigenze del territorio e non viceversa.

L'OdC è un modello elastico in grado di adattarsi alle diverse realtà e disponibilità, a basso costo (media 146 euro p/1 die) ed alto gradimento degli utenti, può essere attivato in pochissimo tempo nelle strutture per anziani già esistenti sfruttando le economie di servizi e di personale presente, recupera il patrimonio ospedaliero dismesso o sottoutilizzato e realizza quel punto di riferimento indispensabile all'identificazione del Distretto come **Presidio socio-sanitario**; riduce i ricoveri impropri negli ospedali e attenua il rischio di un percorso assistenziale incompleto legato alle dimissioni anticipate, liberando risorse umane e tecnologiche da destinare ad altri importanti servizi e riducendo le liste d'attesa.

In Italia sono attivi **57 Ospedali di Comunità** distribuiti in undici regioni (Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Puglia, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Lazio, Liguria, Veneto, Lombardia), con 200 comuni coinvolti e una popolazione di riferimento complessiva o bacino d'utenza di due milioni di persone; la dotazione totale di posti letto è di circa 700, che (in mancanza di dati precisi cui riferirsi) impegnano circa 500 MMG e almeno un migliaio di operatori fra infermieri e addetti alla persona.

È vero che in sanità i cambiamenti sono difficili ed in genere per le novità l'organizzazione nel suo complesso entra a regime nel corso di decenni, quindi il fatto che in così poco tempo molte regioni siano intervenute con provvedimenti legislativi ad hoc in mancanza di una chiara disposizione nazionale, oggi contenuta nel PSN 2006/08, e, soprattutto, siano intervenute con risorse proprie (economiche, strutturali e professionali) spesso in carenza di provvedimenti d'incentivazione a livello naziona-



le, è motivo di soddisfazione per tutti coloro che hanno creduto in questo servizio.

L'OdC non risulta sempre la soluzione ai problemi socio-sanitari di una realtà, ma rappresenta una alta forma di confronto fra professionalità (MMG, Dirigenti Asl, Continuità Assistenziale, Specialisti del territorio, personale infermieristico, addetti alla cura della persona, amministrativi, ecc) e la maggiore espressione di Equipe multidisciplinare distrettuale che, adottando il modello dell'approccio "Biopsicosociale" al malato, risulta il più adatto "modus operandi" attuabile sul territorio.

Caratteristiche fondamentali degli OdC sono: ricoveri solo per i residenti; gestione clinica del malato effettuata dai MMG e, nell'orario di propria competenza, dai medici della Continuità assistenziale; assistenza infermieristica 24/24 ore; basso costo (146 euro/posto letto/die); alto gradimento degli utenti e dei loro familiari; servizio di emergenza-urgenza presente (ambulanza del 118).

Se invece di 57 OdC con 700 posti letto potessimo contare in Italia su numeri più importanti certamente un paio di quei dieci milioni di ricoveri anno che, non sempre appropriatamente, vanno ad occupare fino al collasso i posti letto degli ospedali tradizionali, limitandone le potenzialità, potrebbero trovare risposte più pertinenti e gradite dai cittadini, fornendo contemporaneamente un miglioramento della qualità dell'assistenza e del risparmio economico.

Lo scrivente ritiene doveroso precisare che eventuali inesattezze contenute nella metanalisi e nelle tabelle, nonostante un lavoro scrupoloso di ricerca ed aggiornamento continuo dei dati disponibili, vanno eventualmente attribuite alla già citata mancanza a tutt'oggi di riferimenti nazionali, regionali e, a volte, persino aziendali.

Si conferma, pertanto, sempre valida la richiesta espressa da chi scrive nel 2001, ossia la necessità di fare chiarezza su questi servizi realizzando un Coordinamento nazionale permanente che riunisca tutte le esperienze di Ospedali di Comunità, ne monitorizzi l'attività, confronti dati, costi, modalità gestionali, affronti i problemi relativi alla contrattazione, alle assicurazioni, in modo tale che pur rispondendo ad esigenze locali partano da criteri generali condivisi.

## Riferimenti bibliografici

- Aulizio G, Giordano V. *Ospedale di Comunità: il progetto di Modigliana*. M.D. Medicinae Doctor, n° 5, febbraio 1998.
- Fagnano C. *Aspettando l'ospedale di Comunità*. Prospettive mediche, n° 4 aprile 1998.
- Mosconi R. *Organizzazione e valutazione della qualità nei servizi agli anziani non autosufficienti: il caso del Country Hospital nell'Azienda USL di Forlì*. Tesi di Laurea della Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Bologna. AA 1997-1998.
- SIMEt. *Linee guida per un modello di Country Hospital*. Roma, settembre 1998.
- Brunello C. *Analisi dei modelli Micro-organizzativi della Medicina di Base. MECOSAN - Management ed economia sanitaria*. Università Bocconi Milano, n° 29, Gennaio-Marzo 1999.
- SIMG. "Country Hospital" *Il medico di medicina generale*. Vademecum 1a Edizione Hippocrates Edizioni Medico Scientifiche. Milano, febbraio 1999.
- Francioso E. *Quelli di Modigliana*. Giornale del Medico, 29 novembre 1999.
- Aulizio G. *Dal Country Hospital all'Ospedale di Distretto: una realtà assistenziale in continua espansione*. Monografia a cura della Novartis - Ciba (VA) 21040 Origgio (VA), febbraio 2000.
- Carniello GS. *L'ospedale di Comunità*. Prospettive, Istituto per la Ricerca Sociale, n°10, giugno 2000.
- AA.VV. *Dal Country Hospital all'ospedale di Distretto: esperienze italiane a confronto*. Atti 1° Convegno Nazionale, Asl Forlì ottobre 2001.
- AA.VV. *L'Ospedale di Comunità: una risposta appropriata?*. Booksei 6 Atti Convegno dell'ASS n.6 Friuli Occidentale, Pordenone novembre 2001.
- Pedace C. ed AA. *L'Ospedale di Comunità*. Il Pensiero Scientifico Editore, novembre 2001.
- Gross D. *Al medico di famiglia il country ben si attaglia*. Occhio Clinico, n°4 aprile 2002.
- Di Marzio S. *Scoppia il boom dei country hospital ma sono ancora troppo pochi*. Doctor n°3, febbraio 2003.
- Bannella C, Gobbi B. *Crescono gli ospedali dei medici di famiglia*. Il Sole-24 Ore, marzo 2003.
- FIMMG. *Linee guida Ospedale di Comunità*, 55° Congresso nazionale, Salsomaggiore 7 novembre 2003.
- Bianchi M. *Prosegue la lunga marcia degli Ospedali di Comunità*. Giornale del Medico, 19 aprile 2004.
- Anonimo. *L'ospedale di comunità a conforto dell'anziano*. Medici Oggi, n°5 maggio 2004.
- Aulizio G. *L'ospedale gestito dai medici di famiglia*. Le ragioni del successo. Medici Oggi, n° / agosto/settembre 2004.
- Aulizio G. *Il country hospital ha 10 anni*. Sole24Ore Sanità, 31 genn. / 6 febb. 2006.
- Marchesi AR. *Il Country Hospital come strumento per la continuità assistenziale*. Tesi di Laurea in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'Università di Roma "Tor Vergata". A.A. 2006-2007.
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Articolo 3.5 La riorganizzazione delle cure primarie.

Bruttomesso G. *Ospedale di Comunità: un modello vincente e sostenibile*. M.D. Medicinae Doctor, n° 29, ottobre 2007.

Aulizio G. *Ospedali di comunità: il piccolo che convince*. Giornale del Medico, 14 aprile 2008.

Di Sisto M. *Ospedali di Comunità: un paradosso italico*. MD Medicinae Doctor n°15, aprile 2008.

Caruso Y. *Risultati di un'indagine conoscitiva sugli Ospedali di Comunità in Italia: dati di attività e riflessioni*. Nell'ambito del convegno su: "Il ruolo dell'Ospedale di Comunità nella rete dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri". Promosso da SICUD e Azienda USL 4. Prato, 16-17 maggio 2008.

Bruttomesso G. *L'assistenza territoriale cresce, ma con fatica*. M.D. Medicinae Doctor n°11, aprile 2009.

Marini A. ed AA. *L'Ospedale di Comunità di Arcevia - dieci anni di attività*. Comune di Arcevia e Asur Marche Zona Territoriale n°4 Senigallia. Tipografia Fabrianese, maggio 2009.

## ALLEGATO

### Tabella 1 - Identikit dell'Ospedale di Comunità

SEDE: strutture fisicamente collegate ai servizi sanitari e socio-assistenziali decentrati, tanto da costituire un PRESIDIO POLIFUNZIONALE; in ex ospedali ma anche in ospedali ancora attivi o nuovi o inserito in altre strutture residenziali.

DENOMINAZIONE STRUTTURA: OdC 74%, CH 11%, altro 15%.

RICOVERO: solo residenti con i loro MMG che hanno aderito.

TIPOLOGIA DI STRUTTURA: 44% Presidio polifunzionale, 26% ex ospedale riconvertito o in uso, 26% inserito in RSA o altro (case protette, di riposo, di cura).

INTERCOMUNALE: coinvolti più di tre comuni nel 65%.

BACINO D'UTENZA: prevalentemente oltre 20 mila abitanti.

FLESSIBILITA': possibilità di offrire cure in regime di DH, inserito in altre strutture (Rsa, Case protette e di riposo, ospedale tradizionale, oppure accanto ad altri reparti ad esempio lungodegenze).

RISORSE PROFESSIONALI: Equipe multiprofessionale territoriale. MMG, medici ospedalieri, coordinatori infermieristici, infermieri, operatori di supporto (O.S.S.), terapisti della riabilitazione, specialisti ambulatoriali, psicologi.

ASSISTENZA SANITARIA: garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico e addetto alla cura della persona, dal servizio di CA nell'orario di competenza, dal servizio dell'Emergenza e dai MMG secondo quattro modalità:

1) Gestione totale: turni a giorni fissi più pronta disponibilità nell'orario diurno (8-20) e MMG che seguono tutti i ricoverati; 2) Accessi residenziali: accessi programmati e remunerati con le modalità dell'ADI ed il MMG segue solo i suoi assistiti; 3) Gestione mista MMG-altri: dove per altri s'intende ospedalieri, medici di Distretto e/o privati; 4) Gestione paraospedaliera: ospedalieri o ex che concordano il ricovero col MMG ma seguono il paziente in struttura.

RESPONSABILI: MMG per la gestione sanitaria, Medico di Distretto per aspetti organizzativi-gestionali.

RESPONSABILITÀ CLINICA: 90% MMG, 10% strutturati.

PRESENZA MMG: 90% accessi, 10% fasce orarie.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: reperibilità nell'80% degli OdC.

COORDINATORI INFERMIERISTICI: presenti nel 95% delle strutture.

PROVENIENZA DEL PAZIENTE: domicilio 54%, ospedale 32%, altro 14%.

POSTI LETTO: 63% da 1 a 10, 26% da 11-20, 11% da 16 a 20, 7% da 11-15. Nel 69 % le stanze sono a due letti.

GIORNATE DI DEGENZA: 11-20 nel 59%, 21-30 nel 26%, 1-10 nel 15%; ideale sotto i 15 giorni, non oltre i 30.

**TASSO D'OCCUPAZIONE:** oltre l'85%.

**INDICE DI ROTAZIONE:** 53% tra 10 e 20, il 26% superiore a 20.

**GIORNI D'ATTESA RICOVERO:** 0-5 nel 52%, 6-10 nel 30%, 16-20 nel 11%, 11-15 nel 7%.

**ETÀ MEDIA DEI RICOVERATI:** oltre i 78 anni.

**DIMENSIONAMENTO:** da 4 a 20 posti letto.

**PATOLOGIE D'ELEZIONE:** sono comuni a tutte le realtà ma risentono dell'epidemiologia e dei servizi della zona: sistema circolatorio (30%), traumi (21%), tumori (13%), respiratorio (10%), disturbi psichici (7%), genitourinari (6%).

**COSTO MEDIO GIORNATA DI DEGENZA 146 EURO:** il più economico è Galliciano (Lu) 102 euro, il più oneroso Montalcino (Si) 333, entrambi in Toscana.

Fonte: Dott. Giancarlo Aulizio 2009

## **Tabella 2 - Gli obiettivi dell'Ospedale di Comunità**

Favorire il concetto della "sicurezza percepita": i residenti devono sentire che il territorio è protetto

Ridurre i ricoveri impropri ospedalieri ed attenuare il problema delle dimissioni precoci

Ridurre il disagio ambientale e la spersonalizzazione del ricovero ospedaliero

Ridurre i rischi della ospedalizzazione e relativi costi umani e finanziari (infezioni, cadute, incontinenza, sindromi ipocinetiche, piaghe da decubito)

Razionalizzare le risorse: a) strutturali, recuperando immobili dismessi o sottoutilizzati; b) finanziarie, riducendo i ricoveri ospedalieri; c) umane e tecnologiche, liberando personale ed apparecchiature ospedaliere da usi impropri rendendoli così disponibili per ridurre le liste d'attesa; d) occupazionali, favorendone il mantenimento in zone disagiate o decentrate

Garantire maggior continuità assistenziale attraverso la valorizzazione della centralità del MMG e le forme associative, anche con la creazione di Equipe multidisciplinari

Favorire l'accesso e la collaborazione dei familiari e del volontariato

Ridurre il pendolarismo dei familiari

Valorizzare il ruolo infermieristico fornendo motivazioni importanti, aumentandone le responsabilità, rivalutandone la professionalità

Favorire un approccio multidisciplinare ai problemi del paziente

Fonte: Linee guida Fimmg sull'Ospedale di Comunità, 2003

**Tabella 3 - Ospedali di Comunità attivati in Italia**

<b>CITTÀ</b>	<b>PROV.</b>	<b>Attivazione</b>	<b>Posti Letto</b>
Premilcuore	Fc	1995	6
Modigliana	Fc	1996	18
Foiano della Chiana	Ar	1997	16
Montalcino	Si	1997	16
Castelfidardo	An	1998	5
Navacchio	Pi	1998	14
San Giovanni Valdarno	Ar	1999	12
Arcevia	An	1999	20
Galliciano	Lu	1999	10
Cisternino	Br	2000	6
Sansepolcro	Ar	2000	14
Montevarchi	Ar	2000	16
Marsciano	Pg	2000	13
Maniago	Pn	2000	7
Siena (Campansi)	Si	2001	18
Copparo	Fe	2001	8
Codroipo	Ud	2001	30
Santhià	Vc	2001	6
Varallo	Vc	2001	10
Perugia	Pg	2002	10
Cori	Lt	2002	16
Demonte	Cn	2002	14
Cecina	Li	2003	12
Levanto	Sp	2003	8
Bitonto	Ba	2003	10
Novara 1	No	2003	22
Novara 2	No	2003	12
Oleggio	No	2003	10
Berzogno Di Pogno	No	2003	10
Cameri	No	2003	10
Trivero	Bi	2003	6
Savignano Sul Rubicone	Fc	2004	8
Torremaggiore	Fg	2004	9
Grosseto	Gr	2004	25
Vico Del Gargano	Fg	2004	10
Grumo Appula	Ba	2004	2

*segue tabella*

segue tabella 3

<b>CITTÀ</b>	<b>PROV.</b>	<b>Attivazione</b>	<b>Posti Letto</b>
Rutigliano	Ba	2004	12
Vieste	Fg	2004	9
Santeramo In Colle	Ba	2004	Non noto
Mercato Saraceno	Fc	2004	4
Auronzo di Cadore	Bl	2005	20
Sannicandro Garganico	Fg	2005	20
Biccarì	Fg	2005	17
Panni	Fg	2005	18
Boves	Cn	2005	20
Città della Pieve	Pg	2005	9
Oleggio	No	2005	10
Padova	Pd	2006	Non noto
Tregnago	Vr	2006	15
Orzinuovi	Bs	2006	4
Casciana Terme	Pi	2006	4
Caprino Veronese	Vr	2007	10
Valdagno	Vi	2007	15
Berzunno di Poggio	No	2008	10
Novara 3	No	2008	10
Marlia	Lu	2008	9
Poggibonsi	Si	2009	18

Fonte: Dott. Giancarlo Aulizio 2009

Passignano Sul Trasimeno, attivato nel 1999 fu poi unificato a quello di Città della Pieve. Bardi e Locorotondo, annunciati rispettivamente nel 2001 e nel 2005, risultano non attivati. Casalbeltrame e Campi Salentina attivati nel 2003 sono stati sospesi nel 2007. Firenze attivato nel 1999, disattivato nel 2008. Varsi e Berceto, in provincia di Parma, sono risultati "Posti di sollievo" nell'ambito di Case Protette.

#### **Tabella 4 - Cronologia dei riferimenti legislativi regionali sugli OdC**

<b>Toscana</b>	<b>Del. C. Reg. le n° 384 25/11/1997</b>
Toscana	PSR 1999-01
Valle d'Aosta	PSSR 2002-04
Marche	PSR 2003-05
Umbria	PSR 2003-05 e 99-01
Friuli Venezia Giulia	PSR 2002-04 (PIMT)
Calabria	PSR 2004-06
Liguria	PSSR 2003-05
Puglia	PSR 2002-04
Sardegna	PSR 2006-08
Lombardia	PSR 2006-08
Abruzzo	Del. di G. Reg.le 1/2007
Lazio	Del. di G. Reg.le 7/2007
Campania	L. Reg.le 11/2008

Fonte: Dott. Giancarlo Aulizio 2009

## **PRINCIPALI PREMI OTTENUTI DAGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ O COUNTRY HOSPITAL**

Concorso Europeo **“Golden Helix Award”**

Progetto finalista: Country Hospital di Modigliana

Istituto per premiare il miglioramento della qualità nella Sanità

Bruxelles, 5a edizione 1997

## **TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO**

**1a Edizione Premio Nazionale “Andrea Alesini”**. Roma, 13.12.1997

Progetto selezionato: Ospedale di Comunità, ASL 8 Arezzo

## **TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO**

**2a Edizione Premio Nazionale “Andrea Alesini”**. Roma, 12.12.1998

Progetto premiato: Ospedale di Comunità, ASL 5 Pisa

Progetto selezionato: 12 posti letto in country hospital a Premilcuore e Modigliana,  
Asl Forlì

## **PREMIO “DULBECCO”**

**3a Edizione della Giornata del Malato**. Arezzo 7.2.1999

Progetto segnalato: Premio qualità tecnico-professionale all' ASL 8 di Arezzo

## **PREMIO “MARIO BONI”**

**51° Congresso Nazionale della FIMMG**, Santa Margherita di Pula (Cagliari)  
16.10.1999

1° Premio ex aequo: L'Ospedale di Comunità di Foiano della Chiana (Asl di  
Arezzo)

## **“PREMIO 5 STELLE”**

**3° Edizione Nazionale “STAR BENE IN OSPEDALE”**, Bologna 24-25  
maggio 2002

Segnalazione di Eccellenza per il Country Hospital (Ospedale di Comunità) di  
Modigliana



## 7.5 Progetti regionali di prevenzione delle malattie cardiovascolari: Disease Management, empowerment del paziente e rapporto fiduciario con il medico di medicina generale

**Ambrogio Aquilino, Alberto Deales, Andrea Musilli,  
Antonio Pagano, Marina Panfilo**

### **Premessa**

L'Italia, rispetto agli altri Paesi, ha una delle popolazioni più anziane al mondo con il 14,6% degli uomini e il 19,8% delle donne con un'età superiore ai 65 anni.

Come ampiamente trattato in varie parti di questo libro, l'attuale quadro assistenziale si è profondamente modificato spinto da longevità, cronicità e necessità di prevenzione, ed è diventato sempre più necessario fare oggi una scelta che permetta di rispondere domani a domande di salute sempre più complesse. Come indicato nel Libro Verde, "La vita buona nella società attiva", è necessario trasformare l'approccio assistenziale/paternalistico alla condizione di malattia e di disagio sociale in un affiancamento del cittadino per aiutarlo a prevenire, per quanto possibile, tali condizioni, passando da una medicina di attesa ad una medicina di iniziativa. In questa ottica, anche Pfizer ritiene strategico supportare tale cambiamento e contribuire attraverso partnership e progettualità di valore ad un rafforzamento dell'Assistenza PriMaria poiché essa rappresenta la prima porta d'ingresso del cittadino al Sistema Sanitario Nazionale e il primo luogo di risposta al suo bisogno di salute. Lo sviluppo dell'Assistenza Primaria in Italia assume in questa prospettiva un'importanza strategica fondamentale per la tutela della salute della popolazione e per la sostenibilità di tutto il Welfare System.

Inserendosi in questo contesto, Pfizer, partendo dalle esperienze precedentemente condotte negli Stati Uniti (Florida Healthy State Program con Medicaid) e Regno Unito (Birmingham Own Health con NHS), in Partnership con le Istituzioni ed in collaborazione con tutti gli attori del Sistema Sanitario (Associazioni Sindacali, Società Scientifiche, Associazioni dei Pazienti, etc.), ha avviato in varie regioni alcuni progetti con l'obiettivo di valutare la fattibilità e l'efficacia di un innovativo modello di presa in carico del paziente nell'ambito della medicina del territorio, definito "Disease

Management”, volto a ridurre l’incidenza dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione generale.

Il Disease Management, rappresenta un approccio sistemico ed Evidence-based alle patologie croniche, che vede il coinvolgimento di tutti gli “erogatori di assistenza” per la presa in carico dei “fabbisogni complessi” di salute del paziente (non soltanto, cioè, dei bisogni di tipo clinico, diagnostico-terapeutico, ma anche di quelli relativi al più ampio concetto di “qualità di vita” secondo il concetto di “salute globale” indicato dall’OMS).

## **Il Programma di Disease Management applicato alle malattie cardiovascolari**

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel Paese con il 44% di tutti i decessi: in particolare la cardiopatia ischemica è responsabile di circa il 28% di tutte le morti, mentre gli ictus cerebro-vascolari sono al terzo posto con il 13%, preceduti dalle malattie tumorali. La prevalenza della malattia diabetica è in crescendo in Italia come nel resto dell’Europa, con una stima del WHO che prevede per il 2025 una prevalenza del 20%. Attualmente nella popolazione Italiana la prevalenza è stimata dal 3-4% delle statistiche ufficiali al 6-11% di indagini mirate, con un 90% dei pazienti affetti da diabete di tipo II.

Il reale impatto sociale di queste malattie può essere ben compreso solo se si prendono in considerazione i soggetti che sopravvivono ad eventi cardiovascolari acuti, e che diventano pertanto malati cronici. Questo stato genera infatti importanti ripercussioni sulla qualità di vita e provoca un sensibile incremento dei costi economici e sociali che la società deve sostenere per far fronte all’aumentato fabbisogno assistenziale così generato. Nel nostro Paese infatti la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare si aggira attorno al 4,4 per mille, con un onere per il sistema sanitario nazionale che può essere stimato attorno a 2,7 miliardi di euro/anno.

La valenza sanitaria e sociale di questi dati è accentuata inoltre dal fatto che le malattie cardiovascolari, o per lo meno la maggioranza di esse, possono essere in larga parte prevenute agendo sui fattori di rischio che ne propiziano l’insorgenza: abitudine tabagica, ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà.

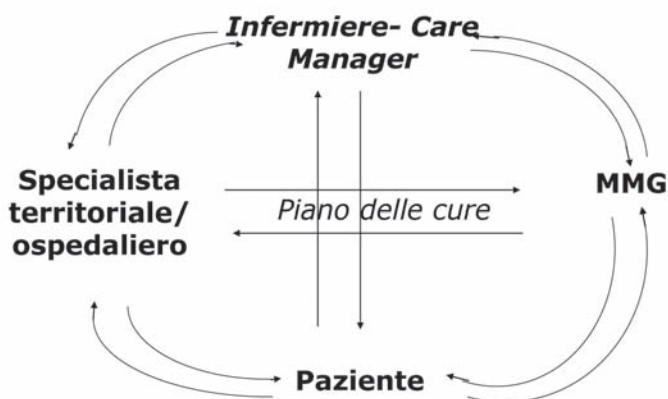
In Italia questo problema ha ricevuto una crescente attenzione nell’ultimo periodo, tanto che la Conferenza Permanente per il rapporti fra Stato, regioni e Province Autonome ha proposto, all’interno degli obiettivi del piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, tutte una serie di misure atte a facilitare lo sviluppo di iniziative rivolte alla prevenzione di questi fattori di rischio.

Il programma di Disease Management si propone di integrare l’attuale assistenza al paziente con malattia cardiovascolare con l’introduzione della figura del care manager (infermiere addestrato) che supporta il medico di medicina generale e lo specialista nella gestione del paziente, operando col paziente di persona, sostenendolo nella fase di cambiamento delle sue abitudini di vita, monitorandone le condizioni e

fornendo tutti i consigli necessari a favorirne una migliore auto-gestione, al fine di accrescerne l'aderenza alle cure.

I risultati dell'applicabilità del Programma nel Sistema Sanitario Italiano, in particolare nell'ambito delle forme aggregate di lavoro dei medici di medicina generale, potranno certamente arricchire quanto già disponibile in letteratura circa le sperimentazioni condotte con successo nei sistemi sanitari di tipo anglosassone dove, ad esempio il programma in corso con l'NHS (Servizio Sanitario Inglese) denominato Birmingham Own Health si è dimostrato in grado di aiutare i pazienti a responsabilizzarsi e mettere in atto comportamenti e stili di vita più salutari, sia nell'attività fisica che nelle abitudini alimentari che nell'abitudine tabagica, producendo conseguenti risultati positivi di tipo clinico nei valori di colesterolo, i valori pressori e dell'emoglobina glicata. Il Programma proposto si basa sul Chronic Care Model, che riconosce, quale elemento essenziale per il trattamento efficace delle condizioni croniche, la partnership tra paziente e professionisti sanitari, in quanto costituisce una valida opportunità di responsabilizzare il paziente ad agire positivamente nella gestione della propria salute. Attraverso l'educazione e la responsabilizzazione del paziente (empowerment) e la collaborazione tra MMG, Care Manager e specialisti in partnership con il paziente si intende infatti migliorare l'aderenza ai percorsi di cura e al trattamento, con una forte attenzione agli stili di vita salutari, per ottenere migliori outcome clinici (*Deliver System Design*) (figura 1).

**Figura 1 - Équipe sanitaria**

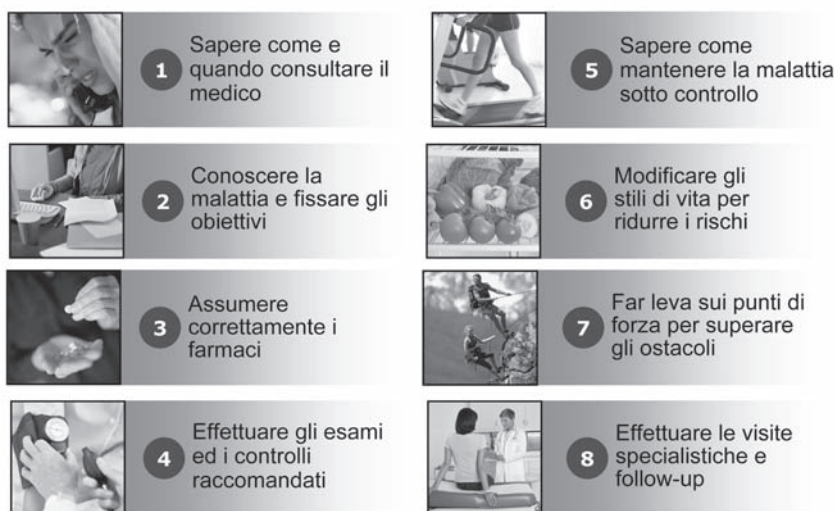


Il team delle cure, diretto dal medico di medicina generale e costituito anche dall'Infermiere e lo Specialista, arriva quindi ad includere anche il paziente che deve essere messo nelle condizioni, attraverso l'intervento del Care Manager, di condividere il proprio piano delle cure personalizzato, di scegliere e agire coscientemente (*Informed Activated Patients*).

Si prevede che l'intervento si realizzi nell'ambito delle forme aggregate dei medici di medicina generale e si basa sul rapporto fiduciario medico-paziente, disegnando percorsi clinici per le patologie cardiovascolari e per la prevenzione primaria e secondaria delle stesse (tutte le raccomandazioni cliniche ed i percorsi assistenziali vengono elaborati e validati all'interno di Comitati Scientifici locali nei quali il contributo del referente regionale della medicina generale risulta di fondamentale importanza), supportando i medici di famiglia ed i pazienti nel loro percorso clinico con Infermieri / Care Manager specificamente formati alle tecniche del coaching (*Prepared and Proactive Practice Team*).

Il CM viene formato sul modello delle "8 priorità", che poi egli applica nell'educazione del paziente, finalizzate al raggiungimento di consapevolezza e capacità di autogestione della condizione cronica (*Self-management Support*) (figura 2).

**Figura 2 - Le "8 priorità"**



Dopo l'arruolamento da parte del medico di famiglia, il CM completa la valutazione iniziale utilizzando le informazioni fornite dal paziente e quelle già contenute nel database del medico. Il medico ed il CM definiscono poi il piano delle cure (piano di salute) individuale che concordano con il paziente. Vengono attivati, ove necessario, consulti specialistici, utilizzando agende esclusive di prenotazione, per completare il piano delle cure (*Decision Support*). Si organizza infine il follow up individualizzato, più o meno intenso a seconda dei bisogni assistenziali. Ogni passaggio viene registrato in un software dedicato sul WEB che ha la funzione di

supporto decisionale per il CM per l'assistenza ed il coaching del paziente, oltre che di strumento per la raccolta dei dati e l'analisi statistica (*Clinical Information System*).

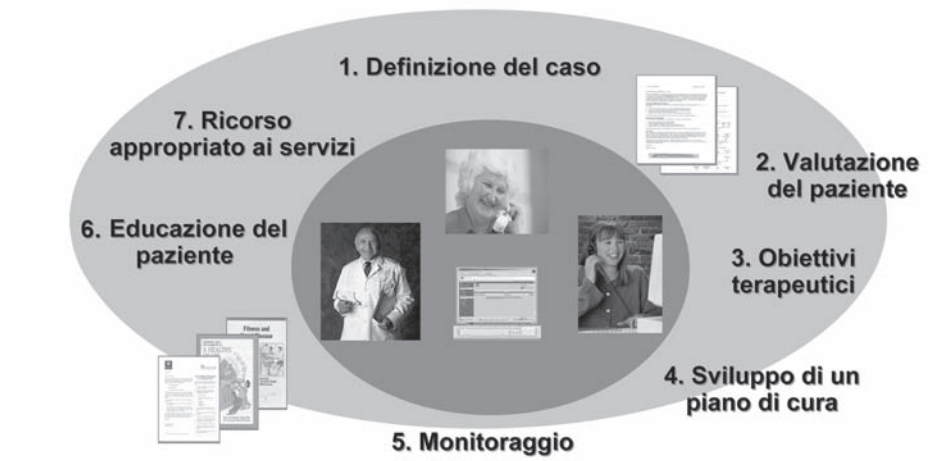
Il programma viene quindi attuato attraverso 7 passaggi fondamentali (figura 3) governati dal medico di medicina generale, che guida e supervisiona gli operatori che con lui collaborano alla gestione del percorso di salute:

1. Verifica dei criteri di inclusione ed esclusione, arruolamento
2. Valutazione del paziente: verifica dello stato di salute del paziente e stratificazione del livello di gravità della patologia
3. Definizione degli obiettivi di salute: gli obiettivi sono costruiti sulla base di raccomandazioni cliniche tratte da una attenta analisi della letteratura
4. Impostazione e sviluppo del piano di salute personalizzato: oltre al piano clinico-terapeutico, il piano di salute è composto anche dal piano assistenziale, cioè da quell'insieme di attività ritenute necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di salute
5. Monitoraggio e valutazione della corretta attuazione del piano di salute
6. Formazione del paziente
7. Ricorso appropriato ai servizi

---

**Figura 3 - Attuazione del programma di Care Management**

---



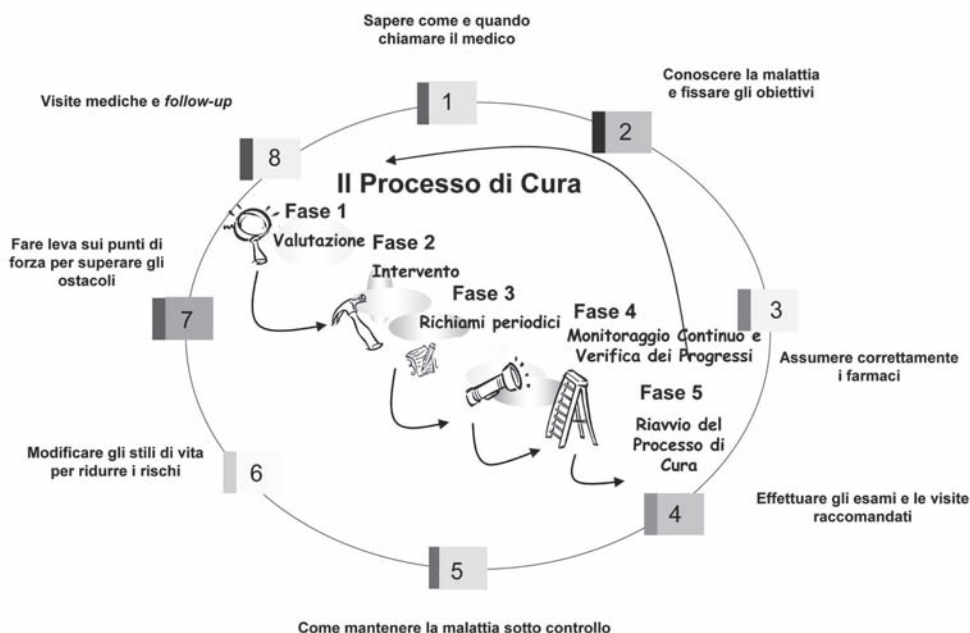
L'Infermiere care manager, nell'attuazione del piano di salute, garantisce la presa in carico assistenziale agendo in relazione diretta con il paziente attraverso una costante:

1. attività di monitoraggio e valutazione dell'adesione al piano di salute
2. attività di "coaching" basata su:
  - Informazione
  - Motivazione
  - Supporto

Il Paziente, in tale contesto di sinergie e relazioni, viene ad assumere un ruolo attivo nel processo assistenziale, in quanto viene responsabilizzato ed educato a comprendere quanto lui stesso possa fare per migliorare gli esiti e la qualità della vita.

Tutto il processo di cura, dall'intervento formativo per gli infermieri sino al materiale educativo per il paziente ed il software gestionale, è strutturato intorno al modello delle "8 priorità" (figura 4).

**Figura 4 - Le "8 Priorità Base" di autogestione da parte del paziente ed il ciclo del processo di cura**



## **Il Progetto LEONARDO**

È stato realizzato presso l'Azienda Sanitaria Locale di Lecce ed in collaborazione con la Regione Puglia e l'ARES Puglia: considerato l'alto tasso di anziani con il 15,2% sopra i 65 anni, l'alta prevalenza delle Malattie Cardiovascolari e diabete e la percezione dei pazienti di bassa qualità delle cure erogate, le autorità sanitarie regionali hanno ritenuto opportuno valutare la fattibilità di un nuovo modello assistenziale che potesse rappresentare una strategia a largo raggio per migliorare la gestione della MCV e delle condizioni croniche, ridurre l'obesità e l'abitudine al fumo tra i residenti, coinvolgendo 85 medici di famiglia riuniti in 20 medicine di gruppo, 30 infermieri / Care Manager e 10 specialisti cardiologi e diabetologi.

Gli obiettivi specifici della sperimentazione erano:

- 1) dimostrare la fattibilità dell'attuazione di programmi di DCM in soggetti con diabete mellito, insufficienza cardiaca cronica e soggetti a rischio o con malattia cardio-vascolare
- 2) Valutare il grado di soddisfazione nei confronti del programma da parte dei pazienti, dei medici e dei Care Manager (CM)
- 3) Identificare e raffinare gli strumenti più idonei per la valutazione dei risultati
- 4) Raffinare e personalizzare l'intervento di DCM perché si adatti all'organizzazione sanitaria locale in vista di un futuro allargamento del programma all'intera Regione Puglia.

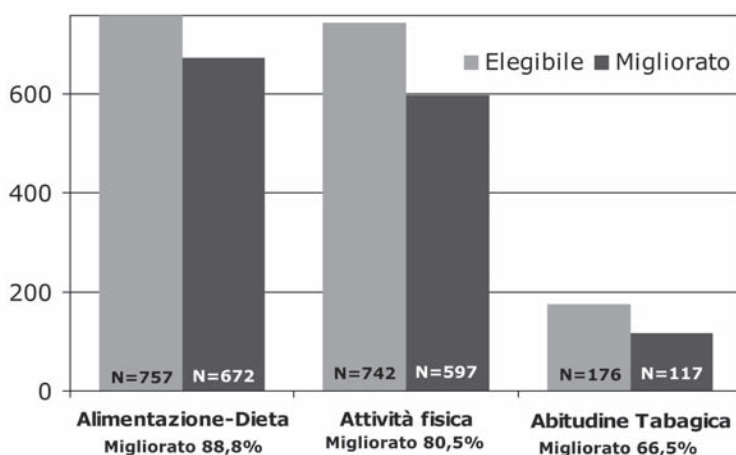
## **Risultati**

L'arruolamento è iniziato nel febbraio 2006 e si è concluso nel dicembre 2006. Il target di arruolamento (previsto in 950 pazienti) è stato raggiunto per tutte le patologie raggiungendo i 1160 pazienti.

I risultati riguardano: i comportamenti salutari, l'aderenza al trattamento e al follow up, la soddisfazione dei pazienti e dei professionisti sanitari e i risultati clinici.

Tra i comportamenti salutari sono stati studiati le abitudini alimentari, l'attività fisica e l'abitudine tabagica. Il modello di riferimento è stato quello di Prochaska, secondo il quale il processo di cambiamento può essere suddiviso in cinque fasi: Precontemplazione, Contemplazione, Preparazione, Azione e Mantenimento. Le cinque fasi rappresentano quindi il processo nel corso del quale ci si prepara e poi si mette in atto il cambiamento, mantenendolo nel tempo.

L'assunzione teorica consiste nel considerare il cambiamento un processo da mettere in atto a piccoli passi, prevedendo interventi educativi differenti per le diverse fasi in cui il paziente si può trovare. La positività dell'atteggiamento, quindi la propensione a mettere in atto e poi mantenere un cambiamento, cresce con l'avanzare nella scala. La percentuale di pazienti in grado di "avanzare" nella scala degli stadi del cambiamento e quindi di avvicinarsi concretamente all'obiettivo del cambiamento è molto alta sia per la dieta (88,8%) e l'attività fisica (80,5%), che per l'abitudine al fumo (66,5%) (figura 5).

**Figura 5 - Progetto Leonardo****Stadi del Cambiamento**

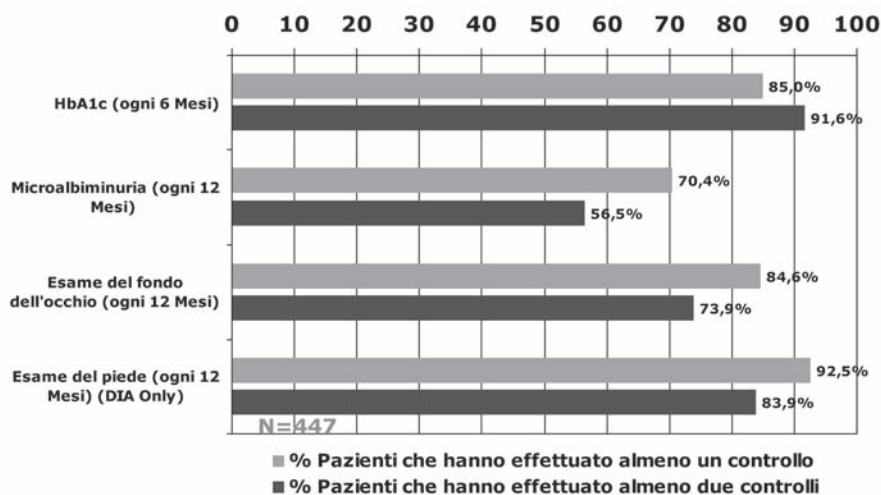
Il livello di aderenza alle linee guida è stato misurato attraverso molteplici indicatori di processo. La definizione di un piano assistenziale individualizzato e il supporto del CM hanno prodotto un buon quadro complessivo del livello di aderenza per tutti i parametri. Particolarmente significativi quelli riguardanti i pazienti diabetici, sia per quanto riguarda l'emoglobina glicata l'HbA1c (85% dei pazienti ha ottenuto una sua valutazione negli ultimi 6 mesi) che per il dosaggio della microalbuminuria (70,4% negli ultimi 12 mesi) (figura 6).

L'aderenza al trattamento farmacologico è stata misurata con la scala di compliance elaborata e validata da Morisky: si somministrano al paziente alcune brevi domande circa l'eventuale dimenticanza dell'assunzione dei farmaci o sulla eventuale tendenza ad interrompere la terapia all'attenuarsi dei sintomi; ogni domanda corrisponde ad un punteggio di valutazione che può essere di 1 (valore negativo) o 0 (valore positivo), risultando così in una scala dove valori più bassi indicano una migliore aderenza. L'aderenza è migliorata in modo significativo dopo 9 mesi: da 1,92 a 0,75.



**Figura 6 - Progetto Leonardo**

**Aderenza alle Linee Guida**



Lo stato di salute è stato valutato con il questionario SF-12 Health Survey, già utilizzato in Italia ad esempio in una indagine ISTAT multiscopo sullo stato di salute degli italiani ed è disponibile una banca dati di riferimento con dati su un campione di 61.434 soggetti rappresentativi della popolazione italiana. Il questionario SF-12 è la versione breve del questionario SF-36: attraverso 12 delle 36 domande del questionario originale permette di indagare, anziché le 8 scale originali, solo i due indici sintetici, PCS Physical Component Summary per lo Stato Fisico e MCS Mental Component Summary per lo Stato mentale. In entrambi gli indici si sono registrati miglioramenti significativi: da 50,4 a 55,7 (salute fisica) e da 50,3 a 55,6 (salute mentale).

È stata inoltre effettuata al termine della sperimentazione una indagine di soddisfazione mediante somministrazione di questionari ai CM, ai MMG e ai pazienti. I questionari anonimi sono stati riconsegnati in busta chiusa o spediti per posta al centro di raccolta, ed il tasso di risposta è stato molto alto, pari al 94%.

Dalle risposte al questionario appare che l'obiettivo di rendere i pazienti consapevoli e partecipi della gestione del proprio piano assistenziale sia stato raggiunto.

Ad esempio il 99% dei pazienti afferma che il Care Manager li coinvolge nelle decisioni in merito alle cure e l'80% si sente più consapevole nel prendere decisioni in merito alla propria salute.

Altro dato particolarmente interessante è che il 69% dei pazienti riferisce che, da quando sono stati inclusi nel progetto, la loro relazione con il medico di famiglia è migliorata.

Le risposte date dai Care Manager nel loro questionario confermano questa percezione dei pazienti. Anche i CM infatti affermano che la relazione tra i pazienti e il MMG sia migliorata (69%) e che l'abilità dei pazienti nel gestire la propria condizione cronica sia cresciuta (100%). I Care Manager sono inoltre complessivamente soddisfatti del loro ruolo nel modello assistenziale (93%) e del compito di lavorare con il paziente per migliorare il suo stato di salute (93%).

Infine il 79% dei 79 medici su 85, che hanno compilato il questionario, afferma che la qualità del tempo dedicato ai pazienti coinvolti nel progetto sia migliorata e il 94% ritiene migliorata l'aderenza al trattamento da parte degli stessi.

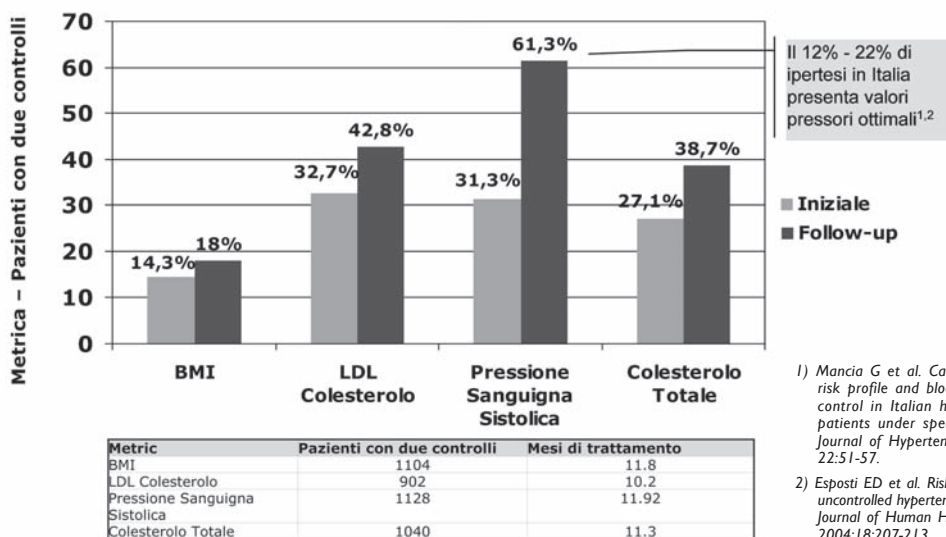
Per quanto riguarda i risultati di esito clinico è necessario chiarire che tra gli obiettivi del protocollo c'era soltanto quello della validazione degli strumenti di valutazione mancando il gruppo di controllo per una piena trasferibilità del risultato clinico. In ogni caso essi hanno un grande valore nel confermare con dati oggettivi le impressioni soggettive raccolte dai questionari.

Per quanto riguarda il BMI il follow up mostra un incremento significativo dei pazienti che rientrano nella normalità, dal 14,3% iniziale al 18,0,4%.

I pazienti che raggiungevano il goal terapeutico per la pressione arteriosa (fissato dal protocollo in 140/90 per tutti e 130/85 per i pazienti diabetici) sono quasi raddoppiati passando dal 31,3% alla prima rilevazione al 61,3% alla fine dello studio. Anche per il colesterolo totale i pazienti che hanno raggiunto il goal previsto dallo studio sono aumentati in modo significativo ( $P > 0,001$ ) dal 27,1% al 38,7%. Analogò il dato per il colesterolo LDL: dal 32,7% al 42,8% (figura 7).

**Figura 7 - Progetto Leonardo**

% di pazienti che raggiunge il goal terapeutico



1) Mancia G et al. Cardiovascular risk profile and blood pressure control in Italian hypertensive patients under specialist care. *Journal of Hypertension*. 2004; 22:51-57.

2) Esposti ED et al. Risk factors for uncontrolled hypertension in Italy. *Journal of Human Hypertension*. 2004;18:207-213.

In conclusione, i dati rilevati suggeriscono che:

- Il modello assistenziale è efficace nel migliorare i comportamenti salutari e gli outcome psicosociali e clinici dei pazienti
- Il modello organizzativo favorisce il coordinamento dell'assistenza tra i professionisti sanitari e fa migliorare la relazione con il paziente e la soddisfazione generale
- Il Care and Disease Management promuove una adeguata adesione alle Linee guida ed ai Protocolli assistenziali
- I CM beneficiano della relazione fiduciaria tra medico di famiglia e paziente, rafforzandola poi con il loro ruolo di sostegno e supporto
- Il progetto dimostra il valore della personalizzazione del piano assistenziale
- I risultati confermano la possibilità di una virtuosa partnership tra pubblico e privato.

## **Il Progetto RAFFAELLO**

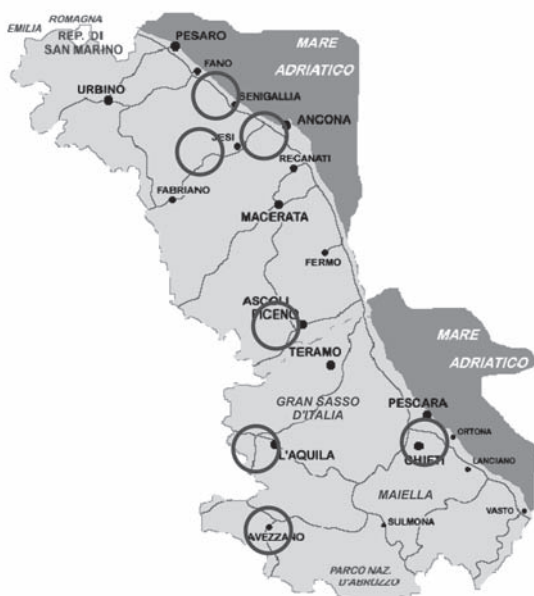
Attuato in Partnership con l'Agenzia Sanitaria Regionale delle Marche e dell'Abruzzo ed ancora in corso di svolgimento, è un progetto di ricerca finalizzato ex art. 12, co-finanziato dal Ministero della Salute e da Pfizer Italia, che ha l'obiettivo di valutare l'efficacia del programma di disease management in quanto innovativo modello di presa in carico del paziente in prevenzione delle malattie cardiovascolari. In particolare l'efficacia verrà misurata come proporzione di pazienti che raggiunge il target di riferimento, in almeno uno dei fattori di rischio cardiovascolare presentati all'arruolamento. È prevista inoltre una valutazione dell'impatto economico dell'introduzione del nuovo modello di presa in carico del paziente e una valutazione di come i determinanti sociali influiscano sull'efficacia del modello stesso.

L'intervento di disease management è in corso di sperimentazione nell'ambito della medicina del territorio: sono state arruolate 12 medicine di gruppo localizzate nelle regione Marche e Abruzzo (figura 8).

La peculiarità organizzativa delle medicine di gruppo ha richiesto alcune attenzioni metodologiche nella conduzione di sperimentazioni, infatti l'intervento considerato eserciterà la sua influenza, diretta o indiretta, su tutti i pazienti afferenti presso la stessa medicina associativa, che pertanto potrebbero mostrare esiti molto simili fra loro. I comuni rapporti interpersonali vigenti fra i pazienti afferenti allo studio della stessa medicina associativa generano infatti atteggiamenti comuni di approvazione o dissenso nei confronti dell'intervento implementato, che inevitabilmente vanno ad influire sui risultati.

Per misurare correttamente l'efficacia dell'introduzione del programma di Disease Management è stato pertanto utilizzato un disegno di studio che consideri

**Figura 8 - Progetto Raffaello - Distretti coinvolti**



**Individuazione random**  
di 6 Distretti sanitari:

**Regione Marche**

- Distretto di Ancona
- Distretto di Jesi
- Distretto di Senigallia
- Distretto di Ascoli Piceno

**Regione Abruzzo**

- Distretto di L'Aquila / Avezzano
- Distretto di Francavilla

queste importanti influenze: il trial randomizzato in cluster, in modo da garantire che le medicine di gruppo selezionate (cluster) siano rappresentative di tutte quelle distribuite sul territorio. Le medicine di gruppo arruolate nella sperimentazione (cluster) sono state casualmente suddivise in due gruppi definiti gruppo controllo e gruppo sperimentale. Solo le medicine arruolate nel gruppo sperimentale hanno adottato il modello di presa in carico del paziente "Disease management". Le medicine del gruppo controllo hanno continuato ad adottare la normale modalità operativa.

L'arruolamento dei pazienti è iniziato a marzo 2008 e si è concluso a luglio 2008 sia per il gruppo casi che per il gruppo controllo; sono stati definiti e attivati i piani di salute per tutti i pazienti arruolati nel gruppo di intervento; la fase sperimentale dello studio avrà termine a Luglio 2009 e l'elaborazione dei risultati avverrà nei sei mesi successivi.

**Il Progetto MICHELANGELO (PREVASC)**

Nato nell'ambito di una Partnership tra la Regione Lazio e Pfizer, il progetto PREVASC è in fase di start-up presso due Distretti della ASL Roma E. Si tratta di uno studio di tipo osservazionale prospettico, su di una coorte di assistiti dei MMG

delle Medicine di Gruppo selezionate, rivolto a soggetti in prevenzione primaria e secondaria, con l'obiettivo di valutare la fattibilità del nuovo modello assistenziale, la percezione ed il livello di soddisfazione per il programma da parte degli assistiti, dei medici specialisti, dei MMG e dei CM coinvolti nonché la performance clinica ed organizzativa del modello.

Partecipano al progetto 31 MMG associati in 8 gruppi, che reclutano fra i propri assistiti circa 500 soggetti da inserire nello studio, di cui 2/3 in prevenzione primaria e 1/3 in prevenzione secondaria.

La ASL Roma E, nella sue caratteristiche di ASL "metropolitana" e in una regione vincolata al Piano di rientro, ha effettuato una serie di scelte innovative rispetto ai progetti precedentemente esposti, tali da rispondere maggiormente ad esigenze locali specifiche:

- istituzione del "Pool di 25 Care Manager", costituito da risorse sia distrettuali che ospedaliere (reparto di cardiologia S. Spirito): questo garantisce sia una vera continuità ospedale-territorio, che una reale ottimizzazione risorse disponibili
- 8 Medicine di Gruppo con 31 MMG: a ciascun pool di CM è assegnata una o più Medicine di Gruppo, ed a ciascun assistito reclutato nel progetto è assegnato un solo CM
- partecipazione di 3 cardiologi ospedalieri e 2 territoriali

La Direzione Generale della ASL ed i Distretti coinvolti infatti non considerano il progetto in fase di lancio come una esperienza circoscritta, ma l'avvio di un metodo di lavoro strutturato, nuovo modello organizzativo per la presa in carico delle patologie croniche e la continuità dei percorsi assistenziali.

In modo coerente è stato infatti realizzato un forte investimento formativo non solo sugli aspetti specifici del disease management e counseling per i care manager, ma anche e soprattutto su quegli aspetti legati al lavoro di equipe MMG - Care Manager - Cardiologi, con sessioni congiunte in cui si è prestata grande attenzione alle dinamiche relazionali (role playing).

Il ruolo innovativo principale del nuovo modello è infatti rappresentato sì dalla partecipazione dell'assistito al proprio piano di salute, ma anche dalla sinergia di lavoro realizzata dall'equipe sanitaria.

## Conclusioni

I progetti Leonardo, Michelangelo e Raffaello presentati e supportati da Pfizer in questi anni, rappresentano un interessante contributo allo sviluppo in Italia del modello di Disease and Care Management, in grado di accrescere la partecipazione dell'assistito al proprio piano di salute e di favorire la sinergia di lavoro realizzata dall'equipe assistenziale governata dal medico di medicina generale.

Il Progetto Leonardo, ha permesso di raggiungere risultati eccellenti per diverse ragioni:

- gli operatori e gli assistiti, che hanno preso parte alla sperimentazione, hanno mostrato un elevato livello di gradimento e soddisfazione;
- anche in relazione al particolare setting assistenziale della Regione Puglia e alla scarsità di risorse economiche di cui essa dispone, questo modello ha permesso di dimostrare concretamente la sostenibilità e la fattibilità dell'attuazione di programmi di Disease and Care Management, contribuendo al raggiungimento di importanti risultati di tipo clinico per pazienti affetti da patologie ad alto impatto sociale, quali il diabete, l'insufficienza cardiaca cronica e la malattia cardiovascolare.

Proprio per queste ragioni, la Regione Puglia intende espandere questo modello assistenziale a tutto il territorio regionale ed ha previsto, all'interno del recente accordo regionale per la medicina generale, finanziamenti ad hoc, in linea con quanto sperimentato in questo programma.

Il progetto Raffaello inoltre, rispetto a quanto già messo in luce dal progetto Leonardo, sarà in grado di fornire dati e risultati per un'attenta analisi e valutazione di efficacia clinica dell'implementazione di programmi di Disease and Care Management. Raffaello, infatti, non soltanto dispone della partecipazione dei 4 Distretti più rappresentativi della Regione Marche ma ha anche messo a punto un disegno di studio (il trial randomizzato in cluster) all'interno del quale sono stati identificati due gruppi specifici, definiti gruppo di controllo e gruppo sperimentale.

Per quanto riguarda, invece, il progetto Michelangelo, è per noi importante sottolineare la scelta strategica fatta dalla Regione, nell'ambito della Asl RME, (rilevante per il bacino di utenza rappresentato, 540.469 abitanti), di adottare il modello coinvolgendo 8 Medicine di Gruppo, 32 Medici di medicina generale 3 cardiologi e 2 specialisti territoriali ed un pool di 25 Care Manager.

Questi progetti rappresentano, quindi, una base di sperimentazione importante per l'adozione di una nuova modalità di governo della presa in carico delle malattie croniche e della fragilità, per la continuità dei percorsi assistenziali e l'elemento facilitatore dell'integrazione dei servizi e delle competenze professionali nei confronti del cittadino, in sintonia con le indicazioni regionali di rafforzamento del territorio.

**Comitato Scientifico Progetto Raffaello**

*Balzani Patrizia, Beccaceci Gabriella, Belligoni Maurizio, Bianchi Attilio, Borgia Rosa, Buccolini Mara, Cicchetti Americo, De Santis Rossella, Di Benedetto Vincenzo, Di Stanislao Francesco, Fratini Marina, Gentili Gilberto, Giua Michele, Magi Massimo, Manzoli Lamberto, Marinelli Paolo  
Mezzetti Andrea, Musilli Andrea, Nespeca Maria Teresa, Oliveti Alberto, Palumbo Walter Panella Massimiliano, Penco Maria, Perna Gianpiero, Rappelli Alessandro, Ruggeri Matteo, Scoccia Lino, Staniscia Tommaso, Vespasiani Giacomo, Vicarelli Giovanna, Zappacosta.*

**Comitato Scientifico Progetto Michelangelo**

*Arcari Luciano, Bruschelli Carla, Calizzani Gabriele, Capaldo Leone, Casciato Stefano, Colivicchi Furio, D'Amato Maurizio, De Gregorio Giulio, Fanelli Renato, Goletti Mauro, Grasso Giuseppe, Greco Gabriella, Jesi Anna Patrizia, Mastromattei Antonio, Mete Rosario, Munari Flavia, Musilli Andrea, Pagano Antonio, Ranieri Pietro, Ricci Roberto, Scaramuzza Giuseppe, Uccioli Luigi, Uguccioni Massimo, Zega Maurizio, Zoppegno Anna.*

**Comitato Scientifico Progetto Leonardo**

*Bacca Gianfranco, Caira Divina, De Rinaldis Giovanni, Fiume Damiano, Formoso Gianni, Ghionda Francesca, Iqbal Ahmar, Jennings Susan, Lanzolla Luigi, Metrucci Cosimo, Mola Ernesto, Procaccini Michela, Rollo Rodolfo, Russo Anna Lucia, Serra Rosalia.*

### Riferimenti bibliografici

- Morisky DE et al. *Concurrent and Predictive Validity of Self-reported Measure of Medication Adherence, on Medical Care*, Jan 1986, Vol. 24, N° 1.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. *A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity*. Medical Care, 1996; 34(3): 220-233.
- Campbell MK, Grimshaw JM. *Cluster randomised trial: time for improvement*. British Medical Journal 1998; 317: 1171-1172.
- Wagner EH, Davis C, Schaefer J et al. *A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?* Manag Care Q 1999; 7:56-66.
- Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, et al. *Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations*. Lancet 2000; 355: 675-687.
- ISTAT. *Le condizioni di salute della popolazione. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"* anni 1999-2000. Roma: ISTAT, 2001: 169.
- Conti S, Farchi G, Capocaccia R, et al. *La mortalità in Italia nell'anno 1998*. Rapporti ISTISAN 02/31 2002; ii: 185.
- World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2002*. Reducing Risks, Promoting Healthy Life.
- Unal B, Critchley JA, Capewell S. *Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000*. Circulation 2004; 109: 1101-1107.
- Vespasiani G, Nicolucci A, Giordina C. *Epidemiologia del Diabete*. Annali di Sanità Pubblica, 2005, [http://www.progettodiabete.org/indice\\_net1000.html?expert/e1\\_237.html](http://www.progettodiabete.org/indice_net1000.html?expert/e1_237.html).
- Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, regioni e Province autonome di Trento e Bolzano*. Piano Sanitario della Prevenzione 2005-2007.
- Dati disponibili sul sito web dell'INPS (Istituto nazionale di Previdenza Sociale): [http://www.inps.it/doc/sas\\_stat/main.html](http://www.inps.it/doc/sas_stat/main.html).



## 7.6 Il ruolo del terzo settore

**Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose**

Si è scelto di dedicare un ampio capitolo del libro all'argomento del terzo settore.

Comprende infatti un ambito di emergente e significativo peso proprio rispetto alla realizzabilità piena, efficace ed efficiente di obiettivi di Assistenza Primaria. Peraltro, poiché rappresenta per molti decisori e cittadini ancora un mondo non ben conosciuto nella sua genesi normativa e nelle sue dinamiche attuative, si è ritenuto importante fornire un approfondimento su definizioni, storia, evoluzione normativa, ruolo e modelli del terzo settore, confrontando l'ambito internazionale con quello italiano sottolineando la rilevanza che a tale settore viene dedicata da recenti documenti istituzionali (Piano Sanitario Nazionale, Libro Bianco).

### **Definizione**

Il termine terzo settore si è particolarmente diffuso in Italia verso la fine degli anni '80 e ha richiamato progressivamente su di sé un sempre crescente interesse di istituzioni, società civile e studiosi. Nell'ambito del terzo settore si sono particolarmente sviluppate le cosiddette organizzazioni o istituzioni non profit, oggetto di approfonditi studi da parte di vari attori istituzionali, volti ad individuare gli aspetti rilevanti di questa realtà ed a studiarne il ruolo all'interno del sistema di Welfare.

Prima di dare una definizione di terzo settore, è opportuno chiarire che non esiste un approccio esclusivo ed universalmente riconosciuto, trattandosi di una realtà sociale, economica e culturale in continua evoluzione. Diversi sono gli ambiti considerati, da quello sociologico a quello giuridico a quello più strettamente economico, sviluppatosi soprattutto a partire dagli anni '80 e dalla crisi del Welfare, e diverse di conseguenza le definizioni; ognuna offre un importante contributo alla comprensione delle caratteristiche distintive del settore consentendo pertanto una evidenziazione di particolari aspetti, qualità, finalità e modalità operative di questa realtà.

La mancanza di una definizione univoca di terzo settore, ed in esso del non profit, come diffusamente esposto da Monteduro nel testo "Le aziende sanitarie non profit", risiede proprio nella particolarità dell'ambito che racchiude al suo interno molteplici configurazioni organizzative.

Secondo l'analisi di Monteduro, oltre alla **definizione giuridica** basata sulla legislazione specifica di ciascun Paese, certamente l'approccio più pragmatico e

maggiormente diffuso, è possibile identificare una serie di definizioni, ciascuna delle quali prende in considerazione aspetti diversi e tuttavia determinanti.

**La definizione economico-aziendale** consente di superare quella più tradizionale che identificava le organizzazioni non profit solo quali strutture non orientate al profitto. Secondo Borgonovi, le organizzazioni non profit:

- entrano in funzione in base alla decisione autonoma di operare per risolvere un problema che è di interesse generale e lo fa in modo da rendere quella attività economicamente sostenibile;
- sono in grado di trasformare valori individuali in valori economici e in valori sociali;
- permettono di convogliare lo specifico contributo che le motivazioni individuali possono conferire alla soluzione di problemi sociali.

La logica delle organizzazioni non profit è quella di rendere economicamente sostenibile e socialmente utili attività che alcune persone giudicano coerenti con i propri valori.

Rispetto a tale definizione, gli indicatori da focalizzare per la valutazione della mission istituzionale di tale settore risultano:

1. la creazione di valore sociale (efficacia);
2. la sostenibilità operativa ed amministrativa (efficienza);
3. la legittimazione e il sostegno presso l'ambiente di riferimento.

**La definizione basata sulla fonte delle entrate.** Si ritiene opportuno citare la definizione dell'European System of Accounts, istituto designato ad assicurare un maggior grado di uniformità nella stesura dei rapporti economici di vari paesi industrializzati. Tale istituto, precisando che il carattere profit o non profit di un settore è definito a secondo della distribuzione o meno degli utili, qualifica le organizzazioni non profit come enti privati che non redistribuiscono gli utili e che cedono i loro servizi ad un prezzo inferiore al 50% dei costi di produzione, soglia sotto la quale l'unità è considerata fuori mercato.

**La definizione funzionale** comprende un gruppo di definizioni che considerano obiettivi e funzioni delle organizzazioni, sottolineando che:

- l'organizzazione non profit è un'organizzazione che lavora "per uno stato sociale" ed è coinvolta in attività di pubblico interesse;
- i caratteri di mutualità e solidarietà sono tipici di queste organizzazioni;
- i soggetti non profit sono volontari accomunati da obiettivi condivisi e interagenti con spirito di mutualità.

Secondo una **definizione strutturale-operativa**, le organizzazioni non profit sono tenute a soddisfare congiuntamente le seguenti condizioni:

- formalità;
- stato giuridico privato;
- autogoverno;
- divieto di distribuzione del profitto;
- presenza di una certa quantità di lavoro volontario;
- non predominanza del fine politico o del culto.

La **definizione strutturale-funzionale**, rispetto ai criteri previsti dalla definizione strutturale operativa, prende in considerazione anche l'utilità sociale come criterio funzionale. Le attività di utilità sociale sono: assistenza sociale e socio-sanitaria; assistenza sanitaria; beneficenza; istruzione; formazione; sport; tutela, promozione e valorizzazione dei luoghi storici e artistici; tutela e valorizzazione dell'ambiente; promozione della cultura e dell'arte; tutela dei diritti civili; ricerca scientifica di rilevanza sociale.

Come anticipato, è fondamentale partire dal presupposto in base al quale risulta indubbiamente oramai superata la definizione tradizionale che qualificava il terzo settore come un insieme di forme organizzative extra-economiche di "aziende" non orientate al profitto, che, sebbene riuscisse a cogliere un aspetto rilevante, il divieto di distribuzione degli utili, portava con sé alcune ambiguità e problematiche legate soprattutto al ruolo del profitto e al rifiuto della logica economica.

Nel terzo settore i soggetti operano dal lato della domanda e dell'offerta in un ambiente non di mercato. In molti casi acquisiscono alcuni fattori produttivi gratuitamente o a valori non di mercato (es. donazioni, volontariato, ecc.) e cedono beni e servizi sempre gratuitamente o a valori non di mercato (servizi sociali, sanitari, ecc.). Il terzo settore è dunque un "fenomeno" economico, tanto da essere anche definito "economia sociale", risultante da quel complesso di istituzioni, organizzazioni, aziende, che all'interno del sistema economico si collocano tra lo Stato e il mercato, ma non sono riconducibili né all'uno né all'altro; sono cioè soggetti organizzativi di natura privata ma volti alla produzione di beni e servizi a destinazione pubblica o collettiva.

Il PSN 2006-2008 legittima questo approccio e definisce il terzo settore "*quale spazio sociale tra Stato e mercato, caratterizzato da soggetti privati, dotati di diverso grado di formalizzazione e istituzionalizzazione, tutti tendenti a finalità di pubblico interesse. Si tratta di un settore misto collegato a tutti e tre i sottosistemi della società (Stato, mercato e sfera informale), che porta le istanze di partecipazione alla vita sociale del cittadino. In senso ampio è costituito dai cittadini, dai nuclei familiari, dalle forme di aiuto-aiuto e di reciprocità; dai soggetti della solidarietà organizzata; dalle organizzazioni sindacali; dalle associazioni sociali e di tutela degli utenti, dagli organismi non lucrativi di utilità sociale; dagli organismi della cooperazione; dalle associazioni e gli enti di promozione sociale; dalle fondazioni e gli enti di patronato; dalle organizzazioni di volontariato; dagli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi e intese?*".

Il Libro Bianco sul futuro del modello sociale in Italia, “La vita buona nella società attiva”, presentato dal Ministro Sacconi il 6 maggio 2009, riconoscendo il terzo settore come “*un punto di forza del modello sociale italiano*” specifica che: “*Non si tratta solo di un soggetto “terzo” – come suggerirebbe la stessa definizione – che si pone come erogatore di servizi tra Stato e mercato, in un ruolo di supplenza, per coprire le insufficienze del pubblico e del privato. Si tratta piuttosto di un attore particolare, capace di produrre relazioni e di tessere i fili smarriti della comunità*” (vedi box “Il terzo settore nel Libro Bianco”).

### **Nascita ed evoluzione delle organizzazioni non profit**

Il non profit si è particolarmente sviluppato nella seconda metà del XX secolo, ma ha in Italia una tradizione molto antica e una origine storica. Vi sono, infatti, fondazioni, opere di carità ed altre organizzazioni di beneficenza che affondano le proprie radici nel Medioevo e nel Rinascimento. Sin dall'epoca medioevale la tradizione cristiana e la dottrina canonica diedero l'impulso e fornirono la base teorica e giuridica per la costituzione di numerosissime associazioni, fondazioni, opere, sia religiose sia laiche, le quali, dotate di notevoli capitali, erano vincolate al perseguimento di uno scopo “pio”, ovvero di beneficenza a favore della collettività.

È però a partire dalla seconda metà del XX secolo che si assiste ad una crescita su scala globale del settore ed al moltiplicarsi delle organizzazioni non profit impegnate nella produzione diretta di servizi, soprattutto a carattere sociale ed assistenziale.

Questa evoluzione ha certamente origine dalla limitata capacità del sistema pubblico di *welfare* di soddisfare pienamente una domanda di servizi crescente da un punto di vista quantitativo e sempre più eterogenea da un punto di vista qualitativo. Le cause di questa crisi sono da individuare, da un lato, nelle trasformazioni sociali e demografiche (invecchiamento della popolazione, emergere di nuove situazioni di disagio sociale, aumento della partecipazione delle donne al mercato del lavoro, ecc.) e, dall'altro, nella crisi fiscale dello Stato che è costretto a ridurre i finanziamenti destinati al sistema pubblico di *welfare*.

Pertanto, la crescita della domanda di servizi di utilità sociale e la sua sempre più necessaria differenziazione, da una parte, e la crisi fiscale dei sistemi di *welfare*, dall'altra, hanno aperto spazi crescenti per lo sviluppo di forme non profit orientate alla produzione di servizi di utilità sociale.

Considerate dunque, fino a pochi anni fa, secondarie ed economicamente poco importanti, le organizzazioni non profit si sono imposte all'attenzione dei decisori pubblici e degli economisti.

Si è infatti assistito ad un'oggettiva e impreveduta crescita del numero di organizzazioni e di occupati, grazie alla quale molte delle nuove organizzazioni non profit hanno assunto un ruolo produttivo e una caratterizzazione fortemente imprenditoriale. Questa evoluzione ha interessato tutti i Paesi europei, sia quelli con modelli di *welfare* universalistici e con un'offerta di servizi di utilità sociale ampia ed esclusivamente pubblica (come la Svezia), sia quelli in cui le organizzazioni non profit erano già diffuse e contribuivano all'offerta di servizi sociali (come Francia e Germania), sia, infine, i Paesi con sistemi di *welfare* dove, tanto la produzione di servizi di utilità

sociale quanto la presenza del settore, erano poco sviluppate (come Italia e Spagna).

Nei Paesi europei caratterizzati almeno fino agli anni '80 da sistemi di *welfare* pubblici molto sviluppati, veniva riconosciuto al non profit esclusivamente il ruolo di tutela e promozione, trascurando i possibili contributi di redistribuzione del reddito e di produzione di servizi di utilità sociale che invece assumeranno nel tempo un ruolo decisivo.

Lo sviluppo del terzo settore ha dunque interessato indistintamente tutti gli Stati membri dell'UE (vedi box). Nonostante ciò, è necessario sottolineare che non esiste una eterogeneità, e una identità definita e valida per l'intera Unione. L'Europarlamento, partendo dalla necessità di dare un quadro di riferimento comune e per superare la profonda variabilità internazionale delle organizzazioni non profit, ha approvato nel novembre 2008 il "Rapporto sull'economia sociale", immediatamente seguito da una risoluzione che invita la Commissione e gli Stati membri a:

- sviluppare un quadro normativo che riconosca le componenti dell'economia sociale;
- definire regole chiare che identifichino quali entità possano operare legalmente come imprese dell'economia sociale;
- creare registri statistici nazionali.

---

### **Box. Il terzo settore in Europa**

2 milioni di imprese coinvolte  
6% dei posti di lavoro  
Un contributo di 302 miliardi di euro all'economia mondiale  
140 milioni gli europei che prestano servizio di volontariato  
in Belgio dal 1969 al 1999 è aumentato di 8 volte  
in Germania è cresciuto del 2% dal 1999 al 2004  
in Polonia è aumentato del 30% dal 2002 al 2004

Fonte: Centro Europeo di volontariato, 2008

### **Dimensioni e principali forme organizzative del non profit in Italia**

Come in tutta Europa, anche in Italia le organizzazioni non profit sono divenute una realtà socialmente ed economicamente rilevante.

Si riporta quanto emerso dalla recente ricerca riguardante le istituzioni non profit in Italia condotta dal CNEL (Consiglio Nazionale dell'economia e del lavoro) e pubblicata nel giugno del 2008, che si propone di fornire, attraverso i dati prodotti dall'Istat in occasione del primo censimento delle organizzazioni non profit in Italia del 2001, un quadro generale del complesso delle istituzioni operanti nel settore. In base ai principali risultati derivanti dal censimento, le istituzioni non profit in Italia:

- alla fine del 1999 erano 221.412;

- impegnavano più di 4 milioni di persone;
- facevano registrare un ammontare delle entrate pari a circa 38 miliardi di euro.

Nella maggior parte dei casi si trattava di istituzioni:

- localizzate nell'Italia settentrionale (51,1%);
- aventi la forma giuridica dell'associazione non riconosciuta (63,3%);
- operanti principalmente nel settore della cultura, sport e ricreazione (63,3%);
- costituitesi dopo il 1980 (78,5%);
- di dimensioni economiche contenute (54,9% con entrate annue fino a 30 milioni di lire);
- operanti con volontari (80,2%);
- finanziate prevalentemente da privati (87,1%).

Come confermato dal primo rapporto CNEL/ISTAT sull'economia sociale (2008), le organizzazioni non profit rivestono in Italia un ruolo economicamente rilevante, che negli ultimi anni sembra crescere in modo esponenziale. Secondo i dati riportati dal rapporto, dal 2001 al 2003 (anno dell'ultima rilevazione ISTAT):

- le entrate delle organizzazioni di volontariato sono passate da un miliardo e 198 milioni di euro a un miliardo e 630 milioni;
- gli occupati nel settore sono saliti da 695.000 a circa 826.000;
- le organizzazioni di volontariato che offrono assistenza a malati, disabili e in genere persone disagiate nel 2003 hanno visto aumentare di un milione di unità i propri utenti rispetto ai 5,8 milioni del 2001.

Nonostante il peso rilevante di tale realtà, non esiste tuttavia ancora nel nostro Paese una disciplina organica delle istituzioni attive nel terzo settore, come evidenziato anche dalla molteplicità di definizioni che è possibile rintracciare nella legislazione italiana. Infatti oltre alle disposizioni di carattere generale contenute nel codice civile, esiste una ricca legislazione di settore (vedi box).

---

#### **Box. Legislazione italiana in materia di organizzazioni non profit**

**Legge 26 febbraio 1987 n° 49** – legge sulle organizzazioni non governative  
**Legge 218 del 1990** – legge sulle fondazioni bancarie  
**Legge 11 agosto 1991 n. 226** – legge quadro sul volontariato  
**Legge 8 novembre 1991 n. 381** – legge sulla cooperazione sociale  
**D.lgs 4 dicembre 1997 n. 460** – disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale  
**Legge 7 dicembre 2000 n. 383** – disciplina delle associazioni di promozione sociale  
**D.lgs 155 del 2006** – disciplina della impresa sociale

Nella realtà italiana, anche se le organizzazioni non profit assumono molteplici forme giuridiche ed organizzative, è possibile, seguendo una ripartizione ormai classica, distinguere le seguenti tipologie organizzative:

1. Le organizzazioni di volontariato
2. Le cooperative sociali
3. Le associazioni di promozione sociale
4. Le fondazioni
5. Le organizzazioni non governative

**1. Le organizzazioni di volontariato:** si tratta della forma più tradizionale introdotta dalla Legge 266/91, uno dei primi interventi all'interno del nostro ordinamento giuridico volto al riconoscimento della funzione sociale svolta dalle organizzazioni non profit. L'attività di volontariato viene definita nell'articolo 2 della Legge 266/91 come «*quella prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, tramite l'organizzazione di cui il volontario fa parte, senza fini di lucro anche indiretto ed esclusivamente per fini di solidarietà*». Sono evidenti dunque le caratteristiche principali del volontariato: la gratuità, la solidarietà e l'elemento organizzativo. Altruismo, reciprocità e gratuità si coniugano peraltro con lo svolgimento di prestazioni che vanno al di là della mera beneficenza e del dono; ma, al contrario, proprio l'abbinamento professionalità-lavoro volontario permette di promuovere attività con caratteristiche complesse.

**2. Le cooperative sociali:** il concetto di cooperativa sociale discende dall'evoluzione delle cooperative nate all'epoca della mutualità volontaria degli anni '30, quindi tendenzialmente "corporative" perché dedicate a specifiche categorie di lavoratori. L'aver acquisito nel tempo la capacità di lavorare sul campo, cioè nella comunità e accanto alla famiglia, ha però consentito un loro graduale viraggio verso le nuove esigenze nate dalla profonda evoluzione demografica, epidemiologica e sociale dell'Italia nel secondo dopoguerra, esigenze alle quali la eterogeneità e le finalità degli enti mutualistici, nati negli anni '40 e '50, non consentivano di dare una adeguata risposta. La Legge 833/78 istitutiva del SSN, nell'affidare alle USL la tutela della salute dei cittadini, delegava ai Distretti sanitari di base il ruolo di "strutture tecnico-funzionali" per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento. In realtà, questo aspetto della riforma sanitaria riguardante il raggiungimento di obiettivi di Assistenza Primaria non è stato sviluppato, e ciò ha determinato il manifestarsi di spontanee iniziative del settore non profit che negli anni '80, ispirandosi agli antichi concetti di cooperativa sociale, si sono presentate sotto forma di nuovi soggetti disposti e preparati ad affrontare le crescenti esigenze manifestate, soprattutto in ambito socio-sanitario. Pertanto la cooperativa sociale presenta una forma particolarmente idonea a fornire servizi caratterizzati da una sostanziale complessità

organizzativa, come i servizi alla persona. Il settore della cooperazione sociale rappresenta un ambito molto dinamico anche a causa delle difficoltà che, a partire dagli anni '80, gli Enti locali hanno dovuto fronteggiare nella gestione dei servizi sociali. L'esigenza di trovare delle soluzioni "esterne" al settore pubblico per la fornitura di servizi alla persona ha trovato nelle cooperative sociali una risposta sempre più spesso utilizzata.

L'art. 1 della Legge 381/1991 definisce le cooperative sociali come organizzazioni che *"hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini"* attraverso:

- la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi (Tipo A);
- lo svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (Tipo B).

In recepimento di quanto previsto dalla normativa nazionale sono state emanate leggi regionali che regolano l'iscrizione in appositi Albi e disciplinano le forme di convenzione con gli enti pubblici. Ai sensi di tali norme, deve essere garantito l'effettivo scopo mutualistico e solidale di queste imprese che sono tutte riconosciute di diritto come ONLUS. Tale posizione comporta dei vincoli molto cogenti nella loro gestione che deve garantire in primo luogo l'interesse generale (mutualità esterna).

Non è sufficiente, pertanto, produrre servizi socio-sanitari per far parte di questa tipologia di cooperative: attraverso questi si deve realizzare l'interesse generale della comunità all'interno della quale la cooperativa opera. Risulta chiaro pertanto come questa forma organizzativa sia particolarmente appropriata per realizzare obiettivi di Assistenza Primaria specie per quanto concerne l'integrazione socio-sanitaria.

Sempre nel Libro Bianco *"La vita buona nella società attiva"*, si evidenzia *"il ruolo strategico del mondo cooperativo"* rispetto al nostro sistema sociale, *"sintesi tra sviluppo imprenditoriale, economico e sociale che si pone quale protagonista dinamico di uno sviluppo inteso non esclusivamente in senso materialista, ma come accrescimento delle libertà di autodeterminazione e autorealizzazione delle persone"*. Le cooperative possono fornire i *"mezzi organizzativi tramite i quali una significativa parte della umanità è in grado di prendere nelle proprie mani il proprio destino in termini di occupazione, fuoriuscita dalla povertà e integrazione sociale"*.

**3. Le associazioni di promozione sociale:** rappresentano uno strumento nuovo, che ha ottenuto un riconoscimento dalla Legge 383/2000, e che ha come principale funzione quella di favorire azioni di reciprocità. In base all'articolo 2 della Legge 383/2000, sono considerate associazioni di promozione *"le associazioni riconosciute e non riconosciute, i movimenti, i gruppi e i loro coordinamenti o federazioni costituiti al fine di svolgere attività di utilità sociale a favore di associati o di terzi, senza finalità di lucro e nel pieno rispetto della libertà e dignità degli associati"*. Un importante elemento nuovo della Legge 383/2000, rispetto a quella sulle organizzazioni di volontariato, attiene alla gratuità delle prestazioni. Mentre la Legge 266/91 individua quale caratteristica imprescindibile



bile dell'attività di volontariato la gratuità che, richiamata in più punti della legge, deve essere espressamente indicata nell'atto costitutivo o nello statuto dell'organizzazione, tale requisito non è richiesto dalla legge sulle associazioni di promozione sociale.

**4. Le fondazioni:** hanno rappresentato il canale classico dell'intervento sociale in Italia fino ad alcuni decenni fa e dal 1990 comprendono anche le fondazioni bancarie (L. 218/90).

La caratteristica fondamentale della fondazione è costituita dalla centralità dell'elemento patrimoniale rispetto a quello associativo. Ciò comunque non esclude la possibilità che attraverso lo strumento della fondazione si possa dar vita a forme di partecipazione tra una pluralità di soggetti.

Una tradizionale classificazione distingue le cosiddette fondazioni di erogazione (dette anche *grant-making*), che gestiscono e devolvono le rendite del patrimonio a vantaggio di determinati soggetti o enti, dalle fondazioni operative, che invece svolgono direttamente attività e programmi al fine di realizzare gli scopi statuari.

È previsto che lo scopo della fondazione consista esclusivamente in un vantaggio economico a favore dei fondatori, ma debba prevedere sempre di uno scopo di pubblica utilità. Pur restando inalterata l'attenzione verso particolari categorie bisognose o obiettivi filantropici, l'impegno delle fondazioni investe oggi nuove e variegate realtà. È di questi ultimi decenni la costituzione di fondazioni che si occupano della salvaguardia dell'ambiente, della ricerca scientifica, medica e farmacologica, della produzione di servizi assistenziali e sanitari.

Un altro elemento che, secondo la disciplina civilistica, deve essere necessariamente indicato nello statuto e nell'atto costitutivo, è rappresentato dal patrimonio. Nella fondazione tale elemento costituisce garanzia per i terzi e al tempo stesso rappresenta il mezzo per la realizzazione degli obiettivi istituzionali, in quanto costituisce lo strumento di azione a disposizione di coloro ai quali è demandato il governo della fondazione.

**5. Le organizzazioni non governative:** in termini generali sono quelle organizzazioni non create da un Governo e impegnate, senza scopo di lucro, nel settore della solidarietà sociale e della cooperazione allo sviluppo. La definizione trova la sua fonte nella Legge 26 febbraio 1987 n° 49 che identifica queste organizzazioni come quelle che ottengono dal Ministero degli esteri un riconoscimento di idoneità. Le condizioni da soddisfare sono le seguenti:

- risultino costituite ai sensi degli art. 14, 36 e 39 del codice civile;
- abbiano come fine istituzionale quello di svolgere attività di cooperazione allo sviluppo in favore delle popolazioni del Terzo Mondo;
- non perseguano finalità di lucro e prevedano l'obbligo di destinare ogni provento per i fini istituzionali su citati;

- non abbiano rapporti di dipendenza, da enti con finalità di lucro, né siano collegate in alcun modo agli interessi di enti pubblici o privati, italiani o stranieri aventi scopi di lucro;
- diano adeguate garanzie in ordine alla realizzazione delle attività previste, disponendo anche delle strutture e del personale qualificato necessari;
- documentino esperienza operativa e capacità organizzativa di almeno tre anni, in rapporto ai Paesi in via di sviluppo, nei settori in cui si chiede il riconoscimento di idoneità;
- accettino controlli periodici stabiliti dalla Direzione Generale per la cooperazione allo sviluppo del Ministero degli Esteri anche ai fini del mantenimento della qualifica;
- presentino i bilanci analitici relativi all'ultimo triennio e documentino la tenuta della contabilità;
- adempiano all'obbligo di presentazione di una relazione annuale sullo stato di avanzamento dei programmi in corso.

Le forme organizzative sopra descritte assumono generalmente la qualifica di organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS), categoria di enti, con o senza personalità giuridica, che ai sensi del D.lgs 4 dicembre 1997 n. 460 possono godere di una serie di agevolazioni fiscali se rispondenti ad una serie di requisiti, tra i quali:

- a) lo svolgimento di attività di utilità sociale e il perseguimento di finalità di solidarietà sociale;
- c) il divieto di distribuire, anche in modo indiretto, utili e avanzi di gestione nonché fondi, riserve o capitale durante la vita dell'organizzazione;
- e) l'obbligo di impiegare gli utili o gli avanzi di gestione per la realizzazione delle attività istituzionali e di quelle ad esse direttamente connesse;
- f) l'obbligo di devolvere il patrimonio dell'organizzazione, in caso di scioglimento per qualunque causa, ad altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale o a fini di pubblica utilità;
- g) l'obbligo di una rigida trasparenza gestionale e quindi di redazione di bilancio o rendiconto annuale.

Un passaggio decisivo nel percorso di riconoscimento formale delle organizzazioni appartenenti al terzo settore nel sistema giuridico ed economico italiano è stato il D.lgs 155 del 2006, di disciplina dell'impresa sociale. Con l'introduzione della figura giuridica dell'impresa sociale si è distinto definitivamente il concetto di imprenditoria da quello di finalità lucrativa: il legislatore ha riconosciuto cioè l'esistenza di imprese con finalità diverse dal profitto.

Possono conseguire il titolo di impresa sociale le organizzazioni private che "esercitano in via stabile e principale un'attività economica organizzata al fine della pro-

duzione e dello scambio di beni o servizi di utilità sociale, diretta a realizzare finalità di interesse generale” (art.1 D.lgs155/06). Hanno una forte libertà organizzativa (associazioni riconosciute e non, fondazioni, comitati, società di persone e di capitali, cooperative, consorzi) ma non possono mai avere come fine ultimo o principale lo scopo di lucro. Non possono essere considerate imprese sociali invece le amministrazioni pubbliche o quelle che erogano servizi e beni solo in favore dei soci.

## **Il non profit nel Sistema Sanitario**

Negli ultimi decenni, la maggior parte dei Paesi ad economia avanzata ha visto crescere il peso del settore sanitario e la relativa spesa sul prodotto interno lordo.

I sistemi sanitari pubblici si trovano oggi in una situazione di “crisi” dal momento che, a fronte di risorse finanziarie pubbliche sempre più contingentate, si trovano a dover affrontare un continuo aumento ed una diversificazione dei bisogni di salute. In un simile contesto diventa indispensabile attuare politiche che aumentino l’efficienza e l’efficacia del sistema, garantendo allo stesso tempo qualità e accessibilità alle prestazioni. Si tratta quindi di individuare forme efficaci di coinvolgimento nella gestione e nella programmazione di attività di pubblica utilità, comprendendo anche realtà non appartenenti alla pubblica amministrazione, trovando soluzioni istituzionali ed organizzative e modalità economico-finanziarie per garantire efficienza e qualità, coniugando la razionalità economica con la creazione di valore sociale.

Le organizzazioni non profit rappresentano potenziali attori in grado di farsi carico di colmare il gap tra domanda ed offerta di servizi alla persona. Si tratta di coniugare il mantenimento di un sistema universalistico di garanzie sociali da parte dello Stato con le caratteristiche di elevata eterogeneità della domanda, che implica la necessità di una adeguata flessibilità e appropriatezza della risposta assistenziale.

A tale scopo potrebbe intervenire efficacemente la proposta di gestione e produzione di servizi sociali e sanitari da parte delle organizzazioni non profit, visto che tali soggetti sono sia in grado di differenziare l’offerta, non avendo il vincolo della burocrazia, sia di ricevere le forme di sostentamento da parte di una base più ampia di contributori (utenti o donatori).

## **Dimensioni delle organizzazioni non profit in sanità**

Le organizzazioni non profit di pubblica utilità sono state a lungo completamente tralasciate dalle classificazioni statistiche adottate in Italia. Con il *Primo censimento delle istituzioni private e delle imprese non profit*, pubblicato ad agosto 2001, l’Istituto Nazionale di statistica (ISTAT) ha cercato di colmare questo vuoto informativo (tabella 1), aggiornando poi più recentemente i dati attraverso rilevazioni su ciascuna forma

organizzativa, nel 2003 sulle organizzazioni di volontariato in Italia, nel 2005 sulle cooperative sociali e le fondazioni. L'iniziativa dell'ISTAT è stata la prima del genere a livello europeo ed intende sottolineare il ruolo e l'importanza che il settore non profit, negli ultimi anni, ha assunto, anche in vista dell'adozione di eventuali politiche di sostegno al settore.

**Tabella 1- Organizzazioni non profit: settori di attività e principali caratteristiche. Anno 1999**

Settore attività	Organizzazioni presenti	Risorse umane	Entrate (in milioni di lire)	Finanziamento pubblico	Finanziamento privato
Cultura, sport, ricreazione	140.391	45.155	12.718.207	13.572	126.819
Istruzione e ricerca	11.652	105.470	9.864.196	2.344	9.308
Sanità	9.676	121.389	13.752.334	3.864	5.812
Assistenza sociale	19.344	151.547	14.631.395	5.109	14.235
Ambiente	3.277	2.264	342.221	846	2.431
Sviluppo economico e coesione sociale	4.338	26.832	2.846.097	1.144	3.194
Tutela dei diritti e attività politica	6.842	10.175	1.952.531	439	6.403
Filantropia e promozione del volontariato	1.246	476	1.504.441	112	1.134
Cooperazione e solidarietà internazionale	1.433	908	839.881	178	1.254
Religione	5.903	11.553	1.630.444	168	5.735
Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi	15.651	45.430	8.108.518	457	15.194
Altre attività	1.660	10.727	4.926.603	237	1.423
<b>Totale</b>	<b>221.412</b>	<b>531.926</b>	<b>73.116.868</b>	<b>28.470</b>	<b>192.942</b>

Fonte: Istat, Primo censimento delle istituzioni e delle imprese non profit, 2001

Si ritiene opportuno fornire una sintetica analisi riguardante le dimensioni, le caratteristiche e la rilevanza che il non profit impegnato nel settore socio-sanitario ha assunto nel nostro Paese.

In merito al ruolo svolto e alle caratteristiche delle organizzazioni non profit operanti nel settore della sanità, come riportato in tabella 2, nel 1999 le organizzazioni attive nel settore della sanità ammontavano 9.676 unità, ossia costituivano in termini percentuali il 4,4% del complesso delle aziende non profit attive in Italia (221.412).

Il settore della sanità occupa il quinto posto (vedi tabella 1) preceduto dai settori della cultura, sport e ricreazione; dell'assistenza sociale; delle relazioni sindacali e rappresentanza di interessi e dell'istruzione e ricerca.

**Tabella 2 - Organizzazioni non profit per forma giuridica e settore di attività prevalente. Anno 1999**

FORME GIURIDICHE	SETTORI DI ATTIVITÀ PREVALENTE	
	Tutte le attività	Sanità
Associazione riconosciuta	61.313	5.338
Fondazione	3.008	167
Associazione non riconosciuta	140.746	3.483
Comitato	3.833	64
Cooperativa sociale	4.651	362
Altra forma	7.861	262
<b>Totale</b>	<b>221.412</b>	<b>9.676</b>

Fonte: Istat, Primo censimento delle istituzioni e delle imprese non profit, 2001

Con riferimento alla forma giuridica delle organizzazioni non profit attive nel comparto della sanità rispetto al settore del non profit nel suo complesso, è possibile notare che in termini percentuali vi è una maggiore propensione ad utilizzare forme di associazionismo riconosciuto (55,2% a fronte di una presenza complessiva del 27,7%) e della cooperativa sociale (3,7% rispetto al 2%), mentre relativamente meno utilizzata è la forma giuridica dell'associazionismo non riconosciuta.

Per quanto riguarda la ripartizione geografica delle organizzazioni sanitarie non profit, secondo quanto rilevato dall'Istat, sono situate:

- il 55,2% al Nord;
- il 23% al Centro;
- il 21,8% al Sud.

Confrontando questi dati con quelli relativi al settore del non profit nel suo insieme, emerge che nel settore della sanità il divario Nord-Sud è maggiormente accentuato.

Esaminando invece le tipologie dei contratti di lavoro, come illustrato in tabella 3, emergono importanti elementi che distinguono il comparto sanitario rispetto alle caratteristiche del settore non profit nel suo insieme. In sanità ci si avvale prevalentemente di personale retribuito ed, in particolare, di personale dipendente. Parallelamente si utilizza una percentuale minore, rispetto al non profit unitariamente considerato, di volontari. Ciò viene riferito alla necessità di erogare servizi sanitari che richiedono risorse umane dotate di un livello di professionalità medio-alto, quindi

più opportunamente legate all'organizzazione di un rapporto di lavoro dipendente. In ogni caso, il contributo del personale volontario resta consistente anche nel comparto della sanità non profit con 318.894 volontari, mentre il personale dipendente ammonta a 121.389 unità.

**Tabella 3 - Personale impiegato per tipologia e secondo il settore di attività prevalente. Anno 1999**

TIPOLOGIA DI IMPIEGO	SETTORI DI ATTIVITÀ PREVALENTE	
	Tutte le attività	Sanità
Dipendenti	531.926	121.389
Lavoratori distaccati o comandati da imprese e/o istituzioni	17.546	1.650
Lavoratori con contratto di collaborazione coordinata e continuativa	79.940	5.768
Volontari	3.221.185	318.894
Religiosi	96.048	4.715
Obiettori di coscienza	27.788	4.948

Fonte: Istat, Primo censimento delle istituzioni e delle imprese non profit 2001

Considerando le caratteristiche economiche, nel 1999 il totale delle entrate dichiarate dalle istituzioni non profit ammontava a 72.891 miliardi di lire; le entrate delle organizzazioni sanitarie non profit, ammontavano a 13.752 miliardi di lire, perciò il 18 % del totale delle entrate di tutto il settore non profit. Per entità delle entrate il settore della sanità si colloca al secondo posto dopo quello della assistenza sociale. Dal punto di vista della natura del finanziamento, il comparto della sanità non profit è rispetto al settore del non profit nel complesso maggiormente dipendente dal finanziamento pubblico: in sanità 39,9% deriva dal finanziamento pubblico, nel settore non profit in genere il 12,9%.

Nel settore della sanità sono presenti in misura superiore alla media organizzazioni di dimensioni medio-grandi (da 50 a 249 dipendenti) e grandi (250 e più dipendenti). Su un totale di 1651 organizzazioni attive in sanità, che hanno dichiarato di occupare personale dipendente, sono 106 le organizzazioni con oltre 250 dipendenti.

Sinteticamente, possiamo concludere che il non profit in ambito sanitario:

- rappresenta uno dei settori da cui derivano i finanziamenti più cospicui dopo l'assistenza sociale;
- riceve una rilevante quota di finanziamenti pubblici rispetto agli altri settori;
- è costituito da due comparti: strutture di ricovero (di dimensioni medio-grandi e grandi) e aziende sanitarie che erogano servizi senza ricovero (di piccole dimensioni);

- risulta prevalentemente rappresentato da associazionismo riconosciuto e cooperativa sociale;
- presenta un divario Nord-Sud maggiormente accentuato rispetto ad altri settori;
- si caratterizza per un maggior numero di lavoratori dipendenti e una minore rappresentanza di volontari.

## Il ruolo delle organizzazioni non profit nel SSN

Le organizzazioni operanti nel settore del non profit svolgono (Monteduro 2006) generalmente tre ruoli:

- a. Ruolo di **advocacy**, cioè promozione e tutela dei diritti di soggetti svantaggiati;
- b. Ruolo di **riallocazione delle risorse** verso attività che non sono in grado di creare il reddito necessario al proprio sostentamento;
- c. Ruolo di **produzione diretta** e con logiche manageriali di servizi di pubblica utilità.

Nel settore in esame il **ruolo di advocacy** è sicuramente quello più consolidato in Italia, affermato anche nella Carta costituzionale che riconosce la dignità e la essenzialità delle organizzazioni non profit per la libera espressione della dignità umana all'interno della società civile (articolo 2 della Costituzione) (Monteduro 2006). Tale ruolo viene svolto prevalentemente da organizzazioni di volontariato che si presentano nel settore sanitario e socio-sanitario come interlocutori delle istituzioni nella definizione di strategie e progetti tesi a rendere più appropriati ed efficienti rispetto agli obiettivi specifici l'azione del SSN. Accanto alla dimensione di relazione, accompagnamento e centralità della persona, l'advocacy implica un'azione nelle strutture e nel territorio rivolta al miglioramento strutturale ed organizzativo del sistema sanitario.

Il termine advocacy include infatti al suo interno due elementi distinti: la tutela dei diritti e la promozione. Se l'impostazione originaria dell'azione di advocacy era la denuncia e la tutela dell'interesse leso, ora ci si sta orientando verso un atteggiamento reciproco di collaborazione-coprogettazione delle politiche e della azione d'intervento.

L'attività di **riallocazione delle risorse** consiste invece nel finanziamento della produzione di servizi sanitari e socio-sanitari e risulta particolarmente rilevante visto che il reperimento di risorse aggiuntive rispetto a quelle pubbliche è un problema che caratterizzerà sempre più gli scenari futuri della sanità italiana. In tale ambito varie sono le formulazioni attive nella riallocazione delle risorse, intervenendo anche nel finanziamento del sistema sanitario. Una prima tipologia è quella delle forme integrative non profit di assistenza sanitaria. Con questo termine ci si riferisce sia al mondo delle assicurazioni (settore for profit) sia a quello delle mutualità (settore non

profit) e cioè casse aziendali, fondi di categoria, società di mutuo soccorso (l'argomento verrà approfondito nel capitolo specifico).

Un contributo al contenimento del finanziamento pubblico della sanità può derivare anche da soggetti quali le fondazioni, che intervengono soprattutto nel finanziamento alla produzione di beni che sono prodotti in quantità giudicate insufficienti rispetto alle esigenze della popolazione (ricerca scientifica, terapie di alta specializzazione), come anche nella raccolta e distribuzione di fondi.

Esistono principalmente due tipologie di fondazioni: quelle che utilizzano i frutti del loro patrimonio per erogare risorse a favore di progetti gestiti da terzi soggetti, le fondazioni cosiddette di erogazione o grant-making, e quelle cosiddette operative, che organizzando direttamente i fattori della produzione, producono dei servizi che mettono poi a disposizione della società.

Le fondazioni di grant-making possono essere poi distinte tra quelle patrimonializzate e quelle non interamente patrimonializzate a seconda che derivino le proprie risorse interamente da un patrimonio oppure in assenza di un patrimonio adeguato attraverso un'attività di fund raising. Le principali fondazioni grant-making patrimonializzate sono le cosiddette fondazioni di origine bancaria.

Una realtà interessante di fondazione grant-making non interamente patrimonializzata è invece rappresentata da fondazioni orientate a settori particolari che raccolgono risorse per finanziare progetti specifici.

Risulta tuttora vivacemente dibattuta la possibilità/capacità da parte delle organizzazioni non profit di ricoprire un **ruolo produttivo diretto** in ambito sanitario, in particolare in merito all'eventualità che lo svolgimento del ruolo produttivo debba/possa avvenire in sostituzione, collaborazione o competizione con le imprese e le amministrazioni pubbliche.

Rispetto alla presenza e al ruolo che le organizzazioni non profit svolgono in ambito sanitario, un aspetto particolarmente rilevante riguarda le sedi di attività.

Le organizzazioni non profit sono presenti sia nella assistenza ospedaliera, sia in quella distrettuale.

Nell'assistenza ospedaliera, accanto al sistema pubblico convivono attualmente due ulteriori sottosistemi: quello del privato for profit e quello del privato non profit, che assumono nella maggior parte dei casi o la forma giuridica della fondazione o quella di istituti ed enti ecclesiastici riconosciuti.

Le organizzazioni non profit coinvolte a livello distrettuale si caratterizzano invece per una dimensione piuttosto contenuta ed **un forte radicamento al territorio. Per questo le formule istituzionali maggiormente coinvolte sono le organizzazioni di volontariato e le cooperative sociali. Il forte radicamento al territorio costituisce una peculiarità organizzativa delle cooperative sociali e delle organizzazioni di volontariato e ciò le rende particolarmente adatte alla gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari a livello distrettuale.**

Come già anticipato, questa forma di attività comporta degli aspetti controversi,



vissuti talvolta in un clima di conflittualità e atteggiamento antitetico da parte degli operatori del SSN nonché, sempre meno, da ambiti istituzionali. Si ritiene infatti che la territorialità e la piccola dimensione potrebbero costituire un elemento di debolezza strategica di tali organizzazioni laddove esistano esigenze assistenziali di particolare complessità e specializzazione (innovazione tecnologica, gestione del rapporto con gli enti pubblici, attività di fund raising). A queste e ad altre esigenze, le cooperative e le organizzazioni di volontariato stanno rispondendo anche attraverso la creazione, ad esempio, di strutture consortili per le cooperative.

Le organizzazioni di volontariato attive nell'ambito del livello di assistenza distrettuale sono più che altro orientate all'offerta di servizi essenzialmente nelle aree dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza sanitaria di base, erogando prestazioni sanitarie che non comportano elevati investimenti strutturali e tecnologici, ma di risorse umane.

L'area prioritaria di intervento delle cooperative sociali in ambito sanitario è rappresentata dall'erogazione di servizi di tipo socio-assistenziale, piuttosto che esclusivamente sanitario, come assistenza infermieristica di base, assistenza domiciliare o riabilitativa, rivolti quindi a categorie di assistiti caratterizzate da una condizione di svantaggio sociale. Grazie alla loro natura organizzativa le cooperative sociali possono svolgere i seguenti ruoli:

- produrre servizi ad alta intensità di lavoro
- produrre servizi di specifico interesse della comunità locale come quelli che possono essere offerti da piccoli ospedali territoriali e servizi di assistenza sanitaria domiciliare.
- produrre servizi dedicati alle strutture assistenziali extra-ospedaliere, quali l'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

Rispetto a questo ultimo punto, va sottolineato che nel terzo settore un valore aggiunto è rappresentato dalla specificità della formazione degli operatori, unitamente alla loro spinta vocazionale e motivazionale che contraddistingue un lavoro svolto su base volontaristica.

Ciò assume un particolare significato per quanto attiene alla mentalità, alle modalità e alla capacità di adattamento all'ambiente fisico e sociale di contesto di tutto il personale destinato ad operare presso questi ambiti assistenziali, così diversi rispetto all'ambiente ospedaliero.

Negli ospedali, infatti, una tradizione secolare ha consolidato organizzazioni funzionalmente gerarchizzate e normativamente disciplinate alle quali gli assistiti devono adattarsi, dal momento dell'ammissione e lungo il percorso fatto di ricerca ed assegnazione del posto letto, orari della sveglia, dei pasti, delle visite mediche e degli accertamenti diagnostici, delle visite dei familiari, del sonno.

A domicilio, invece, è il personale che dovrà conformarsi il più possibile alle esigenze della persona assistita, tenendo conto, a cominciare dall'abitazione, delle

relative condizioni logistiche, igieniche e di sicurezza, per passare poi alle specifiche caratteristiche dell'assistito e dei suoi familiari, con le relative capacità e disponibilità a collaborare ad un piano assistenziale che spesso richiede impegno e sacrifici in termini fisici, emotivi, economici e di tempo. Ciò implica la necessità di una particolare specifica motivazione e formazione, rivolta anche a questi importanti e delicati aspetti relazionali

## **Modelli di interazione tra pubblico e terzo settore in ambito socio-sanitario**

In ambito socio-sanitario esiste una forte integrazione tra pubblico e terzo settore e, come è stato sottolineato, anche di dipendenza del terzo settore dal pubblico per quanto riguarda le risorse finanziarie. Nei moderni Welfare State infatti la maggior parte del finanziamento per il non profit è di origine pubblica, e ciò influenza e caratterizza profondamente l'attività delle organizzazioni non profit.

L'analisi delle dinamiche e dei modelli di interazione tra soggetti pubblici e soggetti non profit evidenzia un primo modello basato su **relazioni di tipo competitivo**, un secondo modello basato su **relazioni di collaborazione** (Monteduro 2006).

Rispetto alla relazione di tipo competitivo, sistema delineato principalmente dal D.lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, la modalità di interazione tra attori pubblici ed organizzazioni non profit maggiormente utilizzata nell'ambito dei servizi socio-sanitari è l'esternalizzazione di servizi. Con questo termine si intende la decentralizzazione di attività in base a formule contrattuali di affidamento a terzi (pubblici o privati) attraverso meccanismi competitivi per la produzione di servizi. Una di queste formule contrattuali è quella del contracting-out attraverso cui l'operatore pubblico, pur conservando la titolarità del servizio e facendosi carico del suo finanziamento, si libera dei compiti di gestione che vengono affidati ad altri soggetti.

La Legge 328/2000 di riordino dei servizi sociali introduce rispetto al tema della esternalizzazione dei servizi sociali rilevanti novità, definendo le diverse funzioni svolte dagli enti pubblici e dal privato sociale, riconoscendo espressamente al privato sociale un ruolo in termini di co-progettazione dei servizi e di realizzazione concertata degli stessi. Gli enti locali potranno così ricorrere a forme di attribuzione dei servizi che "consentano ai soggetti operanti nel terzo settore di esprimere pienamente la propria progettualità".

I motivi alla base della scelta di esternalizzare i servizi socio-assistenziali possono ricondursi a diversi fattori, tra i quali l'aumento della domanda di questa tipologia di servizi, la necessità di ridurre la componente di finanziamento pubblico in campo sociale, partendo dall'assunto che il ricorso all'esternalizzazione potrebbe consentire di ridurre il costo dei servizi a parità di qualità, oppure di migliorarne la qualità.

In Italia il contracting-out della fornitura di servizi socio-assistenziali e sanitari avviene attraverso lo strumento della convenzione. Questa può essere definita come un contratto instaurato tra un ente pubblico e un soggetto privato per la fornitura di

un bene o di un servizio il cui finanziamento viene garantito dal settore pubblico.

Per ottenere buoni livelli di efficienza il contracting-out deve però soddisfare alcune caratteristiche:

- adeguato livello di competizione, che si può realizzare solo in presenza di una molteplicità di potenziali erogatori; in assenza di tale condizione si sostituirebbe semplicemente un monopolio pubblico con uno privato;
- possibilità di definire il vantaggio economico dell'affidamento a terzi rispetto alla gestione diretta;
- presenza di controlli che consentano una valutazione della qualità del servizio prestato.

Non sempre le amministrazioni pubbliche sono riuscite a sviluppare adeguate attività di monitoraggio, valutazione e verifica dell'attività svolta dal soggetto incaricato.

I rapporti di competizione nel settore della sanità hanno negli anni prodotto distorsioni, soprattutto dal punto di vista economico, e dimostrato nelle applicazioni pratiche diversi limiti, come la difficoltà di misurare la qualità di alcuni servizi, attraverso il confronto con specifici indicatori appositamente individuati, come anche di offrire la possibilità di scelta ai cittadini assistiti.

Gli esiti negativi riscontrati rispetto a modalità di interazione basate sulla competizione tra soggetti fornitori, pubblici e privati, for profit e non profit, hanno consentito una iniziale diffusione di relazioni di tipo collaborativo tra amministrazioni pubbliche e non profit, riconoscendo la convergenza di entrambi i soggetti rispetto all'obiettivo di tutelare l'interesse dei cittadini.

In merito alle forme di realizzazione dei rapporti di collaborazione tra soggetti pubblici ed organizzazioni non profit, queste hanno assunto modelli ampi ed eterogenei.

Tra le forme di collaborazione pubblico-privato, si elencano:

1. protocolli d'intesa e accordi;
2. convenzioni;
3. partecipazione a fondazioni;
4. società a capitale misto pubblico-privato.

Queste forme di collaborazione hanno due finalità principali:

- migliorare i processi decisionali;
- migliorare i processi di produzione ed erogazione dei servizi pubblici.

La struttura della forma collaborativa instaurata dipende in primo luogo dall'attività e dall'oggetto della relazione nonché dall'ambito di intervento, spesso disciplinato da normative specifiche, come il caso dei servizi sociali e socio-sanitari, nei quali la partecipazione dei comuni incontra specifiche problematiche giuridiche, nonché dalle scelte programmatiche delle singole regioni e dalla loro disciplina interna dei rapporti tra pubblico e privato, sia esso for o non profit.

Mentre la riforma sanitaria del 1992 aveva in tal senso introdotto il SSN verso una logica competitiva, la successiva riforma, D.lgs 229/99, ha promosso un modello di "programmazione-collaborazione" sostituendo le logiche competitive con logiche di collaborazione e partnership, soprattutto a livello territoriale.

In effetti proprio nell'ambito dell'assistenza distrettuale e dei servizi socio-sanitari, ove è prevista l'integrazione istituzionale, operativa e professionale di ASL, enti locali ed eventualmente organizzazioni non profit, risulta indispensabile la ideazione e messa in atto di specifici strumenti di collaborazione, sinergia e partnership tra questi attori.

**Pertanto, il potenziale ruolo del terzo settore risulta particolarmente significativo nell'ambito dei servizi socio-sanitari, non solo nella gestione dei servizi per conto degli enti pubblici (Comuni ed AUSL) ma anche come soggetto capace di offrire soluzioni flessibili, quindi particolarmente appropriate in grado di dare risposta ai problemi sociali e socio-sanitari emergenti.**

La regolazione dei rapporti economici, in particolare in funzione dei finanziamenti, rappresenta da sempre una "area grigia" tra Comuni ed AUSL come evidenziato dalla tabella a pagina seguente .

## Considerazioni conclusive

Si è ritenuto opportuno dedicare un capitolo della trattazione riguardante in genere l'Assistenza Primaria all'approfondimento e all'analisi del ruolo del terzo settore in Italia, dal momento che ormai la letteratura e le evidenze operative confermano che si tratta di una realtà che potrebbe svolgere un ruolo significativo nell'interpretazione e nelle risposte a molti bisogni di Assistenza Primaria, in particolare nel raggiungimento di obiettivi di integrazione socio-sanitaria.

Le organizzazioni del terzo settore, svolgendo attività prevalentemente orientate all'interesse sociale, di fatto concorrono in maniera significativa alla produzione di beni e servizi, partecipando al principio di sussidiarietà introdotto nella Carta Costituzionale con la riforma del Titolo V.

Nel corso degli ultimi venti anni il dibattito intorno al ruolo, al peso sociale ed alla funzione economica delle istituzioni non profit ha assunto proporzioni ragguardevoli, iniziando ad interessare un pubblico ben più vasto degli operatori del settore e degli studiosi della materia.

ENTE TITOLARE		
CLASSI DI SERVIZI	Comune	AUSL
<b>Sociali</b>	Sono servizi i cui titolari sono i comuni per i quali è chiaramente identificabile una responsabilità ed una filiera di produzione attribuibile interamente ai Comuni. Ricadono in questa classe servizi come: a) segretariato sociale; b) l'aiuto per gli indigenti; c) interventi per stranieri e nomadi; ecc	
<b>Socio-sanitari</b>	Sono servizi in cui strutturalmente vi è una titolarità incerta e condivisa tra Comuni e Aziende sanitarie, trattandosi di interventi che hanno contestualmente ricadute nella sfera sociale e in quella sanitaria. In questa area dovrebbero essere diffuse forme di compartecipazione finanziaria dei due titolari della funzione (Comune ed AUSL) e forme di integrazione dei servizi al fine di offrire al cittadino un output unitario ed omogeneo. Ricadono in questa classe principalmente gli interventi a favore di a) anziani; b) tossicodipendenti; c) minori; d) minorati fisici e psichici	
<b>Sanitari</b>		Sono i servizi di esclusiva pertinenza sanitaria, come l'igiene pubblica e la prevenzione, la medicina generale, la specialistica territoriale, l'ospedale

Fonte: F. Monteduro "Le aziende sanitarie non profit", McGrawHill, 2006

Attraverso una serie di interventi legislativi, dettagliatamente esaminati in questo capitolo, il mondo del terzo settore italiano ha ottenuto il suo riconoscimento formale all'interno della realtà istituzionale del Paese dopo che tale riconoscimento si era già variamente affermato nella società civile.

Come confermato dai dati internazionali, attualmente i Paesi di Welfare System affrontano, a causa di finanziamenti pubblici sempre più ridotti, una crescente difficoltà a far fronte ad una elevata eterogeneità della domanda in costante crescita, sia in senso quantitativo che qualitativo.

Il Libro Bianco sul futuro del modello sociale "La vita buona nella società attiva", evidenzia come il *Welfare State* tradizionale si sia sviluppato sulla contrapposizione tra pubblico e privato, dando per scontato che il pubblico fosse finalizzato al bene comune, e il privato escluso dai fini sociali. "È stato un grave errore, che ha in parte compromesso l'eredità di una antica e consolidata tradizione di *Welfare Society* tipica della società europea e di quella italiana in modo particolare". Oggi è necessario "cambiare alcune delle logiche cui si è ispirata l'azione pubblica nel campo delle politiche sociali".

Dall'analisi dei dati emerge un crescente ricorso alle organizzazioni non profit per la gestione e la produzione di alcuni servizi sociali e sanitari.

Anche il PSN 2006-2008 riconosce e promuove il ruolo innovatore svolto nell'ambito della tutela della salute e del sistema integrato dei servizi sociali dal terzo settore. “Gli obiettivi di politica sanitaria e sociale possono essere meglio perseguiti con il coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità locale: istituzioni sociali, di volontariato, dell'associazionismo, delle imprese sociali, del mondo produttivo”.

La rilevanza di questa realtà ha dato vita in Italia, come nella maggior parte dei Paesi europei, ad un acceso dibattito intorno al valore economico, al ruolo, al peso sociale e alle potenzialità di sviluppo del settore non profit. L'analisi economica tradizionale considera l'esistenza delle istituzioni non profit come una risposta alle difficoltà dello Stato di fronte ad una domanda talvolta lasciata insoddisfatta dalle imprese for profit e dalle istituzioni pubbliche, altri invece guardano con favore all'affermarsi del settore non profit, riconoscendolo quale attore capace di partecipare alla ridefinizione dei sistemi di *welfare*. (vedi box “Il terzo settore nel Libro Bianco”).

---

### Box. Il terzo settore nel Libro Bianco

**Il terzo settore costituisce un punto di forza del modello sociale italiano** e ancor più rilevanti sono le sue potenzialità. Non si tratta solo di un soggetto “terzo” – come suggerirebbe la stessa definizione – che si pone come erogatore di servizi tra Stato e mercato, in un ruolo di supplenza, per coprire le insufficienze del pubblico e del privato. Si tratta piuttosto di un attore particolare, capace di produrre relazioni e di tessere i fili smarriti della comunità.

Il terzo settore è un soggetto flessibile e particolarmente adeguato a inserirsi nella nuova organizzazione dei servizi e del lavoro nell'era post-industriale, ma è soprattutto un patrimonio di esperienze e di partecipazione che non si può disperdere. Enormi, e in parte non ancora esplorate, sono dunque le **potenzialità del terzo settore nella rifondazione del nostro sistema sociale** visto che già oggi associazioni, gruppi di volontariato, imprese sociali, fondazioni e corpi intermedi si caricano dei bisogni dei singoli e trovano soluzioni innovative a essi.

Per farsi carico delle persone e dei loro bisogni si rende necessario, in molti contesti, il coinvolgimento di organizzazioni diverse che cooperino, attraverso la combinazione di differenti capacità e competenze, nella progettazione ed erogazione dei servizi. Si tratta di favorire, in chiave sussidiaria, lo sviluppo di reti di servizio (partecipate da operatori pubblici e privati, *profit* e *non profit*) capaci di bilanciare aspetti di competitività e di collaborazione, nell'ottica di migliorare efficacia ed efficienza dei servizi.

Il terzo settore si connota dunque come una realtà emergente e crescente in cui i punti di forza sono certamente la capillarità territoriale, la formazione ad hoc e la motivazione degli operatori, specificamente orientata da una sensibilità di interesse

verso settori particolari; queste valenze danno un impulso determinante al terzo settore nell'andare incontro alle spesso non sufficienti risposte offerte dall'ambito pubblico e privato, specie per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria.

L'auspicio di chi scrive, condividendo la prospettiva del Libro Bianco, è che studiosi e decisori vogliano considerare le organizzazioni non profit, al di là dei pregiudizi diffusi, quali attori particolarmente adeguati ad inserirsi nell'organizzazione dei servizi, anche nel delicato ambito socio-sanitario, e quindi vogliano avviare un processo di accreditamento, sia delle attività che degli operatori, in modo che specifici indicatori di efficacia ed efficienza possano fornire ai cittadini tutte le garanzie necessarie ed indispensabili da parte di questo importante e potenziale erogatore di assistenza.

### Riferimenti normativi

- Legge 23 dicembre 1978 n. 833 *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*.
- D.lgs 30 dicembre 1992 n. 502 *Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421 e successive modifiche ed integrazioni*.
- D.lgs 19 giugno 1999 n. 229 *Norme per la razionalizzazione del SSN a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419*.
- Legge 11 agosto 1991 n. 226 – Legge quadro sul volontariato.
- Legge 8 novembre 1991 n. 381 – Legge sulla cooperazione sociale.
- Legge 26 febbraio 1987 n° 49 – Legge sulle organizzazioni non governative.
- Legge 218 del 1990 – legge sulle fondazioni bancarie.
- D.lgs 4 dicembre 1997 n. 460 – disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale.
- Legge 7 dicembre 2000 n. 383 – disciplina delle associazioni di promozione sociale.
- D.lgs 155 del 2006 – disciplina della impresa sociale.
- Piano sanitario nazionale 2006-2008.

### Riferimenti bibliografici

- Borgonovi E. *Dalla storizzazione dei fini e dalla flessibilità dei mezzi. Il contributo delle aziende non profit al progresso economico e sociale, in AIDEA. L'elasticità dell'azienda di fronte al cambiamento*. CLUEB, Bologna 1994.
- Fazzi L. *Affidamento dei servizi sociali ad agenzie no profit: problemi e prospettive: Economia Pubblica*, n. 6 1994.
- Capaldo P. *Le aziende non profit tra Stato e mercato, in AIDEA, Le aziende non profit tra Stato e mercato*. CLUEB, Bologna 1996.
- Martini M. *Servizi di pubblica utilità non profit: problemi di definizione, classificazione e registrazione statistica, in Vittadini G., (a cura di), Il non profit dimezzato*. Etas, Milano 1996.
- Velo D. *Evoluzione del non profit e riforma del Welfare State, in AIDEA (a cura di), Le aziende no profit tra stato e mercato*. CLUEB, Bologna, 1996.
- Colozzi I. *Il principio di sussidiarietà come principio regolatore delle politiche sociali, in Rossi G., (a cura di), terzo settore, stato e mercato nella trasformazione delle politiche sociali in Europa*. Franco Angeli, Milano 1997.
- Santuari A. *Il Welfare State ed organizzazioni non profit. La montagna ed il topolino*. Non profit, n. 1 1997.
- Battistella L. *Vademecum sull'utilizzo della convenzione tra enti pubblici e soggetti privati in ambito socio assistenziale*. Prospettive sociali e Sanitarie, n.12-13, 1998.
- Borzaga C, Fiorentini G, Matacena A. *Non profit e sistemi di Welfare*. Carrocci 1998.
- Manfredi F. *Il paradigma della competizione collaborativa come modello per la gestione dei rapporti tra soggetti pubblici e privati*. Azienda Pubblica n. 5, 1998.
- Borzaga C, Santuari A. *L'evoluzione del terzo settore in Italia, in Matacena A., (a cura di), Aziende non profit: scenari e strumenti per il terzo settore*, Egea, Milano 1999.



- Bozzao P. *Tutela della salute e ruolo delle organizzazioni non profit*. Ragiusan, n. 176 pp. 6-27, 1999.
- Caselli R, Galli S, Settesoldi R. *Qualità dei servizi sanitari, ruolo del volontariato e delle altre forme di privato sociale*, 1999.
- ISTAT. *Le organizzazioni di volontariato in Italia: strutture, risorse ed attività*. 1999.
- Mastrobuono I, Guzzanti E. *Il ruolo effettivo per le forme integrative di assistenza sanitaria*. Tendenze nuove, n. 6 1999.
- Mastrobuono I, Guzzanti E, Cicchetti A, Mazzeo MC. *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore, 1999.
- Matacena A. *Aziende non profit: scenari e strumenti per il terzo settore* Egea, Milano 1999.
- Fabbri A, Giuliani A. *Il ruolo delle associazioni di volontariato: strumento di dialogo fra pubblica amministrazione e cittadini*. Ragiusan, n. 183/184, 1999.
- Ministero della Sanità. *Ruolo, azioni e obiettivi del volontariato in sanità*. Rapporto finale della Consulta nazionale volontariato in sanità, 2000.
- Barbetta GP. *Il settore non profit italiano: occupazione, welfare, finanziamento e regolazione*. Il Mulino 2000.
- Colozzi I, Donati P. *La sanità non profit: il ruolo del privato sociale nei servizi sanitari*. Maggioli editore, 2000.
- Longo F. *Servizi sociali: assetti istituzionali e forme di gestione* EGEA, Milano 2000.
- Santi G. *Modalità e modelli per l'esternalizzazione dei servizi socio-sanitari agli enti non lucrativi*, in Antonini L., *L'attuazione regionale del "Terzo Decentramento"*. Giuffrè, Milano 2001.
- ISTAT. *Primo censimento delle istituzioni e delle imprese non profit* 2001.
- ISTAT. *Primo censimento delle istituzioni e delle imprese non profit*. 2001.
- Cafaggi R. *Modelli di governo, riforma dello stato sociale e ruolo del terzo settore*. Il Mulino 2002.
- Barbetta GP. *Senza scopo di lucro: dimensioni economiche, legislazione e politiche del settore non profit in Italia*. Il Mulino 2006.
- Monteduro F. *Le aziende sanitarie non profit*, McGrawHill, 2006.
- ISTAT. *Le organizzazioni di volontariato in Italia*. Anno 2003. Roma, Informazioni n. 27, 2006.
- ISTAT. *Le fondazioni in Italia*. Anno 2005. Roma, Statistiche in breve, ottobre 2007.
- ISTAT. *Le cooperative sociali in Italia*. Anno 2005. Roma, Statistiche in breve, ottobre 2007.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. *La vita buona nella società attiva*. Libro verde sul futuro del modello sociale. Documento per la consultazione pubblica, Roma, 25 luglio 2008.
- Parlamento europeo. *Rapporto sull'economia sociale*, novembre 2008.
- Parlamento europeo. *Risoluzione del 19 febbraio 2009 sull'economia sociale - 2008/2250(INI)*.
- Primo rapporto CNEL/ISTAT sull'economia sociale. *Dimensioni e caratteristiche strutturali delle istituzioni non profit in Italia*, Roma giugno 2008.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. *La vita buona nella società attiva*. Libro Bianco sul futuro del modello Sociale. Roma, 6 maggio 2009.



## 7.7 Assistenza domiciliare

**Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose,  
Anna Ceccarelli**

### Qualche nota storica e definizione

Con il termine di assistenza domiciliare si intende nei vari Paesi, compresa l'Italia, nelle diverse declinazioni regionali, un modello assistenziale caratterizzato da espressioni variegata e proteiformi in senso qualitativo e quantitativo. Ciò rende particolarmente difficile, e non sempre appropriato, confrontare i diversi modelli fra loro, ma pone ancor prima un problema di glossario rispetto alla effettiva definizione della assistenza domiciliare.

Per appartenenza culturale di chi scrive si sceglie di rifarsi, rispetto all'Italia, alla definizione espressa, ben nel 1991, da Guzzanti, Mastrilli e Mazzeo, riprendendo anche qualche nota del percorso storico ed organizzativo riguardante la genesi di tale modello assistenziale.

Nell'editoriale del novembre 1991 "Le Attività di Cura, Assistenza e Riabilitazione a Domicilio" (ACARD) pubblicato su Federazione Medica, gli autori introducevano l'argomento come segue "Le attività dirette a curare, assistere e riabilitare il malato a domicilio (ACARD) **sembrano un moderno metodo assistenziale, ma in realtà altro non sono che un ritorno alle origini**, perché fino alla metà del secolo scorso, gli ospedali erano destinati solo ai poveri, ai malati di mente ed a quanti venivano ritenuti capaci di provocare in altri le malattie da cui erano affetti. Tutti gli altri rimanevano al proprio domicilio per ricevere le prestazioni possibili nell'epoca di riferimento. A partire dalla seconda metà dello stesso secolo, invece, con il progressivo miglioramento dell'organizzazione strutturale degli ospedali, ma soprattutto con l'introduzione della pratica anestesologica e delle procedure di disinfezione e sterilizzazione conseguenti alla nascita della microbiologia e dell'igiene, il ricovero ospedaliero cambia fisionomia, perché diretto a soddisfare soprattutto le esigenze chirurgiche, ma anche quelle pratiche diagnostiche che cominciano a delinearsi con l'avvio della radiodiagnostica e altre apparecchiature... ma l'assistenza e la cura dei malati a domicilio rimane ancora un fatto preponderante, compresa anche l'assistenza al parto. È solo a partire dal secondo dopoguerra che inizia un'accentuazione dell'attività ospedaliera di ricovero, ed è in questo clima che matura negli USA un'esperienza che si caratterizza come 'Home Care'. Alla luce di un precedente storico, quello di Richard C. Cabbot, nel 1905 al Massachusetts General Hospital di Boston, e da studi condotti nel 1944 presso l'Università di Syracuse...

Blueston realizzò nel 1946 un programma di 'Home Care' al Montefiore Hospital di New York. Dopo di allora, questo modello assistenziale è stato attuato anche in altre realtà negli USA, così come in Canada ... , in Francia ... e nel Regno Unito – dove l'Assistenza Domiciliare ha un'esperienza più che ventennale, in particolare per quanto riguarda gli anziani, ma anche nei confronti delle puerpere e dei bambini; ...

Nella sua versione moderna, pertanto, l'ACARD rappresenta un modello assistenziale che discende dal concetto originario di 'Home Care' resosi ancora più necessario dopo gli anni '60, per il progressivo crescere dei ricoveri ospedalieri ...”

Sempre nello stesso testo si definisce così l'ACARD: “Dal punto di vista concettuale, l'ACARD assicura un complesso di prestazioni necessarie a far sì che le persone..., affette da patologie acute o riacutizzate o bisognevoli di un trattamento assistenziale e/o riabilitativo perché portatori di patologie a carattere cronico o infermità invalidanti, possano essere adeguatamente assistite a domicilio, quando non sussistano le condizioni che obbligano al ricovero in strutture ospedaliere per procedure diagnostico-terapeutiche non altrimenti effettuabili.”

Successivamente, la maggior parte di documenti istituzionali e normative si riferiscono alla assistenza domiciliare facendola coincidere con l'assistenza domiciliare integrata (ADI). In realtà, va precisato che l'ADI è solo una delle possibili forme di assistenza domiciliare.

Come riportato dalla Relazione sullo stato sanitario del Paese, e riprendendo le tipologie di assistenza domiciliare previste nell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale (art 53 ACN 23 marzo 2005), l'Assistenza domiciliare è assicurata dal medico di medicina generale attraverso le seguenti forme:

- **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**, realizzata mediante l'intervento integrato dei servizi e professionisti necessari, in rapporto alle specifiche esigenze di soggetti che, in condizioni di non autosufficienza parziale o totale, necessitano di un'assistenza di natura complessa e continuativa di tipo socio-sanitario, al fine di evitarne il ricovero. Si tratta di un servizio, organizzato dalle ASL in collaborazione con i Comuni, la cui attivazione viene proposta da una delle figure professionali che assistono il paziente. Il MG ha la responsabilità clinica del paziente e predispone il programma di assistenza che deve prevedere le scadenze degli accessi di ciascun operatore interessato, i farmaci da erogare direttamente, i sussidi (pannoloni, cateteri vescicali, garze, sacche per incontinenti, etc.) ed i presidi (carrozine, letto ortopedico, materasso antidecubito, etc.) di cui il paziente ha bisogno.
- **Assistenza Domiciliare Programmata nei confronti dei soggetti non ambulabili (ADP)** prevede che il MG con cadenza programmata (settimanale, quindicinale o mensile) effettui visite ed altri eventuali interventi sanitari a domicilio di pazienti non ambulabili che necessitano di controlli periodici. La proposta, motivata, di attivazione viene formulata dal MG (con precisazione del numero di accessi) e presentata al Distretto socio-sanitario;

- **Assistenza Domiciliare Residenziale (ADR)** nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività, si distingue in assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale ed è erogata a favore di disabili, persone con problemi psichiatrici, persone affette da HIV, anziani non autosufficienti.

Secondo la definizione proposta dalla **Relazione sullo stato sanitario del Paese relativa agli anni 2005-2006**, l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) è la formula assistenziale, organizzata dalle ASL con i Comuni, che, attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali, realizza a domicilio del paziente un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, con diversi livelli di intensità, in funzione della valutazione delle caratteristiche del bisogno. L'obiettivo è, tendenzialmente, il miglioramento della qualità di vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento, in un contesto ambientale familiare certamente più idoneo rispetto all'ospedale, in particolare per il paziente anziano.

Tale tipo di assistenza comprende l'intervento integrato dei servizi sociali e sanitari e si attiva quando, per motivi di organizzazione sanitaria o per ragioni sociali, si ritenga necessaria un'assistenza alternativa al ricovero. Infatti, come riportato dall'**Accordo collettivo nazionale con i medici di medicina generale del 23 marzo 2005**, è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:

- di medicina generale;
- di medicina specialistica;
- infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
- di aiuto domestico da parte dei familiari o del componente servizio delle aziende;
- di assistenza sociale.

L'ADI nasce pertanto come un modello assistenziale volto ad assicurare l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate. È deputata, pertanto, a rispondere a bisogni complessi, di persone che richiedono una assistenza continuativa di tipo socio-sanitario. La responsabilità assistenziale è attribuita al medico di medicina generale; la sede organizzativa è nel Distretto; la sua realizzazione richiede la definizione di piani personalizzati di assistenza in relazione ai bisogni della persona.

## **Evoluzione normativa ed organizzativa**

Negli ultimi decenni, anche in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione e all'aumento di malattie croniche, l'assistenza domiciliare è stata identificata dai decisori di ambito sanitario e socio-sanitario del nostro Paese come una delle modalità assistenziali su cui investire maggiormente.

In Italia l'assistenza domiciliare nasce negli anni '70 con caratteristiche ben diverse da quelle attuali: il personale veniva impiegato a domicilio per espletare faccende domestiche o burocratiche, quali l'accudimento della persona e la gestione infermieristica. Tali servizi, gestiti dal Comune, non prevedevano alcuna componente sanitaria o collegamenti con essa.

Con la **Legge 833 del 23 dicembre 1978** e l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, si gettano le basi dell'assistenza domiciliare come attualmente viene intesa: il Distretto sanitario, neo-costituitosi, diventa una struttura tecnico funzionale periferica dell'USL, dove le prestazioni di primo livello erogate sono concretizzate nel ruolo sempre più decentrato del servizio sanitario, fino ad arrivare in seno alle comunità, alle famiglie. **Portare la salute il più vicino al luogo in cui la gente vive e lavora, è stato un punto fondamentale dello sviluppo sanitario dell'epoca.**

Inizialmente, tale forma di assistenza ha riguardato essenzialmente la popolazione anziana e i disabili, e solo successivamente si è estesa alla cura di altre patologie, quali l'AIDS, l'Alzheimer, i pazienti allo stato terminale, nell'ottica di orientare sempre più gli interventi verso forme non ospedalizzate di assistenza e più vicine alle esigenze di umanizzazione e di rispetto della qualità della vita della popolazione, sull'esempio dell'Home Care anglosassone.

**L'emergenza AIDS e la Legge 135/1990 (Programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l'AIDS), hanno segnato un passaggio fondamentale nella evoluzione della assistenza domiciliare del nostro Paese. Nell'assistenza offerta a persone affette da HIV, la componente sociale e sanitaria sono fortemente integrate tra loro e necessitano di un intervento unitario** perché agire in maniera differenziata significa non cogliere l'unitarietà del problema.

La Legge 135/1990, frutto delle proposte elaborate sin dal 1987 dalla Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS, prevede, tra le misure per affrontare adeguatamente l'assistenza ai malati di AIDS nel Paese, che le Unità Sanitarie Locali promuovano la graduale attivazione di servizi per il trattamento a domicilio di soggetti affetti da AIDS e patologie correlate. L'assistenza poteva essere attuata al domicilio del paziente, o presso idonee residenze collettive o case alloggio, sulla base di apposite convenzioni. Allo scopo di definire queste ultime, il D.P.R. 14.9.1991 fissa, rispetto al totale dei posti previsti, le quote da attivare, rispettivamente, in strutture residenziali (25%) o al domicilio del paziente (75%) e, per questa ultima sede, stabilisce che, per il 50%, si debba ricorrere alla diretta attività assistenziale del personale del reparto ospedaliero da cui è disposta la dimissione, mentre per il restante 25% si prevedono convenzioni con associazioni di volontariato ed organizzazioni assistenziali diverse. Per quanto riguarda le convenzioni da stipulare nell'ambito dei trattamenti a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate, il decreto 13.9.1991 ne riporta gli schemi, in particolare, relativamente alle associazioni di volontariato ed organizzazioni assistenziali diverse. Vengono poi specificati i tempi minimi giornalieri da dedicare, nell'ambito della settimana, al paziente e chiesta la garanzia del collegamento con l'ospedale e con i servizi socio-sanitari territoriali.

Si chiede, inoltre, che l'associazione in convenzione garantisca la qualificazione professionale ed il costante aggiornamento dei propri operatori.

Fino all'emergenza AIDS dunque, l'assistenza a domicilio veniva considerata esclusivamente per il soddisfacimento di problematiche di carattere sociale, e solo successivamente si è venuta distinguendo da essa un'altra forma di assistenza domiciliare, caratterizzata da una specifica connotazione sanitaria.

Dal punto di vista normativo, in quegli stessi anni, il **Progetto Obiettivo "Tutela degli anziani"**, valido per il **quinquennio 1991-1995** riferendosi all'ADI specificava che: *"L'ADI è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socioassistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso"*. In tale contesto, il PSN 1994-96 (D.P.R. 107 dell'1 marzo 1994) definisce l'ADI, inserita tra i livelli uniformi di assistenza, come una modalità di *"erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, da parte di diverse figure funzionalmente integrate; di attività di prevalente livello territoriale, compresa l'assistenza alle famiglie finalizzata ad evitare il ricovero. L'ADI può rappresentare una risposta assistenziale ed efficiente nei confronti di persone disabili in conseguenza di forme morbose acute o croniche, così come di pazienti che necessitano di trattamenti palliativi, purché tecnicamente trattabili a domicilio"*. Inoltre viene chiaramente identificata quale struttura idonea e competente a realizzare tale tipo di attività il Distretto Sanitario di Base. Lo stesso Piano pone l'obiettivo di assicurare tale forma di assistenza, entro l'anno 1996, ad almeno il 2% degli anziani over 65, non ospitati in RSA, non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità. Questo obiettivo trova una incentivazione nella Legge 23.12.1996, n.662.

Definizioni più recenti, come quelle presenti nel Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 e nel Manuale Home Care 2002 confermano sostanzialmente l'inquadramento fornito dal Progetto Obiettivo su citato. In particolare, il **PSN 1998-2000 (D.P.R. 23 luglio 1998)** mette in rilievo il principio secondo cui curare a casa significa un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di passare *"dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici"* alle *"strutture e professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni"*. Nello specifico il Piano recita che *"... Le cure domiciliari, e in particolare l'assistenza domiciliare integrata, rappresentano una base privilegiata di azione per garantire flessibilità ed efficacia agli interventi. L'assistenza domiciliare diventa integrata (ADI) quando professionalità diverse, sanitarie e sociali, collaborano per realizzare progetti unitari, cioè mirati sulla diversa natura dei bisogni. La programmazione dell'ADI deve prevedere la complementarietà tra i diversi moduli assistenziali, la valorizzazione del nursing, la collaborazione delle famiglie, tenendo conto che una stretta collaborazione tra ospedale e Distretto può favorire la permanenza a casa anche di persone non autosufficienti"*. Su questi aspetti il Piano stabilisce la sua azione su principi di ordine organizzativo e professionale, richiede la complementarietà tra i diversi moduli assistenziali, prevede anche le condizioni necessarie per l'attivazione dell'ADI e le modalità per verificare le attività ed i risultati conseguiti.

Il **Manuale Home Care (2002)** definisce l'ADI come l'*"Insieme coordinato di attività sanitarie, mediche, infermieristiche, riabilitative integrate fra loro e con gli interventi*

*socioassistenziali, per la cura della persona nella propria casa, dove può mantenere il legame con le proprie abitudini e le persone che gli sono care. L'ADI è parte integrante e fondamentale della rete dei servizi”.*

Le più recenti indicazioni di politica sanitaria nazionale in materia sono contenute nel **PSN 2003-2005** che inserisce, tra gli obiettivi strategici, la “*realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili*”. Il Piano evidenzia la necessità di potenziare e garantire il corretto dimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, centri diurni integrati, residenze sanitarie assistenziali e istituti di riabilitazione) in accordo con il loro effettivo utilizzo. Interessante anche l'accento alla possibilità di utilizzo di forme di “*cash and care*”, ossia trasferimenti monetari alle famiglie collegati all'erogazione di servizi finali, quali l'acquisto di determinate prestazioni socio-sanitarie da erogatori qualificati, allo scopo di sostenere il lavoro familiare ed informale di assistenza.

Nell'evoluzione normativa ma anche culturale dell'ADI, un particolare rilievo hanno assunto gli **Accordi Collettivi Nazionali (AA.CC.NN.) per la medicina generale, la pediatria di libera scelta, la specialistica ambulatoriale, che soprattutto negli ultimi dieci anni hanno dato forte impulso alla assistenza domiciliare.**

Per la medicina generale, come sottolineato dall'art 32 dell'ACN 2000, l'assistenza domiciliare costituisce un livello essenziale da garantire al cittadino, e già dall'ACN del 1987 rientra a pieno titolo tra i suoi compiti: “I compiti del medico comprendono...c) l'assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti non ambulabili al fine di fornire ad essi atti medici integrati con l'assistenza specialistica e paramedica in stretto collegamento, se necessario, con l'assistenza di tipo sociale” (art. 19 lettera c, D.P.R. 8 giugno 1987).

Negli AA.CC.NN. degli ultimi dieci anni, vengono disciplinate in modo dettagliato le prestazioni, i destinatari, le procedure di attivazione e il coordinamento con le altre figure professionali coinvolte nell'assistenza a domicilio, prevedendo anche la possibilità di un eventuale potenziamento a livello regionale. In particolare, per la medicina generale l'ACN 2005: art. 53, allegato G “Assistenza programmata domiciliare nei confronti dei soggetti non ambulabili” e allegato H “Assistenza domiciliare integrata”; per la pediatria di libera scelta l'ACN 2005 art. 51 e allegato E “Assistenza domiciliare ai bambini con patologia cronica”.

Nell'ambito dell'esame della normativa sull'ADI, riferendosi in particolare ai compiti del MG, appare opportuno considerare anche un aspetto estremamente significativo di tale tipo di assistenza, cioè le cure palliative. Nel sottolineare che tali cure possono essere erogate sia a domicilio, sia presso strutture residenziali ed ospedaliere, si preferisce inquadrarle, con i limiti del caso, tra i compiti ADI del MG, che possono anche essere svolti presso strutture residenziali in situazioni particolari. Rispetto alle cure palliative occorre far riferimento:

- al programma nazionale per la realizzazione di strutture per l'assistenza palliativa



- “hospice”, previste dalla Legge 26.2.1999, n. 39, dal D.M. 28.9.1999 e dal DPCM 20 gennaio 2000;
- all'accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2001 sul “Documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative” che sottolinea come una assistenza domiciliare “ad alta intensità” e specificatamente pensata per i malati terminali, nonché una “integrazione delle responsabilità e di tutte le risorse disponibili sul territorio”, diventano condizioni essenziali “per migliorare l'efficacia degli interventi”;
- alla Legge 8 gennaio 2001, n. 8, recante: “Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore”;
- al documento “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” predisposto nel 2007 dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza istituita presso il Ministero della Salute con D.M. 25-2-2004. Fra le quattro tipologie di utenti non autosufficienti si identificano le persone con patologie terminali nei confronti delle quali si prevedono prestazioni nei Centri Residenziali per Cure Palliative e Hospice;
- all'Accordo Stato-Regioni del 25-3-2009, in cui si identificano le cure palliative e la terapia del dolore tra le linee progettuali cui vincolare per l'anno 2009 una quota di 100 milioni di euro, da ripartirsi tra le regioni.

In ordine temporale, l'ultimo intervento in materia è quello della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, che alla fine del 2006 ha approvato un documento dal titolo “*Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*”. Il documento provvede a una nuova caratterizzazione dei profili di assistenza domiciliare, all'individuazione delle principali prestazioni domiciliari per profilo e figura professionale, alla definizione dei criteri omogenei di eleggibilità, nonché alla valorizzazione economica mensile dei profili di assistenza. Cambia anche la terminologia: per l'assistenza sanitaria si dovrà utilizzare la denominazione “*cure domiciliari*”, invece di “*assistenza domiciliare*”, per distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e socio-sanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

Le “*cure domiciliari*” così inquadrare e denominate, “consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell'ambito delle “*cure domiciliari*” integrate, risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei Comuni”. Le “*cure domiciliari*”, in relazione ai bisogni degli assistiti, si distinguono nei seguenti profili di cura:

- “**Cure domiciliari prestazionali**”, “*caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato*”; costituiscono una “*risposta prestazionale, professionalmente qualificata, a un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora*

*si ripeta nel tempo, non presuppone la presa in carico del paziente, né una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. Sono richieste dal medico, responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice, nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatori?*

- **“Cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello”**: si rivolgono *“a malati che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, hanno bisogno di continuità assistenziale e interventi programmati”*, prevedono *“un ruolo centrale del MG, che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura”* e partecipa alla *“definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale”* e la necessaria redazione del Pai (Piano assistenziale individualizzato, vedi box in seguito); quando l'equipe che eroga le *“cure domiciliari”* è di provenienza ospedaliera, è in ogni caso superata la denominazione *“Ospedalizzazione domiciliare”* dato che la stessa è assorbita dalle cure domiciliari di terzo livello. *“Le cure domiciliari di terzo livello consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità, in presenza di criticità specifiche”*, come malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare), fasi avanzate e complicate di malattie croniche, pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale, pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo e pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza; *“presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare”*.
- **“Cure domiciliari palliative a malati terminali”**, che *“assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l'ospedalizzazione domiciliare per cure palliative (OD-CP) e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, definita dal Pai ed erogata da un'equipe in possesso di specifiche competenze”*.

Pertanto, come evidenziato all'inizio del capitolo, la più recente evoluzione nel settore è stata orientata a creare una rete integrata dei diversi servizi domiciliari, da quelli più semplici a quelli più complessi, dall'assistenza infermieristica semplice, all'assistenza sanitaria a domicilio con apparecchiature e sistemi complessi, alla presa in carico socio-sanitaria.

Si accede all'ADI con la valutazione multidimensionale (vedi box) effettuata dalle unità valutative multidimensionali che per ogni paziente predispongono il Piano assistenziale individualizzato (PAI) (vedi box).

“Tuttavia le Regioni, e talora anche le aziende sanitarie all'interno di una stessa Regione, differiscono nella scelta della modalità operativa per effettuare la valutazione multidimensionale.

L'orientamento che sembra prevalere nelle Regioni è volto a “semplificare” i percorsi, affidando ad “equipe multidimensionali di valutazione” (UVM, Unità Valutativa Multidimensionale) i casi più complessi, mentre quelli più semplici sono

stabiliti dal MG o dal Referente sanitario del Distretto in accordo con il MG.

Non c'è tuttavia una scelta univoca: alcune Regioni sottolineano il ruolo della UVM, per la sua capacità di leggere le diverse dimensioni dei problemi, altre più la decisione del MG, per la sua conoscenza della persona. Va, inoltre, chiarito, come è composta la UVM, come nucleo di base, e quanto riesca realmente ad arricchirsi delle figure specialistiche necessarie (cardiologo, pneumologo, ecc.)”.

### **Box.Valutazione multidimensionale**

La valutazione multidimensionale (VMD) ha l'obiettivo di definire in modo complessivo lo stato di salute di una persona attraverso l'analisi accurata delle capacità funzionali e dei bisogni che la persona presenta a vari livelli:

- livello biologico e clinico (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.);
- livello psicologico (tono dell'umore, capacità mentali superiori, ecc.);
- livello sociale (condizioni relazionali, di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.);
- livello funzionale (disabilità, ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale ecc.).

La VMD permette di definire in modo completo le condizioni della persona che accede alla rete dei servizi, allo scopo di individuare le risposte più adeguate ai suoi bisogni.

A seguito della valutazione multidimensionale vengono infatti definiti i provvedimenti necessari per migliorare le condizioni di vita della persona interessata attraverso un articolato programma di intervento personalizzato, che prevede l'integrazione di aspetti assistenziali sanitari e sociali.

Il compito di effettuare e gestire la VMD è affidato ad una équipe multidisciplinare che può comprendere le figure del:

- medico del Distretto;
- medico di medicina generale della persona assistita;
- medico geriatra;
- infermiere;
- assistente sociale.

In merito agli strumenti specifici e ai mezzi attraverso i quali si effettua concretamente la valutazione dell'anziano, la VMD dispone di test specifici.

Attraverso i test viene misurata la condizione fisica dell'anziano; sono suddivisibili in quattro test che valutano:

- l'aspetto biologico;
- l'aspetto funzionale;
- l'aspetto mentale (cognitivo / psicologica);
- l'aspetto sociale.

I test forniscono risultati numerici, o valori inquadrabili in una scala (ad esempio: mobilità del soggetto buona, sufficiente, scarsa). I risultati vengono elaborati all'interno di uno specifico modello, che definendo la posizione del soggetto nella classificazione prevista, fornisce come risultato il profilo dell'anziano considerato. A seconda del risultato ottenuto l'UVM valuta gli interventi assistenziali socio - sanitari necessari.

Fonte: Elaborazione da [www.socialinfo.it](http://www.socialinfo.it)

## Box. Piano di Assistenza Individuale (PAI)

Il Piano di Assistenza Individuale (PAI) è lo strumento che definisce le condizioni mediche, sociali e psicologiche della persona assistita in ADI, nonché obiettivi e metodi dell'intervento.

Obiettivo del PAI è una gestione integrata e coordinata dell'intervento assistenziale, per evitare che risulti frammentato, attraverso:

- analisi accurata delle condizioni del paziente;
- diagnosi;
- definizione accurata degli obiettivi da raggiungere.

Per una elaborazione corretta del PAI è necessario il coinvolgimento e l'intervento di tutti i soggetti, direttamente coinvolti nel progetto assistenziale: l'assistente di base, la famiglia, il medico di medicina generale.

I principi per una corretta gestione del PAI possono essere così sintetizzati:

- definire con chiarezza gli obiettivi;
- individuare i metodi giusti;
- fare in modo che operatori e famigliari condividano obiettivi e metodi;
- misurare e valutare i risultati;
- analizzare le cause degli insuccessi, pianificare le azioni correttive.

Fonte: Elaborazione da [www.socialinfo.it](http://www.socialinfo.it)

## Offerta di assistenza a domicilio in Europa

Con il termine di assistenza a domicilio si fa riferimento in Europa ad un'ampia serie di servizi assistenziali, accessibili nel territorio o erogati a domicilio della persona assistita, la cui qualità e durata possono variare in modo significativo. In via generale, comunque, si possono distinguere due grandi tipologie dei servizi domiciliari (*home care*):

- **assistenza domiciliare**, che prende il nome di *aide à domicile* in Francia, di *service d'aide à domicile aux familles et aux personnes âgées* in Belgio, di *heimhilfe* in Austria, di “servizio di assistenza domiciliare-SAD (Servizio Assistenza Domiciliare)” in Italia, di *home help services* in Gran Bretagna, di *ayuda a domicilio* in Spagna. Tale forma è destinata a supportare l'anziano non autosufficiente nelle attività della vita quotidiana, e viene erogata dai comuni;
- **cura domiciliare**, che prende il nome di *soins à domicile* in Francia e Belgio, di *hauskrankenpflege* in Austria, di *home nursing* o *district nursing* in Gran Bretagna, di *atención asistida* in Spagna, di “assistenza domiciliare integrata - ADI” in Italia, di *home nursing care*, che garantisce soprattutto assistenza infermieristica e riabilitativa erogata dalla organizzazione sanitaria preposta.

Prima di procedere ad una analisi dell'offerta in Europa è necessario specificare che l'ADI costituisce una forma assistenziale in cui i confronti tra Paesi, ma anche tra regioni all'interno degli stessi Paesi, è particolarmente difficoltosa, visto che com-

prende forme di assistenza anche molto diverse tra loro. I confronti internazionali in materia sanitaria e socio-sanitaria sono sempre estremamente difficili, per la differente organizzazione e denominazione delle attività e dei servizi, e l'assistenza domiciliare è tra quelli ancor meno confrontabili, anche per l'intreccio che si pone tra la componente sanitaria e quella sociale.

La diffusione dei servizi domiciliari sociali e sanitari per gli anziani (tabella 1) è assai diversificata nei vari Paesi europei: la media non ponderata dell'offerta è del 7,8% degli anziani (nel 2003).

**Tabella 1 - Percentuale di anziani assistiti a domicilio in alcuni paesi dell'UE. Anno 2003**

Nazione	% anziani assistiti a domicilio
Danimarca	21,5
Austria	19,3
Svizzera	9,4
Svezia	9,3
Belgio	7,5 (2004)
Finlandia	6,9
Regno Unito	6,9
Germania	6,2
Francia	4,4
Lussemburgo	4,4
Italia	4,1 *
Spagna	2,1 (2001)
Grecia	0,5 (2002)

\* Il dato comprende sia l'ADI sia l'assistenza domiciliare a carattere sociale erogata dagli Enti locali.

Fonte: Eurostat (2003), Ministero politiche sociali (2006). Istat (2006), OECD sito web:<http://www.ecosante.fr/OCDEFRA/80.html>

I Paesi del nord Europa (Danimarca, Finlandia, Olanda e Norvegia) assistono oltre il 10% degli anziani, con offerta di servizi di qualità che prevedono prestazioni integrate sociali e sanitarie, erogate 24 ore su 24, e con utilizzo di moderne tecnologie telematiche ed informatiche. I Paesi del sud d'Europa presentano invece una bassa percentuale di anziani assistiti al domicilio, che non supera il 4,4%, anche se tutti hanno recentemente approvato programmi che ne prevedono lo sviluppo. A tale proposito, il Governo spagnolo, per esempio, ha previsto nel suo Piano gerontologico nazionale di assistere almeno il 6% degli anziani a domicilio entro il 2006 e, successivamente di raggiungere la quota dell'8%. Ad un livello intermedio, Paesi come il Regno Unito e la Germania assistono un numero di anziani compreso fra il 6% e il 7%, si dimostrano interessati a dare efficienza e qualità al settore attra-

verso la costruzione di mercati sociali pur senza essere ancora riusciti ad integrare efficacemente il settore sociale con il sanitario.

### Offerta di assistenza domiciliare integrata in Italia

In Italia, secondo quanto riportato dall'Annuario Statistico del SSN, il servizio di ADI nel 2006 risulta attivo in 173 Asl su 180, in 17 regioni su 21.

In base ai dati della stessa fonte, sempre nel 2006, le persone assistite presso il proprio domicilio sono state 414.153 (396.757 nel 2005, e 373.414 nel 2004), di questi 62.511 assistiti (15,2%) hanno meno di 65 anni, mentre 351.201, pari all'84,8% è rappresentato da assistibili di età maggiore o uguale a 65 anni. Ciò significa che, nel 2006, vengono assistiti nel nostro Paese solo 2,98 anziani su 100, e che l'ADI prende in carico lo 0,7% della popolazione italiana.

L'ADI dunque pur essendo rivolta a tutta la popolazione, assiste soprattutto la popolazione anziana (> 65). Gli anziani assistiti con l'ADI sono aumentati costantemente in questi ultimi anni, raddoppiando nel periodo 1997-2005, con eccezione del 2003, anno in cui si è registrata una lieve flessione (-0,3% rispetto al 2002). All'interno del dato complessivo di offerta assistenziale (sociale più sanitaria), la quota relativa all'assistenza domiciliare per anziani è stata del 2,3% nel 2003 e del 2,9% nel 2005. Pertanto, **seppure i dati mostrino che il livello di copertura è in crescita, anche significativa, il numero di anziani assistiti è ancora molto basso, collocandosi attorno al 2,9% degli anziani rispetto ad una popolazione di persone bisognose di assistenza calcolato fra l'11% e il 20%.**

#### Assistenza domiciliare integrata (ADI)

- 414.153 persone prese in carico di cui:

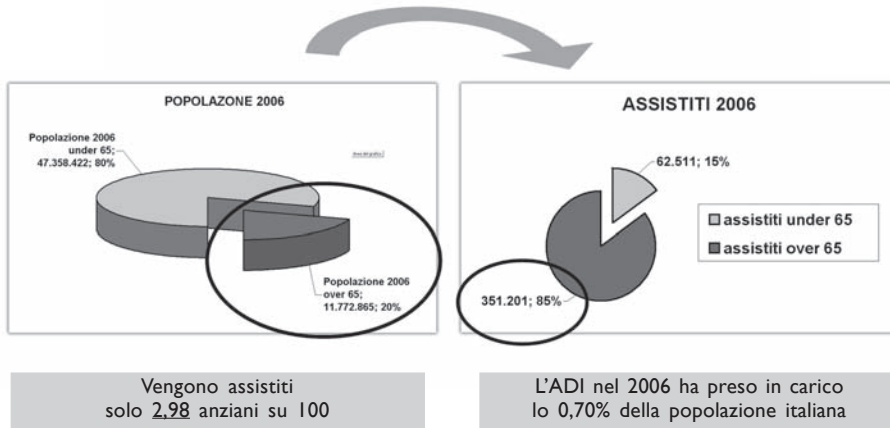
- 62.511 (15,2%) < 65 anni;
- 351.201 (84,8%) >= 65 anni.

**2006**

	Valori assoluti	%
<b>ASSISTITI 2006</b>		
Assistiti under 65	62.511	15,2
Assistiti over 65	351.201	84,4
<b>Totale assistiti Italia</b>	<b>414.153</b>	<b>100</b>
<b>POPOLAZIONE 2006</b>		
Popolazione 2006 under 65	47.358.422	83,1
Popolazione 2006 over 65	11.772.865	16,9
<b>Totale popolazione 2006</b>	<b>59.131.287</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborazione da Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2006. A cura della Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, le "Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere", giugno 2008

## Assistenza domiciliare integrata (ADI)



Fonte: Elaborazione da *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2006*. A cura della Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, "Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere", giugno 2008.

I dati regionali di Assistenza Domiciliare Integrata (tabella 2), evidenziano notevoli differenze di offerta tra le regioni italiane.

Questi dati risultano realmente rappresentativi dell'impegno delle singole regioni solo se nell'analisi si considerano congiuntamente il numero dei casi trattati ed il numero medio di ore erogate per singolo caso. Da questo punto di vista il trend di questi ultimi anni non è positivo, perché le ore di assistenza in ADI, dopo essere aumentate fino al 2001, si sono costantemente ridotte nel triennio successivo. Infatti, le ore medie annue dedicate ad ogni assistito, sono passate da 16 a 27 dal 1997 al 2001 per poi scendere a 23 ore nel 2004 e 2005.

**Nel 2006, l'offerta media italiana è stata di 24 ore all'anno (pari, in termini di media, a due ore al mese), di cui 17 ore (16 nel 2005) erogate dagli infermieri professionali, 4 ore erogate dai terapisti della riabilitazione (come nel 2005) e 3 ore da altre figure (come nel 2005). Tali valori risultano decisamente inferiori a quelli riportati da molti Paesi europei, e soprattutto sono grossolanamente insufficienti a rappresentare una vera, efficace ed efficiente offerta di assistenza domiciliare** che, se appropriatamente erogata, comporta necessariamente un impegno orario significativamente maggiore. Inoltre, l'analisi permette di evidenziare una sostanziale differenziazione di offerta tra le regioni; vi sono regioni come la Valle d'Aosta, che nel 2006 ha erogato ben 183 ore di assistenza per utente, pur avendo il numero più basso di casi trattati (66 casi trattati di cui il 76% di anziani); al contrario, il Friuli Venezia Giulia ha erogato 17 ore per caso trattato, a fronte di circa 26.000 assistiti. In genere, tutte le fonti consultate confermano con (avvilente) sintonia la presenza di un'offerta estremamente povera e macroscopicamente inadeguata nelle regioni meridionali.

Tabella 2 - ADI in Italia - Anno 2006

Regione	Casi trattati				Ore di assistenza erogata per caso trattato				
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale	
Piemonte	19.890	458	75,1	15,3	2	17	6	25	
Valle D'Aosta	66	53	75,8	2,0	8	32	144	183	
Lombardia	76.641	809	84,5	35,2	4	11	3	18	
Prov. Auton. Bolzano	357	74	90,2	4,0		15		15	
Prov. Auton. Trento	1.572	313	79,6	13,3		22		22	
Veneto	54.556	1.151	85,6	51,4	1	12	2	14	
Friuli Venezia Giulia	26.133	2.163	79,0	75,8	2	12	2	17	
Liguria	13.858	861	94,5	30,7	5	16	4	25	
Emilia Romagna	59.093	1.411	90,0	55,9	0	20	2	23	
Toscana	20.092	555	89,1	21,3	2	17	7	25	
Umbria	9.881	1.139	83,0	40,6	1	13	3	17	
Marche	14.595	955	86,6	36,6	5	21	2	28	
Lazio	41.719	786	85,8	35,3	5	14	2	21	
Abruzzo	11.314	867	84,8	34,5	10	22	1	33	
Molise	6.723	2.095	57,0	54,4	3	8	1	12	
Campania	11.785	204	87,3	11,6	13	43	3	59	
Puglia	13.556	333	84,5	16,3	20	31	1	52	
Basilicata	5.873	989	87,4	43,5	14	26	3	44	
Calabria	11.252	561	81,1	24,9	5	12	0	17	
Sicilia	10.701	213	81,3	9,6	10	24	3	37	
Sardegna	4.496	272	83,5	12,9	14	56	1	71	
<b>Italia</b>	<b>414.153</b>	<b>705</b>	<b>84,8</b>	<b>30,3</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>24</b>	

Fonte: Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale Anno 2006. A cura della Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, "Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere", giugno 2008



Alla disparità di offerta si aggiunge altrettanta diversità tra le Regioni rispetto alla spesa dell'ADI, come evidenziato nella tabella 3.

**Tabella 3 - Incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria**

Regioni, ripartizioni	Anni					
	2001 (a)	2002	2003	2004	2005	2006
- Nord-ovest	0,74	0,84	0,81	1,01	0,92	0,92
- Nord-est	1,02	0,97	1,49	1,51	1,45	1,61
- Centro	1,24	1,70	1,01	1,53	1,59	1,62
- Mezzogiorno	1,25	1,23	0,81	0,73	0,78	0,74
Italia	1,06	1,17	0,99	1,08	1,06	1,08

Fonte:Elaborazioni Istat su dati Ministero della salute, dati aggiornati a maggio 2008 (a) dati stimati

### La ripartizione dei costi della assistenza domiciliare integrata

Secondo quanto disposto dal DPCM 29/11/2001 il Servizio sanitario si fa carico, per i soli anziani, di tutte le prestazioni, con eccezione delle prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona che invece vengono coperte solo per il 50%.

Rispetto all'aiuto infermieristico, recentemente il Tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA, (istituito dalla Conferenza Stato-Regioni l'8 agosto 2001) ha stabilito unitariamente (con interpretazione formale del 17/7/2002, riportata nella Relazione conclusiva sullo stato dei lavori del tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA) che "le prestazioni di aiuto infermieristico indicate alla lett. e) nell'ambito dell'assistenza programmata a domicilio, non coincidono con le prestazioni proprie dell'infermiere professionale (indicate alla lett. c come prestazioni infermieristiche a domicilio) ma rappresentano prestazioni eseguite da operatori diversi che, svolgendo compiti di assistenza tutelare, collaborano con l'infermiere professionale". Per cui i Comuni e/o gli utenti non partecipano alla spesa dell'assistenza infermieristica, ma intervengono solo per l'assistenza tutelare e nella misura del 50%.

La misura della suddivisione dei costi fra il sociale e il sanitario delle prestazioni socio-sanitarie è proposta dal DPCM del 14/2/2001 e dal DPCM del 29/11/2001, ma spetta alle singole regioni assumere le determinazioni definitive sulla materia, anche discostandosi da quanto previsto dai citati decreti. Dal 2001 ad oggi solo alcune regioni hanno provveduto a stabilire le regole della suddivisione dei costi fra sociale e sanitario apportando delle modifiche rispetto al testo normativo nazionale.

Queste regioni riconoscono le prestazioni tipicamente sanitarie, come quelle di medicina generale, di medicina specialistica, di assistenza infermieristica, di riabilitazione e recupero funzionale, totalmente a carico del SSN, e le prestazioni educative/organizzative fornite come sostegno all'organizzazione familiare e/o al contesto

domiciliare, a totale carico del comune e del beneficiario (per la quota che il comune stesso vorrà stabilire). L'unica prestazione il cui onere va suddiviso fra sanitario e sociale è costituita dall'assistenza tutelare alla persona, che è posta a carico del Servizio sanitario fino al 60% nelle regioni Calabria, Veneto e Toscana mentre in Sardegna e Umbria è determinata nel 50%. A questo proposito, il Piemonte precisa che la quota del 50% vale solo per la fase di lungoassistenza (che decorre dal 61° giorno dall'inizio dell'assistenza in fase acuta), perché in quelle intensiva ed estensiva le prestazioni di assistenza tutelare alla persona sono totalmente (100%) a carico del Servizio sanitario (Pesaresi, 2006).

Secondo i dati ISTAT relativi alla spesa sociale del 2004, i Comuni hanno speso 5 miliardi 377 milioni di euro per l'assistenza sociale erogata a livello locale, comprensivi della "assistenza domiciliare" erogata a 456.924 anziani e 38.135 disabili.

Tale voce comprende complessivamente e non disaggregati i costi relativi all'assistenza domiciliare socio-assistenziale, all'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari (ADI), ai servizi di prossimità (buon vicinato), al teleconsulto e alla teleassistenza, alla distribuzione di pasti e/o alla lavanderia a domicilio.

Nello stesso anno la spesa corrente del SSN era di euro 87.233.162.

## Modelli regionali di ADI

In Italia, tutte le Regioni hanno regolamentato in modo dettagliato l'organizzazione dell'ADI e la maggioranza di queste ha attivato anche un sistema di rilevazioni annuali, o un sistema informativo per seguirne le dinamiche e lo sviluppo, come verrà descritto nel successivo paragrafo relativo al sistema informativo.

Rilevanti sono le differenze tra regioni circa l'organizzazione, la classificazione e le tipologie di assistenza domiciliare previste.

Esclusa la Lombardia, il cui obiettivo è la massima diffusione del *voucher* socio-sanitario (vedi box), tutte le Regioni hanno scelto un modello organizzativo basato sull'erogazione diretta delle prestazioni da parte del Distretto sanitario.

Quasi metà delle Regioni prevedono due o tre livelli di prestazione di ADI, in base all'intensità assistenziale e conseguentemente al maggior impegno sanitario richiesto.

Il gruppo più numeroso di regioni (Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto, Toscana e Sicilia) ha classificato le prestazioni in tre livelli: ADI a bassa, media o alta intensità sanitaria domiciliare. Anche la Lombardia ha previsto tre livelli, di cui il terzo è dedicato a una condizione sanitaria specifica (profilo di base, pazienti complessi e pazienti terminali).

Le Marche hanno invece classificato le prestazioni in due livelli: bassa e alta intensità assistenziale.

Per quanto riguarda le scelte delle regioni circa le possibili tipologie assistenziali, la maggior parte di esse ha previsto diverse forme di ADI specialistica, indirizzate alla cura di pazienti affetti da specifiche patologie e che richiedono un'organizzazione particolare. Le esperienze finora praticate di tipologie specialistiche di ADI han-

no dimostrato in varie regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Piemonte, Sicilia, Umbria, Veneto) di essere in grado di erogare in modo efficace e con piena sicurezza per il paziente anche prestazioni complesse e considerate di alta intensità.

### **Box. Il voucher socio-sanitario**

Il voucher socio-sanitario è operativo in Lombardia dal 1° luglio 2003 (DGR 12902/03) e costituisce un titolo di acquisto di prestazioni socio-sanitarie a domicilio di tipo medico-specialistico, infermieristico, riabilitativo e assistenziale. Obiettivo principale della DGR 12902/03 è evitare o ritardare l'istituzionalizzazione delle persone non autosufficienti.

I destinatari di tali prestazioni sono i soggetti che, indipendentemente da limiti di età o di reddito, si trovano nella condizione di non poter svolgere in modo autonomo, parzialmente o totalmente, le normali attività di vita quotidiana e che quindi non possono recarsi presso le strutture o i servizi sanitari di cui necessitano.

Si tratta di persone anziane, disabili e persone "fragili" che hanno bisogno di assistenza per poter rimanere in famiglia, e alle quali il voucher permette di acquistare direttamente da soggetti accreditati le prestazioni socio-sanitarie integrate che saranno svolte a domicilio da personale professionalmente qualificato.

Le prestazioni previste dal voucher sostituiscono l'ADI e vengono sospese quando sono fornite da altre strutture residenziali, semiresidenziali o ospedaliere.

Per ottenere il voucher l'iter da seguire è quello previsto per accedere ai servizi ADI: proposta del medico di famiglia e autorizzazione della ASL. Segue la definizione del Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.) a cui viene attribuito un valore economico o livello di voucher.

Il beneficiario sceglierà tra gli enti accreditati dalla ASL quello a cui intende rivolgersi per ottenere le prestazioni indicate nel voucher.

Il voucher socio-sanitario può essere considerato un'ulteriore applicazione del modello di sanità della Regione Lombardia che prevede la separazione tra il soggetto a cui sono attribuiti i compiti di programmazione acquisto e controllo delle prestazioni (ASL) e i soggetti che provvedono all'organizzazione e all'erogazione delle prestazioni. Il principio di separare le funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di organizzazione dei servizi ed erogazione degli stessi non è stato applicato solo dalla Regione Lombardia, anche per l'ADI, ma trova espressione già nel voucher sociale previsto dall'art. 17 della Legge 328/2000.

Il voucher sociale, applicato su tutto il territorio nazionale, è un titolo di acquisto di prestazioni sociali, erogate da operatori professionali, rilasciato dai Comuni associati in ambito distrettuale sulla base di criteri, modalità e condizioni definite con i Piani di Zona (vedi allegato 2 del capitolo dedicato all'integrazione socio-sanitaria).

Grazie al voucher sociale, la persona in condizioni di fragilità o la famiglia può acquistare, da erogatori pubblici o privati accreditati, servizi quali il Servizio assistenza domiciliare per anziani, disabili e minori nonché altre prestazioni "complementari", ugualmente finalizzate a mantenere al domicilio il soggetto fragile: la preparazione e somministrazione di pasti, il servizio lavanderia, i trasporti.

I voucher sociali possono essere usati anche per la copertura, parziale o totale, dei ricoveri di sollievo.

## **Il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare**

Il 17 Dicembre 2008, il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha emesso il “Decreto di istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare”, risultato di un lungo percorso di condivisione ed approfondimento sul tema, condotto nell'ambito del “Programma Mattoni del SSN”, avviato dalla Conferenza Stato-Regioni del 10 dicembre 2003 con l'obiettivo di individuare le metodologie e i contenuti informativi necessari al pieno sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

A seguito della riforma costituzionale del 2001 che ha definito il regime di legislazione concorrente tra Stato e Regioni in materia sanitaria, e per rispondere alla nuova configurazione dei ruoli e delle responsabilità, il Ministero della Salute ha infatti avviato nel 2002 la progettazione del NSIS che rispetto al precedente Sistema informativo sanitario (SIS), avrebbe avuto una duplice funzione:

- rendere disponibili per il Ministero le informazioni necessarie per il monitoraggio del LEA;
- produrre per le regioni i dati necessari per confrontare le performance dei diversi sistemi sanitari regionali.

È in questo contesto che nasce il Progetto Mattoni, con lo scopo di rispondere alle esigenze informative del Progetto NSIS. Infatti è proprio dal progetto NSIS, il cui obiettivo è costruire strumenti di misura del bilanciamento tra qualità e costi, che nasce la necessità di avere dati certi, tempestivi ed omogenei, rispetto all'assistenza erogata sul territorio nazionale, e metodi di misura uniformi.

Il progetto Mattoni del SSN, ha consentito l'avvio di un nuovo percorso verso l'ottenimento di informazioni confrontabili attraverso:

1. dati classificabili e confrontabili in modo omogeneo;
2. approcci omogenei per la creazione a livello locale dei dati che vengono successivamente resi disponibili a livello regionale e nazionale del SSN;
3. metodologie condivise per la costruzione delle misure per il bilanciamento tra qualità e costi nel sistema sanitario.

L'obiettivo di fondo del progetto è ottenere informazioni confrontabili, quindi valutabili e programmabili. Pertanto risulta necessario far sì che le informazioni siano raccolte (a livello aziendale) in forma strutturata, complete di tutti i dati necessari ai successivi livelli di analisi e governo, ovvero alla programmazione interna delle aziende sanitarie, alla politica sanitaria delle Regioni ed al monitoraggio, da parte del Ministero della Salute, dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il Progetto “MATTONI SSN” prevede 15 linee progettuali, sviluppate da altrettanti gruppi di lavoro e la partecipazione diretta anche delle Regioni, della AGE.NA.S. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), del Ministero, dell’ISS (Istituto Superiore di Sanità).

### *I 15 Mattoni del SSN*

- 01 Classificazione delle strutture
- 02 Classificazione delle prestazioni ambulatoriali
- 03 Evoluzione del sistema DRG nazionale
- 04 Ospedali di Riferimento
- 05 Standard minimi di quantità di prestazioni
- 06 Tempi di attesa
- 07 Misura dell’appropriatezza
- 08 Misura dell’Outcome
- 09 Realizzazione del Patient File
- 10 Prestazioni farmaceutiche
- 11 Pronto soccorso e sistema 118
- 12 Assistenza residenziale e semiresidenziale
- 13 Assistenza primaria e prestazioni domiciliari
- 14 Misura dei costi del SSN
- 15 Assistenza sanitaria collettiva

Il mattone 13, Assistenza Primaria e prestazioni domiciliari, che ha concluso i lavori nel maggio 2007, aveva l’obiettivo di definire una base informativa comune per le prestazioni erogate in regime di Assistenza Primaria e domiciliare, in grado di soddisfare le necessità informative dei diversi livelli di gestione e di governo del SSN.

Il Decreto di istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare, che rappresenta insieme al decreto sulla distribuzione diretta dei farmaci e a quello sulla assistenza residenziale e semiresidenziale, uno dei primi risultati dell’intero progetto, disciplina le caratteristiche del flusso informativo teso alla condivisione tra livello regionale e livello nazionale delle informazioni relative agli eventi: presa in carico, erogazione, sospensione, rivalutazione, conclusione servizio. Nel decreto sono descritte le modalità di trasmissione dei dati dalle Regioni e Province Autonome al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Le informazioni raccolte vanno ad alimentare il Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali (SIISI), ai fini del monitoraggio delle attività erogate nell’ambito dell’As-

sistenza Domiciliare, con analisi e valutazioni sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento, a supporto della verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei Livelli Essenziali di Assistenza e di un'efficace programmazione sanitaria, a beneficio dei diversi livelli del Servizio Sanitario Nazionale.

## Considerazioni conclusive

L'Assistenza domiciliare costituisce una forma assistenziale spesso prospettata quale percorribile alternativa al ricovero ospedaliero, da privilegiare per i vantaggi di risparmio di natura economica che offrirebbe. In realtà, è una modalità assistenziale che non può sostituire il ricorso al ricovero ospedaliero, quando questo rappresenta un'indicazione appropriata; tale modello assistenziale permette piuttosto di evitare il ricorso inappropriato o ripetuto al ricovero.

In particolare, rispetto all'assistenza ospedaliera va certamente sottolineata la diversità di orientamento al paziente del personale che opera in ambito domiciliare.

Negli ospedali, infatti, una tradizione secolare ha consolidato organizzazioni funzionalmente gerarchizzate e normativamente disciplinate alle quali gli assistiti devono adattarsi, dal momento dell'ammissione e lungo il percorso di ricerca ed assegnazione del posto letto, orari della sveglia, pasti, visite mediche e accertamenti diagnostici, visite dei familiari, sonno.

A domicilio, invece, è il personale che dovrà conformarsi il più possibile alle esigenze della persona assistita, tenendo conto, a cominciare dall'abitazione, delle relative condizioni logistiche, igieniche e di sicurezza, per passare poi alle specifiche caratteristiche dell'assistito e dei suoi familiari, con le relative capacità e disponibilità a collaborare ad un piano assistenziale che spesso richiede impegno e sacrifici in termini fisici, emotivi, economici e di tempo. Ciò implica la necessità di una particolare specifica motivazione e formazione, rivolta anche a questi importanti e delicati aspetti relazionali.

L'assistenza domiciliare potrebbe, per casi specifici, essere considerata una valida alternativa ad altre forme assistenziali a medio-lungo termine di natura residenziale, quali le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Anche rispetto ai presunti vantaggi economici, è necessario chiedersi se l'assistenza al proprio domicilio sia veramente una forma di risparmio o piuttosto di corretta allocazione delle risorse. Una serie di studi risalenti a qualche anno fa, come quello presentato nel 1996 dall'Ocse (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico), "Prendersi cura delle persone anziane fragili, politiche sanitarie in evoluzione", nell'esaminare i dati di Paesi con sistemi sanitari diversi tra loro, sostengono che probabilmente l'assistenza domiciliare, o residenziale, rappresentano un'alternativa sicuramente più appropriata rispetto al target ed alle necessità assistenziali, ma non necessariamente le più economiche intese come portatrici di risparmio.

Tale visione è stata confermata nel documento del Department of Health inglese del 2003 "Keeping the NHS local: a new direction of travel" in cui si suggerisce al

Sistema Sanitario inglese di sviluppare una visione di sistema globale (“whole system” view) per realizzare il modello di assistenza definito “closer to home”.

Per far fronte alle necessità assistenziali degli anziani i Paesi dell’Unione Europea hanno scelto, pur con capacità e risultati diversi, l’assistenza domiciliare come formula assistenziale su cui investire, raggiungendo in termini di offerta assistenziale, nelle realtà più evolute, più del 10% della popolazione anziana. Inoltre, in Paesi come l’Inghilterra si registra un aumento delle ore dedicate ad attività di assistenza domiciliare poiché, pur riducendosi il numero degli assistiti, si tende a concentrare l’attenzione sui casi più impegnativi.

In effetti, se da un lato si può prevedere che il potenziamento dei servizi domiciliari e territoriali possa equilibrare gli effetti dell’invecchiamento demografico sulla domanda di assistenza residenziale, è anche evidente che il tipo di persone che si rivolge ai presidi presenta bisogni sempre più complessi.

Ciò che emerge con estrema chiarezza dai dati e dalle considerazioni esposte è l’inderogabile necessità di adottare politiche a favore della popolazione anziana, centrate sull’integrazione degli interventi sanitari e sociali. Pur tuttavia occorre sottolineare che l’assistenza domiciliare, in Italia come in altri Paesi, non può e non deve essere dedicata esclusivamente alla pur cospicua fascia di popolazione anziana, dovendo tenere necessariamente in debito conto le richieste di tale modalità assistenziale da parte di fasce di popolazione altrettanto bisognose, come ad esempio le disabilità e patologie croniche degenerative in età pediatrica, giovanile e dell’adulto.

“L’ottica integrata, come dimostrano le numerose ma ancora troppo eterogenee esperienze realizzate a livello regionale e locale, ha portato ad ottenere risultati di alto profilo qualitativo nei diversi ambiti dell’assistenza: dalla riduzione dei ricoveri impropri ad un più corretto accesso alle terapie farmacologiche; dal contenimento del ricorso all’istituzionalizzazione alla presa in carico olistica a livello domiciliare e semiresidenziale, con conseguente stimolazione di una vita relazionale più intensa che, prevenendo l’isolamento sociale, rappresenta uno dei più importanti fattori di prevenzione della perdita di autonomia” (Relazione sullo stato sanitario del Paese 2005-2006).

**L’assistenza domiciliare integrata è certamente un servizio in crescita nella rete dei servizi sanitari, ma la sua organizzazione è ancora poco uniforme e la sua diffusione è insufficiente e inadeguata rispetto ai bisogni reali della popolazione italiana.**

Nonostante la positiva tendenza di questi ultimi anni verso un aumento del numero di persone assistite in ADI, **l’integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali resta l’obiettivo prioritario ma più complesso da raggiungere.**

La competenza dei servizi di assistenza domiciliare comprendente aspetti sociali e sanitari continua ad essere separata tra comuni e regioni, e sono ancora una piccola percentuale i casi che vengono gestiti unitariamente.

Soprattutto, non esistono condizioni uniformi di offerta su tutto il territorio nazionale. Ancora poche sono le regioni che hanno stabilito principi e criteri definiti

e condivisi dell'integrazione di compiti e responsabilità fra il sociale e il sanitario.

Tutto ciò è confermato anche dai recentissimi risultati della seconda indagine sul sistema delle cure domiciliari, presentati nel giugno 2009, che il Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva, ha realizzato nel corso del 2008 – 2009. Tale lavoro è frutto di un gruppo multidisciplinare di esperti rappresentativi delle realtà maggiormente interessate nel percorso di cura del paziente, e ha coinvolto 335 MMG, 242 infermieri, 28 aziende sanitarie, 16 Distretti, 10 regioni e 322 cittadini.

Dal Rapporto emerge che il 13,9% dei cittadini segnala una riduzione delle ore di assistenza godute rispetto al 2007, l'8,9% denuncia la scarsa qualità delle prestazioni ricevute, il 7,6% lamenta mancanza di fondi e personale, il 7% l'improvvisa sospensione del servizio o la maggior discontinuità.

A dichiarare i disagi più gravi sono gli adulti con grave disabilità, i malati cronici, gli anziani appena dimessi dall'ospedale, i bambini con problemi di disabilità (tabella 4).

**Tabella 4 - Le categorie penalizzate**

<b>Chi segnala problemi con l'assistenza domiciliare</b>	<b>%</b>
Disabili gravi adulti	30,4
Malati cronici	29,1
Anziani appena operati/dimessi	21,5
Bambini disabili	2,5
N.D.	16,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Sole 24 ore Sanità n. 23, 16-22 giugno 2009

Le carenze più gravi riguardano i seguenti aspetti:

### 1. Informazione

Il 45% dei cittadini si dichiara soddisfatto rispetto all'informazione ricevuta sull'offerta del servizio, anche se il 43% dichiara che l'attivazione del servizio di assistenza non è stata preceduta da un colloquio che spiegasse il funzionamento del servizio stesso. Inoltre al 74% dei cittadini non è stato consegnato un questionario per rilevare i bisogni.

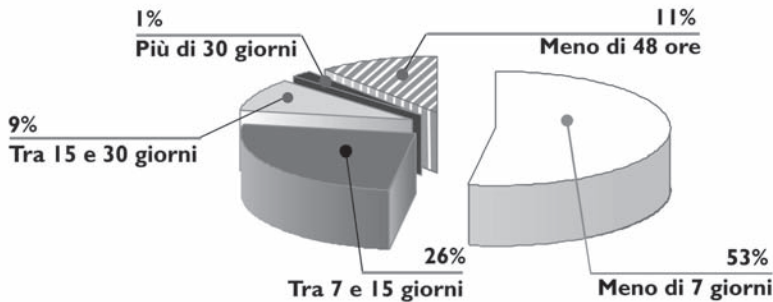
### 2. Tempi di attesa

Per l'attivazione del programma assistenziale a volte si verifica un'attesa superiore ai 30 giorni come dichiarato dal 6% dei cittadini. Un dato che tuttavia non trova riscontro nelle informazioni provenienti dalla Asl e dal Distretto, che prevedono un'attivazione in meno di 48 ore dalla richiesta nella maggior parte dei casi (Asl 61%, Distretti 63%).



Per quanto riguarda il tempo di attesa tra la richiesta di una visita e la sua effettuazione, dal Rapporto emerge come per il 53% dei pazienti ci vogliano tra i 3 e i 7 giorni, e per il 26% tra i 7 e i 15 giorni (grafico I).

**Grafico I - Tempo tra richiesta visita e sua effettuazione**



Fonte: Sole 24 ore Sanità n. 23, 16-22 giugno 2009

### 3. Assistenza psicologica

L'84% dei cittadini dichiara di non usufruire di tale servizio; chi viene seguito lo valuta adeguato e di buona qualità. Inoltre, il 64% dei cittadini lamenta l'assenza di un servizio di accompagnamento nelle fasi del lutto, che supporti la famiglia nella perdita del proprio caro.

### 4. Coinvolgimento del paziente e della famiglia rispetto al piano assistenziale

Carente è il coinvolgimento del paziente e della famiglia nel processo di cura. In particolare il 32% dei cittadini dichiara di non ricevere informazioni rispetto al piano assistenziale; il 49% dei cittadini che hanno partecipato all'indagine ha dichiarato di provare dolore, ma solo il 18% di essi ha usufruito di una terapia per alleviare la sofferenza e si ritiene coinvolta nelle scelte relative all'utilizzo della terapia.

### 5. Turn over degli infermieri

Nel 40% dei casi i cittadini dichiarano che la figura infermieristica non sempre è la stessa.

### 6. Lesioni da decubito

Le Asl nell'86% dei casi adottano protocolli di prevenzione per le lesioni da decubito ma il 37% dei cittadini coinvolti nell'indagine dichiara che al momento delle dimissioni ha presentato tale complicanza.

## 7. Costi

Il 49% dei cittadini ha dovuto ricorrere a ulteriori spese per integrare le prestazioni (tabella 5). Un dato in aumento rispetto alla precedente indagine che conferma ancora il ricorso a spese aggiuntive per i farmaci, con un importo massimo segnalato di 1000 euro e l'assunzione di figure integrative per l'assistenza come la badante, laddove le famiglie da sole non riescono a far fronte ai bisogni assistenziali dei propri cari spendendo sino a 3000 euro.

**Tabella 5 - I costi extra per le famiglie (in €)**

	<b>% di cittadini che ha dovuto acquistare</b>	<b>Cifra max segnalata</b>
Farmaci	31,2	1.000
Integratori alimentari	13,2	216
Materiale sanitario	19,1	250
Attrezzature medicali	3,6	1.000
Badante	24,0	3.000
Infermiere	2,2	500
Fisioterapista	5,2	300
Psicologo	0,8	100
	<b>% di cittadini che ha avuto costi extra</b>	<b>Cifra max segnalata</b>
Costi telefonici	21,3	300
Costi per spostamenti	22,6	200
Consumi energetici	24,3	500

Fonte: Sole 24 ore Sanità n. 23, 16-22 giugno 2009

Tra i dati positivi del Rapporto, l'aumento di attenzione delle Asl per l'attivazione di piani assistenziali personalizzati in base alla rilevazione dei bisogni dei pazienti (96%).

Le soluzioni che il Rapporto propone sono le seguenti:

- individuazione delle prestazioni essenziali domiciliari (Livelli essenziali di assistenza domiciliare);
- rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria;
- integrazione dei Lea con i Liveas (Livelli essenziali di assistenza sociale);
- potenziamento dell'assistenza domiciliare e dell'h24, prevedendo anche un servizio di supporto telefonico;
- integrazione dei servizi territoriali con l'ospedale;
- presa in carico effettiva, caratterizzata dall'attenzione per tutti gli aspetti dell'assistenza (sociale, sanitaria e psicologica);

- coinvolgimento del paziente e delle famiglie nella messa a punto di piani di assistenza personalizzati e nella valutazione del servizio.

I contenuti di tale Rapporto corrispondono a quelli proposti nelle conclusioni dell'indagine realizzata su un campione di 700 persone dall'Area Sanità della Fondazione Istud, Business School indipendente che opera dal 1970 in Europa nel campo della formazione professionale superiore e della ricerca sul management.

La ricerca, "Knocking on patient's door", presentata nel giugno 2009, si è svolta attraverso una survey consistente in un sondaggio rivolto ai cittadini rispetto alla loro preferenza di cura a casa o in ospedale.

Dai dati emerge il desiderio degli italiani di curarsi a casa piuttosto che in ospedale (87% dei consultati). Inoltre, il 94% dei cittadini interpellati afferma di considerare le cure a casa come un diritto che deve essere tutelato dal SSN. Tuttavia, malgrado le preferenze esplicitate e la considerazione positiva delle cure domiciliari, il 64% del campione dichiara di non conoscere le organizzazioni che sul territorio si occupano di fornire questo servizio.

Infine va sottolineato con attenzione che, anche se la programmazione dei servizi spetta ai soggetti pubblici, **un ruolo importante nel campo dell'offerta dei servizi** in generale, e in particolare di servizi di ADI, **è stato conquistato dal settore privato, sia dagli enti senza scopo di lucro** - spesso di emanazione confessionale o caritativa – sia dalle imprese for profit. In sostanza, come ampiamente analizzato nel capitolo dedicato al ruolo del terzo settore, gli erogatori privati con e senza scopo di lucro, in questi ultimi anni, stanno assumendo in questo ambito un ruolo di crescente importanza, mentre l'ente pubblico si dedica sempre meno all'erogazione diretta di prestazioni e sempre più a finanziare, regolare e coordinare le prestazioni garantite dagli erogatori privati e pubblici. Infatti, sebbene con livelli assai diversi nei vari Paesi europei e anche tra regioni italiane, le scelte degli ultimi anni vanno nella direzione di assegnare le funzioni di erogazione delle prestazioni soprattutto a soggetti privati (for-profit o non-profit) riservando al soggetto pubblico, e in particolare agli enti locali, esclusivamente le funzioni di acquisto e di controllo.

È auspicabile che, in considerazione del ruolo che in ambito socio-sanitario i soggetti privati si trovano ad occupare, si possa avviare un processo di accreditamento, sia delle attività che degli operatori, in modo che specifici indicatori di efficacia ed efficienza possano fornire ai cittadini tutte le garanzie di una assistenza di qualità a prescindere dalla natura, pubblica o privata, degli erogatori.

### Riferimenti normativi

Legge 5 Giugno 1990, n.135 *Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS*.

Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani 1994-1996.

Piani sanitari nazionali 1994-1996; 1998-2000; 2003-2005; 2006-2008.

Legge 26.2.1999, n. 39 *Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000*.

D.M. 28.9.1999 *Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative*.

Legge 8.11.2000 n. 328 - Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

DPCM 20 gennaio 2000 *Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative*.

Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2001 sul *Documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative*.

Legge 8 gennaio 2001, n. 8, recante: *Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore*.

DPCM 14 Febbraio 2001 – Decreto sulla Integrazione Socio-sanitaria.

DPCM 29 novembre 2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Accordi collettivi nazionali della medicina generale e della Pediatria di libera scelta (D.P.R. 8 giugno 1987, D.P.R. 28 luglio 2000 n. 270, D.P.R. 28 luglio n. 272, Accordo esecutivo dal 23 Marzo 2005 per i medici di medicina generale, Accordo esecutivo dal 15 Dicembre 2005 per i Pediatri di libera scelta).

Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009. 25 marzo 2009.

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del D.lgs 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni. 27 maggio 2009.

### Riferimenti bibliografici

Guzzanti E, *La cura e l'assistenza del malato in famiglia. Problemi sociali ed organizzativi*. Roma, 29 gennaio 1981.

Guzzanti E, Mastrilli F, Mazzeo MC. *Le attività di cura, assistenza e riabilitazione a domicilio*, Federazione Medica, XLIV-9, 1991, pp 569-573.

Guzzanti E, Mastrilli F, Pasquarella A. *L'evoluzione del processo di accreditamento e della sua evoluzione in Italia: il caso dei servizi di assistenza domiciliare*, Ricerca sui Servizi Sanitari – Volume I n. 4 1997.

- Relazione sullo stato dei lavori del tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui al punto 15 dell'accordo 8 agosto 2001, 24 luglio 2002.
- Marceca M. *Assistenza domiciliare*, Care n. 3/2003.
- Pesaresi F, Gori C. *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, Tendenze Nuove, 4-5, luglio-ottobre 2003.
- AA.VV. (2005), Assistenza domiciliare e residenziale nelle normative regionali: glossario e sintesi delle indicazioni programmatiche, Documento di lavoro per il seminario *L'organizzazione dei servizi per l'anziano fragile tra omogeneità culturale, livelli essenziali di assistenza e molteplicità organizzative*, Roma 14/07/05.
- Ministero della salute – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*, Ministero della salute, Roma, 2006.
- Ministero della Salute, Progetto Mattoni SSN, *Assistenza Primaria e prestazioni domiciliari*, Relazione Finale, maggio 2007.
- Pesaresi F. *Le cure domiciliari per anziani in Italia*, Prospettive sociali e sanitarie n. 15/2007.
- Ministero della Salute – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Roma, 2007.
- Ministero della Salute, Direzione generale del sistema informativo, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2005-2006*, gennaio 2008.
- Ministero della Salute, Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2006*. Roma, giugno 2008 (e anni precedenti).
- Istat, *Annuario Statistico Italiano 2008*.
- Corriere della Sera del 15/02/09, pp. 43-45.
- Sole 24 ore Sanità n. 23 del 16 giugno 2009, pp 2-3.
- Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, *Secondo Rapporto sull'Assistenza domiciliare integrata*. Roma, giugno 2009.
- Fondazione Istud, *Knocking on patient's door. Sostenere lo sviluppo e la diffusione delle cure a casa in Italia. Report: Le azioni prioritarie per far decollare le cure a casa in Italia*. Roma, giugno 2009.



## 7.8 Assistenza residenziale

**Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose,  
Anna Ceccarelli**

### Definizione

La più recente definizione di **prestazione residenziale e semiresidenziale** è proposta nel documento «Prestazioni residenziali e semiresidenziali», predisposto nel 2007 dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, istituita presso il Ministero della Salute con Decreto 25 febbraio 2004; in essa viene specificato che tali prestazioni comprendono “il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei “nuclei” accreditati per la specifica funzione. La prestazione non si configura come un singolo atto assistenziale, ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore”.

Le **strutture per l'assistenza semiresidenziale e residenziale** rappresentano, come definito dall'Annuario Istat 2008, “una tipologia di servizi che svolge un ruolo importante sia nel favorire il processo di deospedalizzazione sia nel garantire una risposta adeguata alla domanda sanitaria proveniente da persone non autosufficienti o con gravi problemi di salute”.

I presidi residenziali hanno avuto nel nostro Paese una notevole espansione nel corso degli anni Novanta, e ciò in seguito all'interazione di vari fattori che hanno contribuito ad incrementare la domanda assistenziale. Fra questi l'invecchiamento della popolazione, l'indebolimento delle reti di sostegno familiare, le politiche di contenimento dei ricoveri ospedalieri impropri e il conseguente orientamento verso le strutture di lungodegenza a carattere socio-assistenziale dei destinatari di tale tipo di assistenza.

A tale proposito occorre precisare che quasi sistematicamente documenti programmatori, normativa e progetti in ambito di assistenza residenziale fanno riferimento alla destinazione per soggetti anziani, visto che a tale fascia di popolazione si orientano la maggior parte degli interventi. Come verrà ribadito nel corso del presente capitolo, in realtà, pur risultando prevalente l'esigenza di assistenza residenziale, per la popolazione anziana, si è reso necessario diversificare l'offerta ad altre fasce fragili di popolazione, quali disabili psichici e fisici, pazienti psichiatrici in fase di lungo degenza.

Nel lavoro di Pesaresi e Simoncelli, “Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione”, viene sottolineato come **le diverse definizioni di RSA** proposte

dalle regioni italiane non siano complete nel “caratterizzare adeguatamente la struttura sanitaria, la tipologia di ospiti e il genere di prestazioni erogate”. Viene perciò proposta una nuova definizione: *“La Residenza Sanitaria Assistenziale è un presidio residenziale sanitario extraospedaliero che offre, temporaneamente o permanentemente, ospitalità, prestazioni mediche, infermieristiche, di recupero funzionale e di riattivazione psico-sociale volta al mantenimento ed al miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia di soggetti non autosufficienti affetti da malattie croniche o da patologie invalidanti, non assistibili a domicilio e che pur tuttavia non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione”*.

## **Evoluzione normativa ed organizzativa**

È possibile risalire ad una prima definizione di residenze sanitarie assistenziali (RSA) nella proposta di Piano Sanitario Nazionale (mai emanato) per il triennio 1986-1988. Esse sono state ideate come residenze di assistenza sanitaria e sociale (Guzzanti – Paterni 1985) e vengono descritte a prevalente destinazione per anziani non autosufficienti.

La prima definizione si introduce al punto f) dell'articolo 20 della Legge n.67 del 1988, in cui si prevede “la realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) (Completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extra-ospedalieri ed ospedali diurni) e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensione adeguate all'ambiente secondo standards che saranno emanati a norma dell'articolo 5 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di Distretto e con gli istituti di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standards dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione dei posti letto ospedalieri”.

Un successivo provvedimento, il **DPCM 22 dicembre 1989** *“Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni e Province Autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali”*, ha dettato indirizzi alle regioni per la realizzazione delle RSA.

Segue quindi il **Progetto Obiettivo Anziani relativo agli anni 1991-1995** la cui finalità era “definire modalità per individuare i bisogni degli anziani, fornire indicazioni per rispondere ai bisogni individuati nel quadro delle risorse finanziarie disponibili e per promuovere e facilitare a livello locale l'integrazione dei servizi socio-assistenziali e sanitari; il tutto concepito e organizzato in forma di risposta unitaria e globale, con particolare attenzione alle persone non autosufficienti”. In questo documento si definisce la RSA *“una struttura extra-ospedaliera per anziani disabili, prevalentemente non autosufficienti, non assistibili a domicilio, abisognevoli di trattamenti continui e persistenti, finalizzata a fornire accoglienza ed erogazione di prestazioni: sanitarie, assistenziali,*



*di recupero funzionale e sociale; essa va intesa come la struttura residenziale, della rete dei servizi territoriali, in cui deve realizzarsi il massimo della integrazione degli interventi sanitari e sociali.»*

**Il presupposto per la fruizione delle RSA è la comprovata mancanza di un idoneo supporto familiare** che consenta di erogare a domicilio i trattamenti sanitari continui e l'assistenza necessaria.

Tuttavia, se fino a quel momento erano state date diverse indicazioni normative sulle RSA, solo il **Piano sanitario 1994/1996**, che ha regolamentato i livelli assistenziali di assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale per non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati, ha permesso di iniziare la realizzazione di una rete di servizi residenziali per non autosufficienti.

Passando ad esaminare come la normativa e i documenti istituzionali si occupano di aspetti organizzativi e gestionali relativi all'assistenza residenziale, è il **D.P.R. del 14 gennaio 1997** (che abroga il DPCM 22 dicembre 1989) che stabilisce i requisiti minimi per l'autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, tra cui le RSA. Definisce le RSA quali *“presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello “alto” di assistenza tutelare e alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province Autonome.”* Pertanto, sono da prevedere ospitalità permanenti, di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi del SSN.

**Dal punto di vista organizzativo, rispetto alla dotazione di posti letto, il D.P.R. 14/1/1997 fissa la capacità recettiva di una RSA su valori non inferiore a 20 e non superiore, in via eccezionale, a 120.** A tal proposito, la circolare n. 1/1994 del Ministero della Sanità relativa alle «Linee guida sulle RSA» esplicita che i nuclei delle RSA, «variamente aggregati ed articolati tra loro, danno origine, per soggetti anziani non autosufficienti, a sistemi di più nuclei che non vanno di norma oltre gli 80 posti residenziali e che possono arrivare (garantendo una idonea separazione tra i nuclei) fino ad un massimo di 120 posti, in zone ad alta intensità abitativa ed urbana». Tuttavia, queste disposizioni, poi riprese dalle singole regioni, non sono ancora sufficienti a definire il dimensionamento ottimale delle RSA. Un gruppo di lavoro istituito ad hoc dal Ministero della Sanità a metà degli anni '90 ha rilevato la necessità di garantire con continuità, nelle 24 ore, i turni di assistenza infermieristica all'interno delle RSA per anziani. Pertanto, in riferimento alla dotazione di posti letto in struttura, e tenendo conto degli standard di assistenza infermieristica applicati dalle varie regioni, le RSA sono tenute ad avere una dimensione minima di almeno 40 posti, per assicurare senza maggiori costi lo svolgimento anche del turno infermieristico di notte. La dimensione minima potrebbe elevarsi ulteriormente se i 40 posti letto minimi comprendessero anche un modulo per i malati di Alzheimer, i cui standard infermieristici sono solitamente inferiori agli altri (Gruppo di lavoro Ministero della Sanità, 1995).

In seguito, le **Linee Guida sulla Riabilitazione del 7/5/1998 della Conferenza**

**permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano**, riferendosi ai destinatari dell'assistenza residenziale, specificano che le RSA si rivolgono a soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità, richiedenti alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità e intensità, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza a tempo pieno.

Nel caso di necessità di attività riabilitativa essa può essere solo di tipo estensivo e rivolta alle seguenti tipologie di ospiti individuate dalle *Linee guida riabilitazione 7/5/1998*:

- soggetti disabili fisici, psichici, sensoriali o a lento recupero, non assistibili a domicilio, richiedenti un progetto riabilitativo individuale caratterizzato da trattamenti sanitari riabilitativi estensivi;
- soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità richiedenti un alto livello di supporto assistenziale e infermieristico, a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità e intensità e senza copertura medica continuativa nelle 24 ore, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena.

Inoltre, nella RSA è prevista la contemporanea presenza di spazi per le attività sanitarie e per la socializzazione, al fine di favorire il più possibile una vita attiva delle persone assistite.

La RSA si viene a trovare in una posizione del tutto particolare, simile a quella di strutture sanitarie esistenti in altre Nazioni, ma sostanzialmente diversa da quella delle strutture residenziali extraospedaliere per l'anziano attualmente presenti in Italia come le case di riposo e le case albergo, caratterizzate per lo più da una valenza esclusivamente sociale.

La RSA, per la prevalenza della componente legata alla assistenza sanitaria del suo ruolo rientra, a differenza delle altre soluzioni residenziali, nel settore sanitario. È inoltre importante che avvenga una stretta connessione funzionale tra la RSA e l'ospedale di riferimento, sia per creare un canale preferenziale in caso di riacutizzazione delle patologie, sia per ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri impropri.

Più recentemente, il **Piano Sanitario Nazionale 2003/2005**, tra i dieci progetti strategici che devono attuare il cambiamento, individua “una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza a malati cronici, anziani e disabili”, sottolineando la necessità di affrontare questi eventi con nuovi mezzi e strategie, ma soprattutto con un'offerta integrata di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

**Nel 2007 la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, istituita presso il Ministero della Salute, nel documento «Prestazioni residenziali e semiresidenziali»** specifica, rispetto alla durata della degenza nelle strutture, che le prestazioni residenziali devono avere una durata strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell'erogazione, ma tale indicazione “non deve neanche essere interpretata come una soluzione definitiva e statistica”. La valutazione periodica

dell'ospite costituisce il parametro per valutare la proroga del trattamento in quello specifico livello assistenziale, anche per verificare se possono essere recuperate le condizioni di assistibilità a domicilio. Quindi, è appropriato l'utilizzo temporaneo dell'assistenza residenziale per pazienti che presentino reali possibilità di recupero e di reinserimento a domicilio o in strutture a minor impegno sanitario, escludendo comunque pazienti con quadri clinici attivi che consiglino la permanenza in ambiente ospedaliero (Unità di Lungodegenza) o richiedano trattamenti riabilitativi intensivi (Unità di Riabilitazione). Analogamente è appropriato il ricovero protratto in tutti i casi in cui non si realizzino le condizioni di assistibilità a domicilio.

## **Offerta di assistenza residenziale in Europa**

Il presente paragrafo si propone di illustrare sinteticamente il panorama europeo dell'offerta di servizi residenziali.

Quasi dovunque nei Paesi europei si riscontra un impegno notevole per assicurare l'assistenza agli anziani con più elevati gradi di disabilità; ricercano maggiori risorse da destinare a questo settore, prendendo in considerazione una partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, passando attraverso la promozione di programmi universalistici per la copertura della non autosufficienza, anche attraverso assicurazioni e mutualità sociale.

Va sottolineato che l'emergenza anziani è al centro delle riforme sul welfare che gli Stati europei stanno programmando fin dagli anni '90. Uno dei principali esempi è rappresentato dalla Gran Bretagna, che nel 1993 ha varato la NHS and Community Care Act: la riforma inglese ha di fatto trasferito ai comuni la responsabilità dei servizi di assistenza residenziale che in precedenza dipendevano dal Sistema Sanitario Nazionale.

Alle Best Practice dei Paesi scandinavi come la Danimarca, che fin dal 1988 ha sostituito le strutture residenziali per anziani autosufficienti con vere e proprie abitazioni adeguate alle loro esigenze, utilizzate oggi dal 5,3% degli anziani, si affianca la riforma tedesca che rappresenta ad oggi un punto di riferimento nel campo dell'assistenza agli anziani. Nel 1995 la Germania ha creato un quarto pilastro del sistema assicurativo che di fatto copre la totalità dei cittadini non autosufficienti, che possono scegliere tra l'erogazione di servizi o un contributo economico di circa mille euro al mese, che può arrivare, nei casi di pazienti in condizioni cliniche particolarmente compromesse, a 1.800 euro al mese.

L'ultimo Paese in ordine di tempo ad aver introdotto una riforma delle politiche per i non autosufficienti è la Spagna. La legge in vigore dal 1 gennaio 2007 (ley de dependencia) prevede un incremento graduale delle risorse destinate ai non autosufficienti che si completerà nel 2015. Grazie a una nuova forma di finanziamento (per metà statale e per metà in carico alle 17 comunità autonome) la Spagna punta a garantire l'assistenza entro il 2015 per un milione di anziani. La riforma prevede tre

livelli di non autosufficienza (moderata, severa o grave) in base ai quali viene stabilita la tipologia dei servizi di assistenza necessari. Sia in Spagna che in Germania, inoltre, lo Stato paga i contributi previdenziali per i familiari che si prendono cura a tempo pieno dei parenti non autosufficienti.

Passando ad esaminare i dati di offerta dei vari Paesi, occorre precisare che in linea generale i sistemi e l'organizzazione assistenziale presentano significative differenze nei vari Paesi dell'Unione Europea, sia rispetto ai modelli sanitari e sociali adottati, sia rispetto al modo in cui gli stessi si integrano e si coordinano tra di loro. Al di là di queste divergenze, tutti i Paesi si trovano di fronte alla necessità improrogabile di fornire una offerta sufficientemente ampia di servizi alle persone anziane non autosufficienti e alle fasce di popolazione che necessitano dell'assistenza residenziale a vario titolo.

I confronti internazionali relativi alle strutture residenziali in Europa sono resi difficili dall'assenza di dati omogenei, visto che denominazioni simili utilizzate da Paesi diversi possono corrispondere a situazioni differenti.

Al di là di una rigida classificazione, si possono identificare due tipologie di strutture residenziali, una ad orientamento socio-assistenziale e l'altra ad orientamento sanitario, che nelle varie realtà assumono le più differenti terminologie, come evidenziato nella tabella 1. Inoltre, alcuni Paesi dispongono di programmi di assistenza residenziale completi e finanziati dal sistema pubblico, altri presentano servizi molto limitati e frammentari nell'offerta.

**La tendenza generale riscontrata in molti Paesi è quella di una maggiore attenzione al miglioramento della qualità dell'ambiente strutturale e delle prestazioni all'interno delle strutture residenziali, assumendo il principio dell'adattamento dell'assistenza residenziale ai bisogni delle persone assistite,** creando spazi di intimità, favorendo le cure personalizzate, il rispetto dei ritmi normali della vita quotidiana anche attraverso procedure di accreditamento delle strutture stesse per elevarne la qualità strutturale ed organizzativa.

**L'analisi dei dati, come già precisato, è orientata verso l'offerta di assistenza residenziale per gli anziani anche se questa non rappresenta la totalità, né in termini di bisogni né di offerta.**

Gli ultimi dati disponibili riguardanti gli anziani assistiti nelle RSA (tabella 2) evidenziano un forte divario tra i Paesi europei. Infatti, se nell'Unione Europea la media (non ponderata) degli anziani ospitati nelle strutture residenziali è del 4,8% del totale complessivo degli anziani, nei Paesi del nord Europa (Svezia, Norvegia, Belgio e Francia) si rileva una offerta superiore al 6%, mentre i Paesi del sud Europa (Grecia, Spagna, Italia) presentano un'offerta inferiore al 4%.

Esaminando i dati di lungo periodo si evidenzia una inversione di tendenza negli anni '90 rispetto al numero di anziani ricoverati nelle strutture residenziali. Infatti mentre negli anni '80 si è rilevato un aumento del numero di anziani presenti nelle strutture, negli anni '90 la maggioranza dei Paesi dell'Unione Europea presentano una riduzione di tale numero.

**Tabella 1 - Tipologia di strutture residenziali in Europa**

<b>Tipologia di residenza</b>	<b>Definizione</b>	<b>Nazione</b>	<b>Denominazione</b>
<b>Residenza Assistenziale</b>	Struttura residenziale per anziani sostanzialmente autosufficienti o con disabilità lievi dove la componente assistenziale fondamentale è fornita da operatori sociali mentre la componente infermieristica e medica è assente o assai modesta. Sono strutture che, in genere, sono poste sotto il controllo dei comuni.	Austria	<i>Altenheim, seniorenheim, pensionistenheim</i>
		Finlandia	<i>Vanhainkoti</i>
		Belgio	<i>Maison de repos</i>
		Svezia	<i>Alderdomshem</i>
		Germania	<i>Altenheim</i>
		Grecia	<i>Gyrokomia</i>
		Irlanda	<i>Health board welfare homes</i>
		Lussemburgo	<i>Maison de retraite</i>
		Olanda	<i>Verzorgingshuizen</i>
		Portogallo	<i>Lares para idosos</i>
		Regno Unito	<i>Residential care homes, Old people's homes, Sheltered houses</i>
		Svizzera	<i>Respite facilities</i>
		Francia	<i>Maison de retraite</i>
		Spagna	<i>Residencias de válidos</i>
<b>Residenza Sanitaria Assistenziale</b>	Struttura residenziale per anziani non autosufficienti che si caratterizza per un intervento integrato socio-sanitario dove la componente sanitaria risulta di elevate intensità o comunque adeguata alla necessità degli ospiti. La componente assistenziale fondamentale è data dalla figura dell'infermiere. Sono in genere previsti anche interventi riabilitativo /occupazionali. Sono strutture sanitarie che, nella maggioranza dei casi, dipendono dagli enti sanitari e, in alcuni casi, dipendono dai comuni	Italia	<i>Casa di riposo, Casa albergo</i>
		Austria	<i>Altenpflegeheim</i>
		Belgio	<i>Maison de repos et de soins</i>
		Finlandia	<i>Terveyskeskuksen</i>
		Norvegia	<i>Nursing homes</i>
		Svezia	<i>Sjukhem</i>
		Danimarca	<i>Plejhjem</i>
		Germania	<i>(Alten)pfllegeheime</i>
		Irlanda	<i>Nursing homes</i>
		Lussemburgo	<i>Maisons de soins</i>
		Olanda	<i>Verpleeghuizen</i>
		Portogallo	<i>Lares da 3° lidade</i>
		Regno Unito	<i>Nursing homes</i>
		Spagna	<i>Residencias asistidas</i>
		Svizzera	<i>Nursing homes</i>
		Italia	<i>Residenze sanitarie assistenziali</i>
Francia	<i>Logement-foyer (section de cure médical), Service de soins de longue durée</i>		

Fonte: Pesaresi F. "L'assistenza residenziale per gli anziani in Europa" in *Pro Terza Età*, n. 36 – settembre 2007

Nei Paesi del sud Europa invece si è registrato un continuo aumento del numero di anziani presenti in strutture residenziali, con eccezione dell'Italia.

Pesaresi ha svolto una analisi riguardante l'offerta di assistenza domiciliare e residenziale in Europa dai cui risultati emerge tendenzialmente che quasi tutti i Paesi che offrono il livello più basso di residenzialità sono anche gli stessi che presentano la quota più bassa di anziani assistiti a domicilio.

**Tabella 2 - Percentuale anziani assistiti in strutture residenziali in Europa\***

<b>Nazione</b>	<b>Anno</b>	<b>Anziani assistiti nelle strutture residenziali (%)</b>
Belgio	1997	8,1
Svezia	2001	7,5
Francia	2003	6,3
Norvegia	1999	6,1
Austria	2002	5,5
Regno Unito	2001	5,1
Finlandia	2000	4,9
Danimarca	2001	4,4
Lussemburgo	2002	4
Spagna	1999	4
Germania	1996	3,9
Grecia	2001	1

\*L'anno di riferimento è l'ultimo disponibile per ciascun Paese.

Fonte: Il Sole 24 Ore, 10 novembre 2008

La tendenza delle strutture residenziali europee è quella di ospitare sempre più anziani in condizioni di grave non autosufficienza, con criteri di accesso che tendono a diventare sempre più restrittivi.

Le motivazioni del contenimento della residenzialità sono da attribuire alla ricerca sia da parte delle pubbliche amministrazioni sia degli anziani, di **ridurre i costi dell'assistenza e garantire una migliore qualità della vita presso il domicilio**. Questa modificazione culturale, e le conseguenti politiche di contenimento del ricorso al ricovero in strutture residenziali, ha **spostato l'orientamento delle politiche sanitarie di molti Paesi europei, dalla assistenza residenziale verso l'aumento di alloggi protetti per anziani**, che in Olanda, Inghilterra e Danimarca ospitano più anziani di quanti siano presenti nelle strutture residenziali.

Negli alloggi protetti gli anziani possono vivere autonomamente con l'aiuto dell'assistenza domiciliare e con la garanzia di una maggiore sicurezza che può derivare da un collegamento ad un sistema di telesoccorso o teleassistenza. Si tratta di alloggi adattati alle esigenze degli ospiti che perdono autonomia, spesso derivanti dalla trasformazione delle tradizionali residenze collettive.

## **Offerta di assistenza residenziale in Italia**

Come già accennato, in Italia si è assistito ad un incremento della domanda assistenziale e ad un aumento, ancora non adeguato, del numero dei presidi residenziali, rivolti soprattutto agli anziani.

L'aumento degli ricoveri nei presidi residenziali, come riferito dalla Relazione sullo Stato sanitario del Paese 2005-2006, risulta concentrato sulle fasce di età superiori ai 75 anni e sui soggetti non autosufficienti, mentre gli ospiti anziani autosufficienti sono invece diminuiti.

In base ai dati riportati dall'Annuario Statistico del SSN 2008, nel periodo 2005-2006 si assiste a un potenziamento dei servizi di assistenza residenziale e semiresidenziale: i posti letto nelle strutture per l'assistenza residenziale sono passati da circa 170 mila nel 2005 a circa 181 mila nel 2006, con un incremento pari al 6 per cento in un solo anno; negli stessi anni i posti per l'assistenza semiresidenziale sono passati da 36 mila a 38 mila, corrispondente anche in questo caso a una variazione del 6 per cento (vedi tabella 3).

Sempre secondo i dati forniti dall'Annuario Statistico del SSN 2008, nel 2006, sono stati censite 4.793 strutture residenziali, 2.255 di tipo semiresidenziale, 5.128 di altro tipo (come centri di salute mentale, consultori, stabilimenti idrotermali) (vedi tabella 4). Con riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali, sono stati censiti 219.103 posti, pari a 373 per 100.000 abitanti. Di questi, il 71,9% sono stati dedicati all'assistenza agli anziani, il 12,5% all'assistenza psichiatrica, il 15,6% all'assistenza ai disabili psichici e fisici (vedi tabella 3). L'ISTAT sottolinea che una reale valutazione dei dati di offerta potrebbe essere condizionata dalla possibile sovrapposizione dei vari tipi di assistenza.

Gli Istituti e i Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative. Secondo quanto riportato dall'Annuario Statistico del SSN, nel 2006 sono state rilevate 889 strutture riabilitative con 15.520 posti per l'attività di tipo residenziale e 13.315 per l'attività di tipo semiresidenziale; complessivamente un'offerta di 50 posti ogni 100.000 abitanti (vedi tabella 5). Il numero totale di assistiti in regime residenziale è superiore agli utenti assistiti in regime semiresidenziale (rispettivamente 54.761 e 26.889 utenti); tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa, in particolare la riabilitazione neuropsichiatrica infantile è svolta preferibilmente in strutture semiresidenziali.

Nel 2006 le strutture riabilitative hanno impiegato 46.022 unità di personale, di cui il 10% costituito da medici ed il 41% da terapisti e logopedisti.

Rispetto alla dotazione di posti letto prevista dalla normativa sulle RSA, stando all'analisi dei dati solo un quinto delle regioni rientra nella dotazione media di RSA (tra 20 e 120 posti letto). Inoltre, nelle varie regioni italiane i soggetti ospitati sono caratterizzati da condizioni clinico-funzionali e sociali significativamente differenti tra loro.

**L'offerta italiana si caratterizza in linea generale per appropriatezza ed equità di accesso, ma purtroppo presenta una dotazione di posti letto spesso non adeguata rispetto alle effettive necessità. Risulta infatti diffusa l'esigenza di una dotazione di posti letto in RSA maggiore e più omogeneamente distribuita nel territorio nazionale.**

Tabella 3 - Strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali - Anno 2006

Regione	Numero posti				Totale	x 100.000 abitanti	Distribuzione percentuale per tipo di assistenza				
	Strutture Residenziali	Strutture Semiresidenziali	Strutture Residenziali	Strutture Semiresidenziali			Assistenza Psichiatrica	Assistenza Anziani	Assistenza Disabili Psichici	Assistenza Disabili Fisici	
Piemonte	20.336	3.334	23.670	545	14,4	68,8	10,5	6,3			
Valle d'Aosta	80	12	92	74	35,9	28,3	25,0	10,9			
Lombardia	60.267	12.397	72.664	767	7,7	79,8	0,5	12,0			
Prov.Auton. Bolzano	2.093	27	2.120	439	6,4	91,5	2,1				
Prov.Auton. Trento	4.400	54	4.454	886	4,1	95,5	0,4				
Veneto	30.121	7.574	37.695	796	8,3	68,3	18,5	4,9			
Friuli Venezia Giulia	6.898	522	7.420	614	10,8	85,2	2,5	1,5			
Liguria	3.042	540	3.582	222	28,8	64,7	4,4	2,1			
Emilia Romagna	19.466	6.549	26.015	621	6,1	77,0	0,0	16,9			
Toscana	10.912	2.263	13.175	364	12,9	77,8	5,5	3,8			
Umbria	1.880	747	2.627	303	21,0	56,6	12,0	10,4			
Marche	1.856	397	2.253	147	26,5	59,9	11,0	2,6			
Lazio	5.844	1.223	7.067	133	23,1	65,6	6,0	5,2			
Abruzzo	2.506	131	2.637	202	34,5	52,6	6,3	6,6			
Molise	60	18	78	24	100,0						
Campania	1.971	919	2.890	50	54,0	14,0	17,5	14,4			
Puglia	2.698	552	3.250	80	39,0	14,8	35,3	11,0			
Basilicata	529	60	589	99	58,7	34,8	6,5				
Calabria	1.737	295	2.032	101	25,4	48,1	21,7	4,8			
Sicilia	2.408	551	2.959	59	60,2	23,9	9,3	6,6			
Sardegna	1.522	312	1.834	11	22,3	38,7	23,2	15,8			
<b>ITALIA</b>	<b>180.626</b>	<b>38.477</b>	<b>219.103</b>	<b>373</b>	<b>12,5</b>	<b>71,9</b>	<b>6,8</b>	<b>8,8</b>			

Fonte: Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2006. A cura della Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, le "Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere", giugno 2008



Tabella 4 - Strutture sanitarie pubbliche per tipo di assistenza

Regione	Strutture Residenziali				Strutture Semiresidenziali				Altro Tipo di Struttura		
	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psichici	Assistenza agli Anziani	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psichici	Assistenza agli Anziani	Attività di Consul-torio	Centri di Salute Mentale	Assistenza Idrotermale
Piemonte	222	52	93	375	51	32	69	18	236	91	7
Valle D'Aosta	2	2	1	2			1		22	8	1
Lombardia	249	139	9	605	162	219	7	211	265	319	14
Prov. Auton. Bolzano	6		2	15	5				34	5	
Prov. Auton. Trento	9		1	51	7				9	9	6
Veneto	163	59	121	311	114	91	190	58	289	80	113
Friuli Vnezia Giulia	51	7	19	83	30	3	12	3	39	15	2
Liguria	53	6	4	77	20	1	6	11	109	25	
Emilia Romagna	130	143	1	345	66	198		180	268	96	15
Toscana	119	50	86	265	66	53	51	79	272	113	30
Umbria	38	3	4	35	22	23	27	4	47	12	2
Marche	30	1	9	34	17	1	7	2	44	22	6
Lazio	69	18	13	64	49	3	16	3	183	124	11
Abruzzo	35	8	6	28	9		1		65	20	2
Molise	6				6				6	3	1
Campania	75	8	50	12	56	1	7	3	176	61	78
Puglia	56	1	33	13	18	2	12		161	74	1
Basilicata	22		9	3	3				43	7	2
Calabria	18	6	11	28	10	1	2	1	55	29	3
Sicilia	49	14	25	26	30	1	3		191	197	10
Sardegna	27	7	12	22	10	4	7	2	72	45	4
<b>ITALIA</b>	<b>1.429</b>	<b>524</b>	<b>509</b>	<b>2.394</b>	<b>751</b>	<b>633</b>	<b>418</b>	<b>575</b>	<b>2.586</b>	<b>1.355</b>	<b>308</b>

Fonte: Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2006. A cura della Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, le "Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere", giugno 2008

Tabella 5- Istituti o Centri di riabilitazione - Anno 2006

Regione	Posti												Totale per 100.000 residenti	
	Istituti rilevati			Assistenza Residenziale			Assistenza Semiresidenziale			Totale				
	Pubblici	Privati accreditati	Totale	Pubblici	Privati accreditati	Totale	Pubblici	Privati accreditati	Totale	Pubblici	Privati accreditati	Totale		
Piemonte	8	8	186	186	186	40	40	5						
Lombardia	12	69	81	1.524	2.874	4.398	2.12	1.435	1.647	64				
Prov. Auton. Bolzano			2	2	131	131		6	6	28				
Prov. Auton. Trento	1	5		6	74	74		9	9	17				
Veneto	17	17	189	189	189		413	413	13					
Friuli Venezia Giulia	8	8	82	82	82		350	350	36					
Liguria	5	20	25	143	285	428	108	229	337	48				
Emilia Romagna	3	3	188	188	188		822	822	55					
Toscana	94	48	142	179	871	1.050	115	185	185	44				
Umbria	6	6	195	195	195		165	165	55					
Marche	1	20	21	679	679		2.240	2.240	75					
Lazio	1	73	74	60	1.679	1.739	22	748	748	123				
Abruzzo	2	46	48		854	854		20	20	91				
Molise		14	14		273	273		3.239	3.239	79				
Campania	5	144	149	22	1.337	1.359	79	561	640	39				
Puglia	33	31	64	943	943	943		127	127	133				
Basilicata	2	9	11	662	662	662		165	170	43				
Calabria	1	16	17	30	655	685	5	1.648	1.648	47				
Sicilia	5	89	94		697	697		879	879	96				
Sardegna	21	78	99		708	708		541	541	50				
<b>ITALIA</b>	<b>183</b>	<b>706</b>	<b>889</b>	<b>1.958</b>	<b>13.562</b>	<b>15.520</b>	<b>541</b>	<b>13.315</b>	<b>13.856</b>	<b>50</b>				

Fonte: Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2006. A cura della Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, le "Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere", giugno 2008

Sin dalla loro costituzione, avvenuta nei primi anni '90, **le RSA sono cresciute costantemente di numero e dotazione di posti letto, ma ad un ritmo inadeguato rispetto alle necessità, specie in alcune realtà regionali.**

I Presidi residenziali socio-sanitari, nel 2005 hanno ospitato 298.251 casi, di cui:

- minori (0-17 anni): 17.999 pari al 6%;
- adulti (18-64 anni): 50.824 pari al 17%;
- anziani (65 a. e oltre): 229.628 pari al 77%.

Poiché nel 2005 le persone di 65 anni ed oltre erano 11.456.583 (19,5% del totale della popolazione), gli anziani assistiti nei presidi residenziali socio-sanitari rappresentavano il 2%. Il confronto può essere effettuato con i seguenti Paesi:

- Germania, che nel 2003 contava 82.500.000 residenti, dei quali il 14.850.000 (18%) di 65 anni e oltre, disponendo di 674.000 posti residenziali per anziani, pari ad una dotazione di 4,54 posti per 100 anziani;
- Stati Uniti, che nel 2004 contavano 293.638.000 residenti, dei quali 36.309.000 (12,5%) di 65 anni e oltre, disponendo di 1.730.000 posti residenziali per anziani, pari ad una dotazione di 4,76 posti per 100 anziani;
- Inghilterra, che nel 2005 contava 51.000.000 di residenti, dei quali 8.109.000 (15,9%) di 65 anni e oltre, disponendo di 441.000 posti residenziali per anziani, pari ad una dotazione di 5,44 posti per 100 anziani.

### **Modelli regionali italiani di assistenza residenziale**

Come visto precedentemente, l'inquadramento delle RSA a livello nazionale risulta essere molto articolato, ma il quadro normativo ed organizzativo nelle regioni italiane lo è ancora di più.

Anche per la normativa regionale bisognerà far riferimento nelle fasi iniziali agli interventi destinati agli anziani.

Il Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani 91/95", approvato a stralcio del Piano Sanitario Nazionale 92/94, ha costituito per le regioni e gli Enti Locali il primo riferimento di indirizzo e programmazione degli interventi a favore degli anziani ultra sessantacinquenni, disegnando la rete dei servizi territoriali e residenziali agli stessi destinati (ADI - Ospedalizzazione a domicilio, R.S.A.) e attribuendo alle Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) un ruolo centrale nell'individuare bisogni e prospettive di risposta.

Come emerge dalla ricerca condotta dall'AGE.NA.S "La condizione dell'anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive", le politiche regionali dagli anni '80 agli anni 2000, dopo l'emanazione della Riforma sanitaria e dei decreti legislativi che l'hanno completata e riorganizzata, nonché dopo la legge quadro per la realizzazione dei servizi sociali 328/2000, fanno

emergere importanti contraddizioni: “in alcune zone emergono aspetti di grande innovazione, in altre si rilevano pesanti differenziazioni sia nell’applicazione dei livelli essenziali socio-sanitari che nell’offerta di prestazioni sociali”.

Ogni regione italiana ha scelto una definizione diversa di RSA ma come emerge dall’Analisi condotta da Pesaresi e Simoncelli, “Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione”, in circa la metà delle regioni (Abruzzo, Campania, Liguria, Lombardia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d’Aosta, Veneto) si sono sostanzialmente ripresi gli stessi contenuti del D.P.R. 14/1/1997 che definiva le Residenze Sanitarie Assistenziali come «presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello “alto” di assistenza tutelare ed alberghiera». Le altre regioni presentano un quadro di offerta più variegato, mentre risultano simili gli aspetti relativi alla identificazione delle RSA come strutture residenziali sanitarie extraospedaliere che erogano un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera a persone non assistibili al domicilio, su altri aspetti sono stati presenti orientamenti diversi nella definizione di RSA.

La maggior parte delle regioni (Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Sicilia, Sardegna, Toscana, Trento, Umbria, Valle d’Aosta, Veneto), per esempio, offre l’assistenza in RSA a persone in condizioni di non autosufficienza indipendentemente dall’età, mentre un quinto delle regioni (Calabria, Emilia-Romagna, Molise, Piemonte) offre tale assistenza agli anziani. Tutte le realtà prevedono di ospitare soggetti non autosufficienti, ma alcune regioni (Basilicata, Molise, Piemonte, Sicilia, Veneto) accolgono nelle loro RSA anche soggetti parzialmente non autosufficienti.

In particolare, sempre secondo l’analisi condotta da Pesaresi e Simoncelli, le regioni italiane, tenendo conto delle condizioni e delle necessità dei pazienti, hanno previsto le seguenti tipologie di RSA (vedi tabella 6):

- **RSA per anziani non autosufficienti**, tipologia standard prevista da tutte le regioni. Inoltre 16 regioni hanno identificato all’interno della RSA per anziani dei moduli specialistici, per esempio i nuclei Alzheimer o demenze senili per anziani affetti da deterioramento cognitivo.
- **RSA per disabili**, tipologia prevista dalla grande maggioranza delle regioni, ma solo in alcune di queste oggetto di una specifica normativa.
- **Altre tipologie di RSA**: alcune regioni alle due tipologie tradizionali hanno aggiunto le RSA, o meglio moduli di RSA, per soggetti in stato vegetativo permanente (Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Sardegna, Umbria, Veneto e Toscana), oppure per soggetti affetti da patologie psichiatriche (Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Valle d’Aosta). Un numero minore di regioni ha previsto RSA per malati oncologici (Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Sardegna e Toscana), per soggetti con problemi alcool-correlati (Basilicata e Friuli-Venezia Giulia), o per soggetti affetti da AIDS (Piemonte).

**Tabella 6 - Tipologie di RSA nelle regioni italiane**

	<b>Categoria</b>	<b>Note</b>	<b>regioni</b>
RSA per anziani	Anziani non autosufficienti		Tutte
	Demenze/Alzheimer	Anche nuclei all'interno delle RSA	Abruzzo, Basilicata, Campania, E.-Romagna, Friuli-V.G., Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto.
RSA Disabili	Disabili		Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.
	Soggetti con disabilità prevalentemente di natura motoria	Modulo per pazienti che, in fase post-acuta e/o post ospedaliera necessitano di un intervento di recupero	Toscana.
Altre tipologie di RSA	Centro residenziale per soggetti in stato vegetativo permanente	Anche moduli	Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto.
	Soggetti affetti da patologie psichiatriche		Basilicata, Friuli, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte e Puglia Valle d'Aosta.
	Malati oncologici	Modulo per malati oncologici in fase pre-terminale e terminale.	Friuli-V.G., Liguria, Sardegna, Toscana.
	Soggetti con problemi alcool-correlati		Basilicata, Friuli-Venezia Giulia
	Unità o Servizi per le cure intermedie	Per pazienti ospedalizzati non dimissibili al domicilio o a rischio di ricovero inappropriato	Liguria, Toscana.
	Soggetti affetti da AIDS		Piemonte.
	Unità di assistenza prolungata (UAP)	Per pazienti in coma o stato vegetativo persistente, o con insufficienza respiratoria cronica, o con sclerosi multipla e altre malattie demielinizzanti del SNC.	Valle d'Aosta

Fonte: Pesaresi F. Simoncelli M., "Analisi delle RSA in Italia: presenza mandato e classificazione" Tendenze nuovo - 2/2008

**Tabella 7 - Gli obiettivi assistenziali principali delle RSA secondo le tipologie italiane**

<b>Obiettivi assistenziali delle RSA</b>	<b>regioni</b>
Assistenza sanitaria di base ed assistenza sanitaria specialistica eventualmente necessaria.	Tutte le regioni
Trattamenti riabilitativi per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute ed il grado di autonomia della persona	Abruzzo, Calabria, Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Trento, Umbria
Conservazione dello stato di equilibrio raggiunto, compatibile con l'eventuale menomazione rimasta per prevenire aggravamenti e il decadimento funzionale.	Abruzzo, Basilicata, Lazio, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta, Veneto
Riabilitazione globale (neuromotoria, occupazionale, urologica, ecc.) o recupero dell'autonomia con lo scopo di ottenere un recupero mirato al ritorno al domicilio.	Basilicata, Marche, Piemonte, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto
Riattivazione psico-sociale per evitare l'emarginazione e l'isolamento.	Abruzzo, Basilicata, Calabria, Trento
Assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana.	Calabria, Emilia-Romagna, Sardegna, Trento
Prevenzione della sindrome da immobilizzazione nei pazienti completamente non autosufficienti o stabilmente allettati.	Abruzzo, Liguria, Trento
Stimolazione e attività di animazione e socializzazione	Campania, Emilia-Romagna, Trento
Prevenzione delle complicanze	Valle d'Aosta, Veneto
Fornire ospitalità e inserimento sociale nei confronti di persone non autosufficienti	Lazio, Sardegna
Realizzare l'effettiva integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie.	Campania
Sostenere la famiglia e coinvolgerla in una collaborazione solidale e partecipata ai piani di assistenza, recupero e socializzazione.	Campania
Fornire sollievo temporaneo ai familiari degli utenti dei servizi domiciliari integrati	Campania

Fonte: Pesaresi F., Simoncelli M., *Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione, Tendenze nuove 2/2008*

Considerando le prestazioni assistenziali garantite presso le RSA, quasi tutte le definizioni adottate dalle regioni fanno riferimento all'erogazione di prestazioni a prevalente carattere sanitario oppure ad un livello medio di assistenza (che diventa intensiva in Calabria) medica, infermieristica e riabilitativa. In particolare per quanto riguarda l'assistenza riabilitativa, non tutte le regioni ne fanno esplicito riferimento, solo la Valle d'Aosta parla di riabilitazione sia intensiva che estensiva. Alcune regioni (Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Trento) sottolineano l'importanza della

continuità assistenziale come aspetto caratterizzante dell'offerta delle RSA. Infine, la Puglia, il Lazio e la Sardegna prevedono anche l'erogazione di prestazioni relative all'inserimento sociale. Si differenziano dalle definizioni più tradizionali le regioni Lazio e Sardegna, che per ultime hanno inquadrato le RSA, individuandole come strutture residenziali finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie di recupero funzionale e di inserimento sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale, a persone affetti da malattie croniche o da patologie invalidanti, non autosufficienti e non assistibili a domicilio, e che pur tuttavia non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione globale.

### **Il sistema di monitoraggio della assistenza residenziale in Italia**

Come già sottolineato nel capitolo dedicato all'Assistenza domiciliare, il Progetto "Mattoni SSN" è stato approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 10 Dicembre 2003 con l'obiettivo di definire e creare un "linguaggio comune" a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

L'obiettivo del Mattone 12 in particolare consisteva nel definire una base informativa comune per le prestazioni residenziali e semiresidenziali, su cui costruire un sistema di classificazione omogeneo a livello nazionale, per la rilevazione delle prestazioni erogate a favore di soggetti non autosufficienti e non assistibili a domicilio: anziani, disabili fisici, psichici e pazienti psichiatrici in fase di lungodegenza.

I lavori del Mattone 12, conclusi nel febbraio 2007, hanno portato alla individuazione di un modello per la rilevazione delle prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale, a lungo termine e riabilitativa, nonché delle prestazioni di assistenza residenziale a pazienti psichiatrici lungodegenti, disabili fisici, psichici e sensoriali e del relativo flusso informativo. Sono stati analizzati i principali strumenti adottati nelle varie regioni per la classificazione dell'ospite e la rilevazione delle condizioni cliniche e delle prestazioni in regime di residenzialità. È stata elaborata la "scheda per la rilevazione del flusso informativo nazionale per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani a lungo termine" e la metodologia per la classificazione delle prestazioni per l'area della riabilitazione residenziale.

Il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 17 dicembre 2008, "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" rappresenta il risultato del lungo lavoro di confronto ed elaborazione del gruppo di lavoro.

Viene istituita nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario una banca dati per il monitoraggio e la raccolta delle informazioni rivolte alle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani o persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche (non assistibili a domicilio

all'interno di idonee unità d'offerta accreditate). La realizzazione e la gestione della banca dati è affidata al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Dipartimento della qualità – Direzione generale del sistema Informativo. Tra le informazioni raccolte: identificazione della struttura erogatrice; identificazione dell'assistito; dati amministrativi relativi alla dimissione; dati relativi alla tariffa giornaliera applicata; valutazione socio-sanitaria dell'assistito (attraverso gli strumenti della valutazione multidimensionale: RUG – resources utilization Groups, SVAMA – scheda per la valutazione multidimensionale dell'Anziano; AGED Assesment Geriatric of Disabilities). Nel Decreto viene anche specificato che la valutazione dell'assistito deve essere effettuata al momento dell'ammissione e dimissione presso la singola struttura e deve essere ripetuta al variare delle necessità assistenziali (di norma ogni centottanta giorni); le informazioni devono quindi essere trasmesse dalla struttura erogatrice per ogni singolo assistito nelle principali fasi del processo assistenziale: ammissione, rivalutazione periodica, rivalutazione straordinaria, dimissione o trasferimento, decesso. La raccolta delle informazioni è prevista a partire dal 1° luglio 2009.

### Considerazioni conclusive

**In conclusione, l'analisi della assistenza residenziale in Italia fa emergere un quadro caratterizzato purtroppo da una dotazione di posti letto spesso non adeguata rispetto alle effettive necessità, specie in alcune realtà regionali.**

Rispetto alla tipologia di residenze, la realtà nazionale si caratterizza anche per la presenza di una rete di case di riposo che talvolta inappropriatamente assiste soggetti totalmente o parzialmente non autosufficienti, a fronte di una rete assai modesta di residenze sanitarie assistenziali per anziani non autosufficienti. Si tratta di una dotazione in continuo aumento, ma ancora senz'altro inferiore alla diffusione di strutture analoghe in Europa e, soprattutto, alle effettive esigenze assistenziali della popolazione attuale, ed in particolare di quella futura, stando all'ormai inesorabile andamento demografico italiano.

**L'offerta globale di posti letto è concentrata in sole cinque regioni che detengono l'83% dei posti letto; si tratta per lo più di regioni che hanno orientato in tal senso la riconversione delle strutture residenziali esistenti e dei piccoli ospedali. Nelle altre regioni l'assistenza agli anziani non autosufficienti, bisognosi di assistenza residenziale, è stata affidata soprattutto alle case di riposo o alle famiglie, con una offerta comunque insufficiente ed inappropriata.**

Come sottolineato da Pesaresi, la rete delle RSA mostra delle diseconomie e disfunzionalità ancora molto ampie, che andrebbero corrette per un uso ottimale delle risorse e per una migliore qualità dei servizi offerti.



Allo scopo di offrire un'analisi dettagliata sia degli aspetti più problematici sia di evoluzione degli aspetti organizzativi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale in Italia, mettendo in particolare in luce le criticità emerse, si ritiene opportuno inserire in allegato al presente capitolo un estratto del documento «Prestazioni residenziali e semiresidenziali», predisposto nel 2007 dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza istituita presso il Ministero della Salute.

Sarà importante che le considerazioni e le proposte di tale Commissione possano trovare attenzione e sensibilità da parte degli organi istituzionalmente preposti, in modo da garantire con efficacia ed efficienza i ricevimenti necessari a portare l'assistenza residenziale e semiresidenziale in Italia alla pari con l'analoga offerta presente nei Paesi europei in termini qualitativi e quantitativi.

**L'Italia è un Paese caratterizzato da un Welfare System in cui, come più volte sottolineato, molti e significativi obiettivi di Assistenza Primaria potranno essere realizzati solo attraverso un adeguamento ed un potenziamento dell'assistenza extra-ospedaliera, sia domiciliare che residenziale.** Tale adeguamento comporterà inizialmente la capacità di una armoniosa e sinergica azione decisionale da parte degli organi istituzionali, capace di mettere in atto tutte le azioni necessarie per l'adeguata promozione e diffusione di queste due forme di assistenza extra-ospedaliera. Allo stesso tempo andrà previsto, da parte di tutti gli operatori attivi nella assistenza territoriale, uno sforzo sinergico che fornisca spunti operativi e culturali utili a definire opportuni modelli organizzativi per tale tipo di assistenza. Infine si sottolinea **l'improcrastinabile necessità di una formazione specifica da destinare ai vari professionisti** (medici di medicina generale, operatori del Distretto, specialisti ambulatoriali, pediatri di libera scelta, infermieri, terapisti della riabilitazione, operatori del terzo settore) **orientata specificamente alla assistenza delle persone presso il proprio domicilio o presso le residenze** e non solo caratterizzata, come attualmente accade, da un imprinting formativo orientato all'assistenza alle persone in ambiente ospedaliero.

Si chiede anche di ispirare i criteri strutturali-architettonici delle residenze sempre meno a riferimenti di tipo ospedaliero, orientandoli sempre più verso gli alloggi protetti, per garantire una dimensione di rispetto della privacy ed in genere della qualità della vita degli ospiti, e dei familiari, che li possono continuare a seguire all'interno delle residenze.

### Riferimenti normativi

- Legge 11 marzo 1988 n. 67 *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato* (Legge Finanziaria 1988).
- DPCM 22 dicembre 1989 *Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni e Province Autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali*.
- Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo *Tutela della salute degli anziani 1991-1995*.
- D.P.R. 1 marzo 1994 *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996*.
- D.P.R. 14 gennaio 1997 *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*.
- Linee Guida sulla Riabilitazione del 7/5/1998 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.
- Legge 8 novembre 2000 n. 328 *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.
- D.P.R. 23 maggio 2003 *Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005*.
- Delibera Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 10 Dicembre 2003, Progetto *Mattoni SSN*.
- Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 17 dicembre 2008, *Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali*.
- Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009. 25 marzo 2009.

### Riferimenti bibliografici

- Guzzanti E, *Le residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti* Atti del seminario di Trieste del Consiglio Sanitario Nazionale, 29-30 ottobre 1990. Ministero della Sanità, Roma 1991, pp 155-170.
- Guzzanti E, Mastrilli F. *Le residenze sanitarie assistenziali (RSA). Un nuovo modello organizzativo per anziani e malati non autosufficienti*. Federazione Medica, volume 8/1991, pp 505-508.
- Gruppo di lavoro Ministero della Sanità. *La gestione delle RSA: modelli e costi*, in *Tutela della salute degli anziani: materiali e indirizzi per l'attuazione del progetto-obiettivo*, Roma, Ministero della Sanità. 1995.
- OECD, 1996, *Caring for Frail Elderly People. Policies in Evolution*, Paris, OECD.
- Pesaresi F. *Le RSA, il quadro normativo nazionale*, in «ASI», 22, 1997.

- Pesaresi F e Simoncelli M. *Le RSA nelle regioni italiane: tipologia e dimensione*, in «ASI», 1/2, 1999, pp. 14-36.
- Pesaresi F. *Le RSA nelle regioni italiane: organizzazione e costi*, ASI, 35/36, pp. 18-30, 37, pp. 8-23. 1999.
- Pesaresi F, Gori C. *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, Tendenze Nuove n. 4-5, 2003.
- Ministero della Salute. *Servizi di consulenza direzionale a supporto della Cabina di Regia per la realizzazione del NSIS*, Progetto MATTONI SSN, maggio 2004.
- A.A.V.V., I risultati preliminari della ricerca: uno sguardo comparativo e ipotesi per il futuro. Documento di sintesi della ricognizione effettuata nelle regioni sull'assistenza domiciliare e residenziale. Documento di lavoro per il seminario *L'organizzazione dei servizi per l'anziano fragile tra omogeneità culturale, livelli essenziali di assistenza e molteplicità organizzative*, Roma 14/07/05.
- Pesaresi F. *Tendenze internazionali nell'assistenza dell'anziano non autosufficiente*, in Gensini G.F, Rizzini P, Trabucchi M., Vanara F., (a cura di) "Rapporto sanità 2005", Il Mulino, Bologna, 2005.
- Istat. *L'assistenza residenziale in Italia. Regioni a confronto – anno 2003*, Istat, Roma, 2006 (e anni precedenti).
- Ministero della Salute. *Progetto Mattoni SSN Prestazioni residenziali e semiresidenziali, Relazione Finale - Mattone 12 – Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, 19.02.2007.
- Pesaresi F. *L'assistenza residenziale per gli anziani in Europa* in Pro Terza Età, n. 36 – settembre 2007.
- Ministero della Salute – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*, Roma, 2007.
- Istat. *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia – anno 2005*, Roma, 2008 (e anni precedenti).
- Pesaresi F, Simoncelli M. *Analisi delle RSA in Italia: presenza nel territorio e condizioni degli ospiti*, in Tendenze Nuove 3/2008, pp 345-368.
- Pesaresi F e Simoncelli M. *Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione*, in «Tendenze nuove», 2/2008, pp. 199-231.
- Ministero della Salute. *Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - anno 2006*. Roma, giugno 2008 (e anni precedenti).
- Istat. *Annuario Statistico Italiano 2008*, Roma, dicembre 2008.
- Il Sole 24 Ore. *Terza età, l'Europa ha una marcia in più*. 10 novembre 2008.
- Ministero della Salute. Direzione generale del sistema informativo, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2005-2006*, gennaio 2008.

## ALLEGATO

### **Estratto del documento “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” redatto dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza nel 2007**

La Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza ha esaminato la problematica delle prestazioni Residenziali e Semiresidenziali con l'obiettivo di definire i contenuti tecnico-professionali delle prestazioni. In rapporto obiettivi sono state individuate quattro principali tipologie di utenti non autosufficienti, che qualificano diverse tipologie prestazionali:

- 1) Anziani non autosufficienti
- 2) Persone disabili giovani e adulte
- 3) Persone con patologie psichiatriche
- 4) Persone con patologie terminali

Per tutte le tipologie di prestazioni si rileva come prima criticità la sostanziale assenza di un flusso informativo (va precisato che il Mattone n. 12 ha come obiettivo proprio la definizione di un flusso informativo coerente su scala nazionale) e la **forte eterogeneità regionale dei modelli autorizzativi ed organizzativi**, nonché delle **modalità di erogazione** del servizio.

#### **Le prestazioni residenziali e semiresidenziali per gli anziani**

Le prestazioni residenziali e semiresidenziali possono essere definite come il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei “nuclei” accreditati per la specifica funzione. Il modello di erogazione di prestazioni omogenee per “nuclei” organizzativi deriva dal D.P.R. 14 gennaio 1997 che aveva come presupposto originario il DPCM 22 dicembre 1989 “*L'organizzazione per nuclei consente di accogliere nella stessa struttura residenziale persone non autosufficienti a vario titolo ed autosufficienti, senza determinare sovrapposizioni, data la relativa autonomia dei servizi di ciascun nucleo*”.

Per non trasferire il paziente ad ogni variazione dei suoi bisogni assistenziali nel caso di un ricovero medio-lungo, il nucleo deve essere interpretato come una unità organizzativa strutturata per fornire determinati livelli di assistenza in cui è possibile assistere anche una certa percentuale (10-20%) di pazienti appropriati per altri livelli, ma il cui numero ed intensità assistenziale sia tale da non mettere in crisi l'organizzazione interna.

Nel sistema dei Livelli Essenziali, la prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di “terapia post-acuzie” (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero. La prestazione residenziale non si differenzia necessariamente da quella ospedaliera per un minore gradiente di assistenza. Inoltre, mentre la prestazione di “post-acuzie” si caratterizza con la necessità di erogare un complesso di cure con finalità riabilitative (“riabilitazione”) o clinico-internistiche

(“lungodegenza post-acuzie”) aventi un obiettivo definito e raggiungibile in un arco temporale relativamente prevedibile e comunque limitato, la prestazione “residenziale” qualifica invece un ambito di erogazione, a prevalente carattere assistenziale piuttosto che terapeutico a patologie croniche, connotato da aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell’assistenza, anche in ragione della prolungata durata della degenza.

• **• Criteri di accesso e valutazione**

L’accesso alle prestazioni residenziali deve intendersi regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza. L’utente per il quale sia individuata la condizione di non autosufficienza e non assistibilità a domicilio avrà quindi diritto di scegliere il luogo di cura nell’ambito delle diverse opzioni offerte dalle strutture accreditate con il SSN.

Poiché il sistema prevede prestazioni a diversi livelli di intensità di cura, l’accesso alle stesse e la prosecuzione del trattamento avverrà coerentemente con la verifica della effettiva appropriatezza della indicazione, sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni dell’utente (per un approfondimento sull’argomento vedi box in capitolo Assistenza domiciliare).

• **• Caratteristiche temporali della erogazione delle prestazioni**

Valutando la prestazione non come “episodio di ricovero” ma come “giornata di assistenza” si assume che ogni giornata rappresenti un ciclo completo e ripetibile nel quale viene erogato in modo coerente ed integrato il complesso di prestazioni di assistenza alla persona, cura, recupero funzionale e/o trattamenti di mantenimento, che compongono il *panel* dell’assistenza residenziale.

Le prestazioni residenziali dovrebbero avere una durata strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell’erogazione. La valutazione periodica dell’ospite costituisce il parametro per valutare la proroga del trattamento in quello specifico livello assistenziale. La prestazione residenziale non dovrebbe quindi avere una durata predefinita, ma non deve neanche essere interpretata come una soluzione definitiva e statica, per cui le valutazioni periodiche dovranno verificare come si modifica il livello di bisogno nel tempo, ma anche valutare se possono essere recuperate le condizioni di assistibilità a domicilio.

• **• Classificazione delle prestazioni ed analisi del case-mix assistenziale**

Il Mattone n. 12 ha definito una classificazione delle prestazioni su “codici di attività”, che possono essere utilizzati anche come elemento di individuazione dei “nuclei erogativi in base alle loro caratteristiche tecnico-organizzative. Dei sei codici di attività individuati, tre sono riferibili a “cure intensive o estensive” ad elevata integrazione sanitaria, mentre gli altri sono convenzionalmente riferibili ad “assistenza e terapie di mantenimento”, classificabili come prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Tuttavia è auspicabile che più “nuclei” riferiti ai diversi livelli di assistenza coesistano all’interno della medesima struttura residenziale.

• **• Standard e indicatori**

Alcuni elementi orientativi di riferimento degli standard di offerta, sebbene ad oggi siano difficilmente definibili, potrebbero essere tratti dai dati nazionali esistenti così come da parametri internazionali dedotti dai sistemi sanitari che presentano modelli organizzativi confrontabili con il nostro SSN. A tale proposito, l’esperienza dei principali paesi UE

individua un parametro di offerta di 5-6 posti letto per 100 anziani (50-60 per 1000) come standard di riferimento (Comas-Herrera A. e Wittemberg R., 2003).

A fronte di questi dati internazionali, secondo gli ultimi dati ISTAT (2003) l'Italia ha una dotazione totale di 231.000 posti letto per anziani occupati, pari a circa il 21,4 posti letto per 1000 anziani, con una elevata variabilità regionale; si passa da 66,03 posti letto per 1000 anziani in Trentino Alto Adige a 4,72 posti letto per 1000 anziani in Campania. Inoltre le regioni del Nord presentano una media di circa 33 per mille contro il 14 per mille delle regioni centrali e circa l'8 per 1000 di quelle meridionali. Tuttavia è bene precisare che il dato di riferimento ISTAT accomuna diverse tipologie di strutture non distinguendo tra quelle a carattere sanitario e quelle meramente sociali.

Oltre alle caratteristiche dell'offerta è bene sottolineare che vi sono molteplici fattori che influenzano la domanda di servizi residenziali (Box 1).

### **Box – I fattori che influenzano la domanda di servizi residenziali**

- Numero di anziani
- Numero di anziani che vivono soli o con coniuge non autosufficiente
- Numero di anziani non autosufficienti
- Numero di anziani non autosufficienti con demenza o patologie complesse
- Offerta e qualità dei servizi residenziali e domiciliari
- Presenza di servizi per la post-acuzie
- Disponibilità di assistenza informale domiciliare
- Struttura della rete familiare
- Reddito disponibile popolazione anziana
- Mercato dell'assistenza semi-professionale (badanti)
- Orientamento culturale alla istituzionalizzazione

La Commissione ha proposto la definizione di uno standard di offerta “corretto” sulla base di alcune variabili ritenute particolarmente significative quali ad esempio la quota di anziani che vivono soli sulla popolazione anziana relativa, l'incidenza di anziani sulla popolazione e la quota di anziani poveri sul totale di anziani (tabella 1).

L'analisi è stata condotta a partire dagli standard internazionali (50 p.l. x 1.000 anziani, pari a 42,7 posti letto occupati per 1.000 anziani) rispetto ai quali sono stati introdotti una serie di fattori correttivi legati alle variabili considerate. In particolare attraverso il calcolo di un indicatore sintetico di fabbisogno si è giunti all'individuazione degli assistiti teorici “corretti” proprio sulla base della presenza combinata degli indicatori considerati, ritenuti in grado di influenzare significativamente i bisogni assistenziali complessivi degli anziani.

L'ultima colonna rappresenta quindi il fabbisogno stimato per 1.000 anziani over 65 anni (calcolato come quoziente tra gli assistiti teorici corretti e la relativa popolazione) che evidenzia le variazioni dello standard nazionale (assunto dai parametri di letteratura internazionale), legate alle articolazioni della condizione anziana nelle singole regioni.

Con questa metodologia, l'indice di fabbisogno pesato per le diverse regioni presenta un range che va da un massimo di 53,3 posti letto occupati x 1.000 anziani (Liguria) ad un

Tabella 1 - Fabbisogno di RSA nelle regioni - Anno 2005

	Quota % Persone Sole 65-74 anni su popolazione 65-74 75 €	Quota % Persone Sole 75 anni e oltre su popolazione anni oltre	Quota % anziani >75 su popolazione totale	% Anziani poveri sul totale anziani	Popolazione >65 anni	Ospiti >65 anni corretti	Fabbisogno stimato per 1.000 anziani >65
	2005	2005	2005	2005	2005	2005	2005
Piemonte	22,9	35,5	9,9	8,9	979.327	42.447	43,3
Valle d'Aosta	22,9	35,5	9,0	8,9	25.046	1.034	41,3
Lombardia	18,9	51,7	8,2	4,9	1.847.997	86.377	46,7
Trentino-Alto-Adige	20,8	42,8	8,2	8,9	174.100	7.494	43,0
Veneto	15,2	37,2	8,7	8,3	910.228	36995	40,6
Friuli Venezia Giulia	26,7	37,7	10,8	8,9	271.804	12.755	46,8
Liguria	26,3	42,6	12,8	7,6	428.971	22.871	53,3
Emilia Romagna	20,6	36,4	11,1	3,7	954.955	43.258	45,3
Toscana	15,9	28,8	11,3	7,5	842.901	35.292	41,9
Umbria	15,3	30,2	11,4	10,2	202.503	8.761	43,3
Marche	14,0	35,4	10,8	8,8	345.079	15.266	44,2
Lazio	22,1	33,9	8,2	8,5	1.014.064	39.116	38,6
Abruzzo	16,3	31,2	10,0	16,1	277.712	11.574	41,7
Molise	19,5	36,1	10,3	35,5	70.567	3.393	48,1
Campania	16,7	31,9	6,4	33,2	887.682	31.680	36,8
Puglia	16,3	34,7	7,4	25,5	704.155	27.604	39,2
Basilicata	16,2	35,3	8,7	31,7	118.404	5.123	43,3
Calabria	18,8	38,3	7,9	27,1	366.164	15.630	42,7
Sicilia	21,7	44,6	7,9	34,8	901.426	42.635	47,3
Sardegna	18,5	34,4	7,4	21,3	291.617	11.308	38,8
<b>ITALIA</b>	<b>19,2</b>	<b>38,3</b>	<b>8,8</b>	<b>14,0</b>	<b>11.615.702</b>	<b>496.148</b>	<b>42,7</b>

minimo di 36,8 (Campania), con delle differenze regionali ridotte, sebbene **molto distanti dall'offerta reale** di servizi.

**A conclusione del lavoro, la Commissione non ha ritenuto che esistessero oggi standard di offerta applicabili perché:**

- **Non esistono atti programmatori nazionali che li individuano**
- **I dati esistenti sono incompleti e spesso disomogenei**
- **Non è ben definita la relazione tra i fattori che condizionano la domanda**
- **Le regioni non appaiono propense ad accettare standard di offerta definiti a livello nazionale prima che sia entrato a regime un sistema informativo completo sulla residenzialità e, soprattutto, la reale capienza del Fondo Sanitario o di altro Fondi per garantire un livello di offerta omogeneo.**

Pertanto sono stati proposti degli "indicatori" finalizzati ad una rilevazione omogenea e di lungo periodo di alcuni parametri di offerta (posti letto, pazienti in attesa, tempi di attesa) che consentano di monitorare i livelli assistenziali erogati e potranno supportare le regioni a fissare propri standard programmatori.

Infine, la **Commissione ha analizzato l'impatto economico di un modello di sviluppo del sistema residenziale nel nostro Paese**. Per la stima dell'impatto sono stati utilizzati parametri di costo standard moltiplicati su un parametro di offerta pari a 35 posti letto occupati x 1.000 anziani, individuato ipotizzando che nell'arco di 5 anni si realizzi un incremento dell'offerta tale da coprire l'80% del fabbisogno stimato sulla base degli standard internazionali (42,7 x 1.000,); **con questo modello di simulazione, si ottiene una spesa globale di circa 12.600 milioni di euro l'anno.**

Tuttavia, è necessario sottolineare che **l'impatto di questi servizi sul FSN è strettamente legato alla quota di partecipazione dell'ospite**, che può limitare in modo significativo il carico sul FSN del settore. **L'impatto della spesa sul SSN dipende quindi dalle differenti modalità di determinazione delle quote a carico dell'ospite e/o dei Comuni**. Indicativamente, tenendo conto delle diverse modalità di attribuzione degli oneri in uso nelle singole regioni, si può stimare nel quinquennio una spesa a regime (calcolata a valori 2007) di circa 6.800-7.800 milioni di euro a carico del SSN (circa 7,8% del FSN) e 4.800-5.800 milioni a carico delle famiglie e/o dei servizi sociali dei Comuni. Tuttavia, poiché l'attuale spesa sanitaria per servizi residenziali ad anziani non autosufficienti si attesterebbe intorno ai 2.500 milioni di euro annui, l'incremento effettivo di spesa per il SSN è stimabile nell'ordine di 5.300 milioni di euro, pari a poco più del 5% del FSN e a circa il 0,3 % del PIL.

**La copertura di questi maggiori oneri potrebbe avvenire in parte con azioni di redistribuzione della spesa sanitaria (spostamento dal livello assistenziale ospedaliero a quello residenziale), in parte attraverso la istituzione di un "Fondo" vincolato.**

### **Prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili**

Le prestazioni residenziali per disabili sono erogate in Italia da una ampia varietà di strutture per lo più riconducibili ad Istituti di Riabilitazione ex art.26 L. 833/78, o a Centri e Comunità di accoglienza, che hanno caratterizzato la propria attività con con-



tenuti più sbilanciati verso i programmi riabilitativi, anche per giustificare la propria permanenza all'interno del perimetro di completa copertura del FSN.

• **Standard e indicatori**

Un'indicazione in merito alla presenza degli adulti disabili nelle strutture socio assistenziali italiane viene fornita dall'ultima rilevazione Istat "L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto" pubblicata nel 2006 che riporta i risultati di una rilevazione del 2003 (tabella 2).

**Tabella 2 – Ospiti presenti nei presidi socio-assistenziali al 31/12/2003**

	<b>PL occupati</b>	<b>Popolazione</b>	<b>PL x 1000</b>
Valle D'Aosta	38	120.909	0,31
Piemonte	4.085	4.231.134	0,97
Liguria	1.402	1.572.197	0,89
Lombardia	5.070	9.108.645	0,56
Veneto	3.212	4.577.408	0,70
Trentino	975	950.475	1,03
Friuli Venezia Giulia	879	1.191.500	0,74
Emilia Romagna	2.114	4.030.220	0,52
Toscana	1.366	3.516.296	0,39
Marche	764	1.484.601	0,51
Umbria	371	834.210	0,44
Lazio	2.053	5.145.805	0,40
Abruzzo	700	1.273.284	0,55
Molise	390	321.044	1,21
Campania	1.017	5.725.098	0,18
Puglia	604	4.023.957	0,15
Basilicata	62	596.821	0,10
Calabria	481	2.007.392	0,24
Sicilia	1.601	4.972.124	0,32
Sardegna	491	1.637.639	0,30

Lo studio evidenzia come in Italia al 31 dicembre 2003 fossero ospitati 27.675 adulti disabili nei presidi socio assistenziali presenti sul suolo nazionale. Di questi oltre 17.000 (pari al 64,2%) era ricoverato nelle strutture collocate nel Nord Italia, il 16,5% (4.554) nel Centro e quasi il 20% (5.346) nel Sud. **La media nazionale è di circa 0,5 posti letto per mille abitanti, con marcate differenze regionali (1,03 del Trentino Alto Adige contro lo 0,10 della Basilicata)** con un evidente gradiente "Nord-Sud". Al totale degli adulti disabili peraltro vanno sommati i minori con handicap fisico, psichico, sensoriale e plurimo ricoverati nei presidi socio assistenziali che ammontavano a 1.623 (pari allo 0,5% del totale degli ospiti).

L'articolazione secondo la tipologia di struttura vede prevalere per numero di ospiti adulti disabili le Comunità socio-riabilitative (8.479 ospiti adulti disabili), seguono le Rsa (5.478) e le Comunità alloggio (4.475).

L'offerta garantisce una maggiore disponibilità di strutture per disabili (come pure per anziani) nelle aree settentrionali del Paese, mentre al Sud la maggiore incidenza dei disabili sul totale dei ricoverati delle strutture residenziali potrebbe essere dovuta alla necessità di dover inserire questa tipologia di ospiti in un numero più ridotto di strutture disponibili.

**Pur a fronte di questi dati di disomogeneità regionale la individuazione di standard programmatori appare difficoltosa perché:**

- **la domanda è fortemente condizionata da fattori socio-economici e culturali, con variabili complesse soggette a continue modifiche nelle diverse aree del Paese.**
- **la tipologia di servizio tende a trasformarsi nel tempo, con il progressivo superamento del modello degli "Istituti per Disabili" e la crescente richiesta di piccole strutture di comunità, specie per affrontare le problematiche dell'invecchiamento dei genitori dei disabili (fenomeno del "dopo di noi").**

Anche in considerazione dell'attuale assenza di un flusso informativo adeguato, appare opportuno sottoporre il settore ad un monitoraggio che consenta di analizzare le sue dinamiche nel tempo.

#### • **Valutazione dei costi**

Le prestazioni residenziali per disabili, potendo contare su una rete storica di offerta garantita dagli istituti ex art. 26, presentano una discreta (seppur disomogenea) diffusione sul territorio nazionale, con una spesa storica ormai strutturata nell'ambito dei bilanci regionali.

Le principali indicazioni di riequilibrio sono da valutare in rapporto ad una distribuzione dell'offerta che favorisca lo sviluppo di adeguati servizi nelle regioni meridionali.

Peraltro linee di tendenza del settore evidenziano una **progressiva riduzione del ricorso alla "istituzionalizzazione" di disabili giovani per i quali si registra una crescente tendenza all'assistenza all'interno del nucleo familiare, fatti salvi casi particolare per gravità, per insufficiente capacità assistenziale del nucleo familiare o per specifiche esigenze terapeutiche (anche temporali). Risulta invece in progressiva crescita il problema dell'assistenza residenziale a lungo termine per i soggetti adulti/anziani che perdono il supporto familiare per decesso o malattia dei genitori (il cosiddetto fenomeno del "dopo di noi").**

L'applicazione degli standard qualificanti nelle realtà che operano con standard inferiori indurrà verosimilmente un aumento di costi che non si tradurrà necessariamente in costi per il SSN in quanto spesso le tariffe applicate già tengono conto di standard di quel livello.

I dati complessivi della domanda sembrano comunque equilibrarsi per cui si ritiene che la progressiva riduzione delle soluzioni "istituzionalizzanti" possa essere compensata da un incremento delle soluzioni, anche di tipo "comunitario", volte a garantire la sostituzione dell'assistenza familiare.

La Commissione ritiene inoltre possibile un recupero, almeno parziale, delle quote di partecipazione degli ospiti, usualmente non previste in tutte le strutture originariamente

classificate come “istituti ex art. 26”. Si ritiene infatti che la applicazione delle previsioni di partecipazione alla spesa di cui al “livello C” possa produrre una discreta riduzione della spesa sanitaria, da coprire con redditi diretti degli assistiti (pensioni di invalidità, altri redditi), con contribuzione dei Comuni, nonché con l’eventuale recupero dell’assegno di accompagnamento (che oggi viene sospeso in caso di istituzionalizzazione).

**In questo quadro la riclassificazione delle prestazioni residenziali per disabili che viene proposta non appare indurre, nel suo insieme, spesa aggiuntiva.**

### **Prestazioni residenziali e semiresidenziali psichiatriche**

#### **• Normativa e metodologia**

Il sistema residenziale psichiatrico trova i propri presupposti in particolare nei seguenti riferimenti normativi:

- D.P.R. 10 novembre 1999 Progetto Obiettivo Nazionale “Tutela della Salute mentale 1998-2000” che definisce le strutture residenziali come strutture extraospedaliere che accolgono per l’intero arco delle 24 ore soggetti che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi o socio-riabilitativi. Sono differenziate a seconda del livello di assistenza erogata dal personale nell’arco delle 24 ore: a) le strutture residenziali con presenza continua di personale sanitario lungo l’arco delle 24 ore; b) le strutture residenziali con presenza di personale sanitario nelle 12 ore diurne nei giorni feriali, mentre nei giorni festivi questa presenza può essere ridotta; c) le strutture residenziali con presenza di personale sanitario per fasce orarie nei giorni feriali o al bisogno. Nei giorni festivi questa presenza può essere assente.
- Accordo Conferenza Stato-Regioni 11 ottobre 2001 “Il sistema informativo nazionale per la salute mentale”.

Le modalità attuative di questi servizi avviate dalle regioni italiane sono molto difformi e non esiste un flusso informativo codificato in rapporto alle prestazioni e agli utenti. A tale scopo il Mattone n. 12 ha operato principalmente nell’obiettivo di qualificare le caratteristiche peculiari della prestazione e le sue finalità, proponendo un modello di classificazione delle prestazioni con i relativi codici di attività, finalizzato a distinguere le prestazioni residenziali con obiettivi “terapeutico-riabilitativi” da quelle a prevalente carattere “socio-riabilitativi”.

#### **• Classificazione delle prestazioni residenziali psichiatriche**

Le prestazioni di assistenza residenziale psichiatrica sono prestazioni a ciclo continuativo (residenziale) o diurno (semiresidenziale) erogate in strutture extraospedaliere gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da erogatori privati accreditati che operano comunque nell’ambito del sistema di offerta del Dipartimento di Salute Mentale. Le strutture sono organizzate in nuclei completamente autonomi e separati con un massimo di 20 posti letto e accolgono soggetti che necessitano di ospitalità nell’intero arco delle 24 ore, pur se con livelli di intensità assistenziale differenti.

Le **prestazioni residenziali** si suddividono in due macro tipologie:

**RPI** Prestazioni terapeutico-riabilitative: sono erogate in strutture per pazienti che, an-

che nella fase della post-acuzie, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi. Deve essere definita la durata massima di degenza sulla base degli specifici obiettivi terapeutici.

Queste possono essere di tipo intensivo o estensivo (nel caso di pazienti con problematiche croniche). Nel secondo caso il personale socio-sanitario può essere presente sulle 24 ore ovvero sulle 12 ore.

**RP2** Prestazioni socio-riabilitative: sono erogate in strutture che rispondono ai bisogni di soggetti parzialmente non autosufficienti ma non assistibili nel proprio contesto familiare che necessitano di una soluzione abitativa a vario grado di tutela sanitaria. Non viene definita la durata massima dell'ospitalità. Il personale socio-sanitario è presente sulle 24 ore ovvero sulle 12 ore.

Infine le **prestazioni possono essere di tipo semiresidenziale**. In questo caso l'attività è erogata in strutture collocate nel contesto territoriale che accolgono i pazienti durante le ore diurne (almeno 6 ore al giorno per 6 giorni la settimana) e in cui operano équipe multi professionali.

#### • **Standard e indicatori**

Anche per questa tipologia di prestazioni sono stati identificati degli standard qualificanti di servizio così come degli indicatori di verifica. Questi ultimi sono stati sviluppati con criteri simili a quelli adottati per gli anziani.

### **Prestazioni nei Centri Residenziali per Cure Palliative e Hospice**

Negli ultimi 20 anni, due momenti sono ritenuti fondamentali nell'avvio del processo di implementazione della moderna rete delle Cure palliative italiana: nel 1999 l'approvazione della Legge 39 e dei successivi decreti applicativi e nel 2001 l'inserimento nei LEA nazionali degli interventi di supporto ai malati terminali, sia al domicilio sia negli hospice. Inoltre, nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 così come nei due PSN precedenti, è stato dedicato un capitolo specifico alla tematica delle Cure palliative, evidenziando l'importanza e la specificità di questa area e la necessità che, nella sua fase applicativa, si sviluppino forti integrazioni con le reti regionali socio-sanitarie e strette sinergie con la rete sociale affidata agli Enti locali.

La coincidenza storica tra lo sviluppo della rete delle Cure palliative e il processo di regionalizzazione della programmazione sanitaria, a distanza di pochi anni dalla emanazione delle normative sopra ricordate rischia però di innescare un processo di differenziazione eccessivo tra i modelli assistenziali rivolti ai malati nella fase di inguaribilità e di evolutività di malattia, soprattutto nelle fasi finali della loro vita.

Nelle Cure Palliative vi è d'altro canto la necessità di salvaguardare un'omogeneità del "sistema nazione", che garantisca il rispetto di standard non solo quantitativi ma anche qualitativi.

Risulta fondamentale fissare a livello nazionale alcuni standard che definiscono in modo puntuale e verificare il LEA di cui all'allegato 1, punto 2, comma H, riferito all'attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale.

La definizione di "Indicatori per la valutazione dei risultati ottenuti dalla rete di assistenza ai pazienti terminali e per la valutazione delle prestazioni erogate" è già stata concor-

data a livello nazionale con l'Accordo raggiunto in Conferenza Stato regioni del 13 Marzo 2003.

Gli standard e gli indicatori per la valutazione del livello raggiunto nell'implementazione della rete sono stati definiti dal decreto 22 febbraio 2007, n. 43 recante *“Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1, comma 169 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311”*.

La *“nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”* e l'allegato I che definisce gli standard qualificanti i LEA, contiene indicazioni specifiche per le Cure palliative ai malati terminali. Il Documento è stato approvato in Commissione LEA il 18.10.2006.

Il seguente documento definisce la *“nuova caratterizzazione dell'assistenza ai malati terminali nei centri residenziali di cure palliative-hospice”*, rappresentando il necessario completamento alla definizione di standard e indicatori di questo fondamentale nodo della rete di cure palliative.

#### • Stato di implementazione della rete dei servizi

Gli unici dati ufficiali sono quelli pubblicati sul sito del Ministero della salute, relativi al numero di strutture residenziali per cure palliative-hospice da realizzarsi grazie ai finanziamenti della Legge 39/99: il dato attuale indica 201 strutture.

Particolarmente utile per una analisi attuale della diffusione delle strutture per l'assistenza ai malati terminali (Box n. 2) è la pubblicazione della Società Italiana di Cure Palliative *“Gli hospice in Italia”*, in quanto i dati sono stati certificati dalle regioni, dai responsabili legali delle ASL e delle strutture presso le quali gli hospice sono operativi o diverranno operativi entro il 2008”.

#### Box – L'assistenza ai malati terminali in Italia

- Gli hospice attivi in Italia sono 117, con 1.352 posti letto e un indice medio di 0,23 posti letto/10.000 residenti (dati SICP, 2007);
- Entro il 2008 gli hospice attivi in Italia saranno 209, con 2.381 posti letto e un indice medio di 0,40 posti letto/10.000 residenti (range: max 0,67- min 0,13) (dati SICP, 2007).
- I Centri eroganti cure palliative (Definiti nella Pubblicazione Unità di Cure Palliative) sono 455, dei quali 285 eroganti cure domiciliari. I centri censiti risultano tra loro molto differenti per ciò che riguarda le tipologie di erogazione, per il livello di istituzionalizzazione raggiunta, per la tipologia del soggetto erogatore (pubblico, privato del terzo settore, privato).
- Non sono pubblicati dati di attività che possano permettere attualmente un'analisi quantitativa dell'utenza assistita annualmente dai Centri.
- I dati attualmente presenti indicano un basso livello di integrazione operativa tra le Strutture di ricovero per cure palliative e gli altri nodi della rete.
- Esistono standard strutturali ed organizzativi disomogenei fra le diverse regioni ed anche all'interno di una stessa regione. Molte regioni non hanno ancora definito standard organizzativi.
- Il sistema tariffario è diseguale su tutto il territorio nazionale, anche in questo caso con differenze inter e intra regionali.

### • **Definizione delle Prestazioni**

Le cure palliative costituiscono un complesso integrato di prestazioni sanitarie, tutelari, assistenziali e alberghiere fornite con continuità nell'arco delle 24 ore che, in regime residenziale, sono garantite in un Centro specialistico di cure palliative-hospice (di seguito denominato "hospice").

L'hospice fa parte della rete sanitaria, costituisce il nodo di ricovero della rete delle cure palliative ed opera in stretta integrazione con le cure palliative domiciliari. Gli hospice sono inseriti nel LEA distrettuale, di cui all'allegato I, punto 2, comma H, del DPCM 29/11/2001, anche quando sono logisticamente situati in Strutture Sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscono articolazioni organizzative.

Le prestazioni in hospice fanno parte integrante della Medicina palliativa, assistenza sanitaria per le persone affette da una malattia attiva, progressiva e in fase avanzata, con una prognosi limitata, e hanno quale obbiettivo principale la qualità della vita.

L'attività principale degli hospice è quella di erogare cure palliative per malati con bisogni assistenziali più complessi e impegnativi.

Richiedono perciò un maggiore livello di competenze professionali da parte di personale specializzato e un alto indice di rapporto tra il numero di componenti dell'equipe e ciascun paziente ricoverato.

### • **Criteri di accesso agli hospice**

L'accesso alle prestazioni erogate in hospice deve intendersi regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza. I malati hanno quindi diritto di scegliere il luogo di cura, nell'ambito delle diverse opzioni offerte della rete delle cure palliative del SSN, in relazione al loro livello di consapevolezza della diagnosi e della prognosi.

Le prestazioni erogate in hospice, nodo della rete di cure palliative, devono prevedere la dimissibilità al domicilio, in quanto l'hospice fornisce anche l'assistenza tipica del ricovero di sollievo.

Nello specifico, all'hospice accedono i malati, affetti da una malattia progressiva e in fase avanzata, in rapida evoluzione e a prognosi infausta, non più suscettibile di terapia etiopatogenetica, in base ai seguenti criteri:

- Aspettativa di vita, di norma valutata in 6 mesi, in base a indicatori prognostici validati scientificamente ed alla esperienza, scienza e coscienza dell'equipe curante;
- Elevato livello di necessità assistenziale e/o ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo caratterizzanti uno stato di "fragilità" (ossia con un Indice di Karnofsky uguale o inferiore al valore di 50);
- Impossibilità di attuare le cure domiciliari palliative, per problematiche sanitarie e/o sociali.

### • **Prestazioni di cure palliative nei Centri residenziali per minori (0-18 anni)**

L'assistenza al minore bisognoso di cure palliative, in quanto in situazione di terminalità, è attualmente erogata nella maggior parte dei casi in regime di ricovero ospedaliero in reparti per acuti, sovente in reparti intensivi. Solo in una parte minoritaria di casi e generalmente per periodi di tempo relativamente limitati, l'assistenza viene direttamente erogata a domicilio.

Nel nostro Paese, vi sono solo poche esperienze pilota, e di queste ancora più eccezio-

nali sono quelle che prevedono specifiche organizzazioni di assistenza residenziale. Tali organizzazioni sono invece relativamente diffuse nelle altre Nazioni.

Nel caso del paziente pediatrico la presenza dei familiari ed in particolar modo dei genitori è importante non soltanto in quanto persone accudenti, ma come parte attiva della presa in carica del paziente.

In questi casi la struttura residenziale non si connota come un reparto ospedaliero, ma piuttosto come una casa per bambini, dove siano rispettate le relazioni e l'ambiente familiare, accolte le istanze di privacy, socialità, promozione dello sviluppo e della qualità della vita del minore, anche attraverso aperture ed interazioni con la rete istituzionale operante nell'area ove esso insiste. Il Centro deve essere pertanto una struttura residenziale a sé stante o una sezione separata con ingresso proprio di una struttura residenziale tipo hospice.

• **Valutazione dei costi**

Per la stima dell'impatto economico sono stati utilizzati i costi per giornata di ricovero, (calcolati in funzione degli standard assistenziali previsti e della collocazione all'interno o all'esterno di una struttura ospedaliera o residenziale: l'importo è variabile tra i 250 e i 300 Euro), moltiplicati per il numero di PL previsti considerando un tasso di occupazione pari al 90%.

Ipotizzando che nell'arco di 5 anni si realizzi un incremento dell'offerta tale da coprire il fabbisogno stimato sulla base dello standard programmatorio previsto (0,40 PL/10.000 residenti) ed applicando una tariffa giornaliera media pari a 280 Euro, si ottiene una spesa globale a regime di circa 242 milioni di Euro l'anno con un incremento di spesa rispetto alla attuale, pari a circa 125 milioni di Euro.

### **Riferimenti bibliografici**

Legge 39/99, recante *Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*.

D.M. 28 Settembre 99, *Programma Nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative*.

DPCM 20 gennaio 2000 su *Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative*.

Accordo della Conferenza Unificata, del 19 Aprile 2001, *tra il Ministro della sanità, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano e le province, i comuni e le comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative*.

DPCM 29 novembre 2001, *Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza* nell'Allegato 1A, Classificazione dei livelli, al punto 2, "Assistenza Distrettuale", al paragrafo H.

Studio Support (WAKnaus and coll, *Annals of Internal Medicine*, 122,3,191-2003,1995).

Comas-Herrera A. and Wittemberg R. *European Study of Long Term Care Expenditure. Report to the European Commission ESA DG dp 1840, 2003*).

Raccomandazioni del Consiglio d'Europa Raccomandazione Rec (2003) 24 del Comitato dei Ministri agli stati membri sull'organizzazione delle cure palliative (Adottata dal Comitato dei Ministri il 12 Novembre 2003 all'860° seduta dei Vice Ministri) nell'Appendice, parte integrante dell'atto.

Accordo della Conferenza Stato regioni, della seduta del 13 Marzo 2003, su *Indicatori per la verifica dei risultati ottenuti dalla rete di assistenza ai pazienti terminali e per la valutazione delle prestazioni erogati*.

Accordo della Conferenza Stato regioni, della seduta del 26 gennaio 2006, sul *Regolamento recante: definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1, comma 169, della Legge 30 dicembre 2004, n.311*.

Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, al Capitolo 3 *L'Evoluzione del SSN: le strategie per lo sviluppo*". Paragrafo 3.10 "La rete assistenziale per le cure palliative".



capitolo 8

---

*Lo sviluppo della Assistenza Primaria  
nel contesto internazionale*



## 8. Lo sviluppo della Assistenza Primaria nel contesto internazionale

**Elio Guzzanti**

In precedenti capitoli si è riferito sulle condotte mediche nell'Italia pre-unitaria e sulla nascita in Germania, nel 1883, della assicurazione sociale di malattia, cioè il cosiddetto “modello Bismark”, che è fondato sulla obbligatorietà della contribuzione di datori di lavoro e di lavoratori dei singoli settori per la costituzione di enti responsabili della assistenza ai lavoratori in caso di malattia.

In questo capitolo si riporteranno, invece, le iniziative assunte nel tempo in diversi Paesi per attivare o rafforzare le attività assistenziali territoriali, una esigenza che si è manifestata negli ultimi decenni a seguito delle profonde trasformazioni che si sono verificate nella demografia, nella epidemiologia, nella tecnologia, ma anche nelle caratteristiche della società, i cui singoli componenti avvertono, al tempo stesso, il bisogno di una effettiva tutela della salute, ma anche di avere voce in capitolo in relazione alle scelte da effettuare al riguardo.

Pionieri in tal senso si possono considerare alcuni Paesi del Nord Europa, che si ispirano al “modello Beveridge”, nel quale la tassazione generale e locale è responsabile del finanziamento dei sistemi diretti a tutelare la salute di tutti i cittadini.

Tra questi vi è la **Finlandia** che, nel 1972, con il *Primary Health Care Act*, ha reso responsabili le municipalità dei *primary health care centres*, dove i medici generali, ciascuno dei quali ha i propri assistiti, lavorano insieme ad altri colleghi, e, unitamente agli infermieri e ad altre professioni simili, vengono a costituire un team, cioè una squadra.

Il lavoro all'interno degli *health centres* è soddisfacente per il personale e per gli assistiti, anche per le differenti attività ed i servizi che vi si svolgono, ad esempio l'assistenza materno-infantile, nonché per la disponibilità di alcuni supporti diagnostici, di laboratorio e di immagini. In non pochi casi, i centri sono dotati anche di piccoli settori di degenza (30-60 posti letto), soprattutto per gli anziani non assistibili a domicilio. Da notare al riguardo che raramente i medici visitano a domicilio, attività che viene svolta invece dagli infermieri e da altro personale non medico. Per rafforzare questa attività, nel 2004 sono stati introdotti, con legge, i voucher che consentono agli assistiti di fruire dell'assistenza domiciliare erogata da organizzazioni esterne, in linea con la tendenza, ormai diventata una esigenza globale, di favorire gli assistiti nella loro volontà e capacità di scegliere dove e come fruire dei servizi necessari.

Permangono, invece, non agevoli i rapporti tra ospedale e territorio, e così il 30-40% dei ricoveri ospedalieri avvengono attraverso il Pronto Soccorso.

Nell'Eurobarometer survey del 2002, comunque, la Finlandia è risultata al primo posto in termini di soddisfazione delle persone rispetto all'assistenza sanitaria del Paese.

La **Svezia** ha adottato nel 1973 il *Primary Health Care Act*, con la conseguente istituzione dei *primary health care centres*, che operano similmente a quelli della Finlandia, ma con una maggiore presenza, rispetto alla prevalenza di quelli pubblici, di centri privati convenzionati, nonché in città come Stoccolma, Gothenburg e Malmö, di centri che lavorano solo privatamente.

Dagli anni '90, da quando cioè si è estesa nel mondo la insofferenza dei cittadini verso i servizi sanitari troppo burocratici ed autoreferenziali per comprendere i nuovi bisogni delle persone, in Svezia si sono affermati due nuovi orientamenti.

Il primo è stato quello di aumentare la possibilità di scelta dell'assistito, ed infatti il primo contatto con il sistema sanitario non avviene sempre presso l'*health centre*, ma in circa la metà dei casi nell'*outpatient* ospedaliero. In realtà, questo orientamento più che una scelta è stato una necessità, di fronte alle difficoltà di accesso agli *health centres*, sia per gli orari di apertura degli stessi, sia per il modo di lavorare dei medici, riluttanti a fare più visite e soprattutto visite più accurate a motivo della modalità della loro retribuzione. Dagli OECD Health Data 2004, infatti, risulta che le visite ambulatoriali, per persona e per anno, sono meno di 3 in Svezia rispetto a 4,5 in Finlandia, 5,5 nel Regno Unito e circa 7 in Danimarca. Per tali motivi, la Federation of County Councils, nel 2002, ha formalizzato la possibilità di avere più opzioni di scelta, e la Contea di Stoccolma, nel 2005, ha deciso di retribuire i medici per il 50% a quota capitaria e per il 50% con incentivi, pur tenendo presenti i limiti e i possibili rischi e abusi connessi con il nuovo sistema.

Il secondo orientamento si è affermato nel 1992 con la riforma Ådel, che ha trasferito alle municipalità la *long-term care* delle persone anziane e di quelle disabili, stabilendo, tra l'altro, che tale responsabilità partiva già dal sesto giorno lavorativo successivo alla dichiarazione di dimissibilità dall'ospedale per acuti di persone bisognose di *long-term care*. In caso di ritardo di presa in carico, l'onere della degenza sarebbe ricaduto sulle municipalità, che dovevano quindi provvedere all'assistenza domiciliare o residenziale.

Di fronte ad impegni così gravosi, per il contemporaneo effetto di misure economiche restrittive adottate in Svezia, con ricadute inevitabili sulla municipalità, e del progressivo aumento della popolazione bisognosa di *long-term care*, dal 1995 l'assistenza domiciliare si è quasi dimezzata, concentrandosi sull'assistenza infermieristica e sull'aiuto alla persona nell'espletamento dei fondamentali bisogni della vita quotidiana, e riducendo di molto l'aiuto domestico.

Secondo i dati dell'OECD, nel 2005 in Svezia il 7,9% degli aventi bisogno era assistito in strutture residenziali, ed il 9,1% a domicilio dove, nel 20% dei casi, si erogavano almeno 50 ore di assistenza al mese.

Una situazione ben diversa, quindi, rispetto all'Assistenza Domiciliare Integrata erogata in Italia, nel 2006, a meno del 3% degli anziani e per un numero di ore di gran lunga inferiore, ma anche alla residenzialità che, nel 2004, ha ospitato il 2% degli anziani italiani.

Eppure le analogie demografiche tra Svezia e Italia emergono chiaramente sempre dai dati OECD 2005 relativi ai 30 Paesi aderenti alla stessa, dai quali si evidenzia che in termini percentuali di persone di 65 anni e oltre, l'Italia, con il 19,7%, si collocava al 2° posto, preceduta solo dal Giappone con 20,2, mentre per le persone di 85 a. e oltre l'Italia è al 3° posto, con il 2,1%, rispetto al 2,3% del Giappone e al 2,5% della Svezia.

L'OECD ha prodotto anche delle stime per il 2030, nelle quali l'Italia per le persone di 65 a. e oltre sarà ancora al 2° posto, con il 27,3%, dietro al Giappone con il 31,8%.

Per quanto riguarda, invece, le persone di 85 a. e oltre, l'Italia salirà al 2° posto, con il 4,7% rispetto al totale della popolazione, dietro al Giappone che sarà al 7,4%.

Conclusivamente, si può affermare che la Finlandia e la Svezia, che hanno preceduto di qualche anno con le loro leggi la Dichiarazione di Alma-Ata, si possono considerare l'esempio di quella che è stata definita la *extended primary care*, che è di più del medico di famiglia, specie se lavora solo nel proprio studio, perché lo associa ad altri medici e ad altre figure professionali per lavorare in ambienti comuni e con lo spirito di una squadra, dove si definisce una strategia e ciascuno ha un proprio ruolo nel conseguirla.

In altre parole, questi Paesi si possono considerare antesignani di quella Assistenza Primaria che si propone di attuare in Italia, che da quelle esperienze può trarre esempio anche per quanto riguarda la evoluzione del sistema dal burocratico autoreferenziale verso la centralità delle persone assistite, che chiedono maggiore e migliore informazione, comunicazione e possibilità di scelta per quanto riguarda la loro salute ed i professionisti ed i luoghi che sono in grado di assicurare loro tutto questo.

Non ancora orientati in tal senso, almeno fino a questo momento, sembrano essere i Paesi dove si è affermato il modello della assicurazione sociale di malattia, dei quali la Francia e la Germania sono esempi rilevanti, sia per il peso demografico, sia per ampiezza, articolazione, complessità e costo dei relativi sistemi sanitari.

Infatti, se la percentuale di spesa rispetto al PIL per l'assistenza sanitaria è, nella media OCSE, di 8,9, in Francia è di 11,3 e in Germania è di 10,6. In ambedue i Paesi risulta difficile, almeno fino a questo momento, modificare gli atteggiamenti dei medici operanti nella comunità, sia perché gli assistiti possono scegliere un medico generale o uno specialista, sia per ragioni specifiche a ciascuno dei due Paesi.

In **Francia** dal 2005 è stata introdotta la scelta da parte dell'assicurato di un singolo *médecin traitant*, al quale spetta la decisione circa il ricorso ad eventuali prestazioni specialistiche, nonché il raccordo tra queste e le decisioni da assumere per la diagnosi e il trattamento del paziente, anche in vista del *carton de santé* individuale, dal quale ci

si attende una migliore continuità assistenziale e la riduzione di inutili e dannose ripetizioni di esami e di ricoveri.

Chi non sceglie questo modello può, come prima, rivolgersi direttamente allo specialista, ma deve pagare somme più elevate.

Risulta che, alla fine dell'anno 2005, circa 33 milioni sul totale di 60 milioni di abitanti, avevano scelto il modello indicato dal Governo. Purtroppo la questione del medico generale in Francia è gravata da vari problemi, che vanno dallo statuto della medicina generale – alla quale si dovrebbe riconoscere l'equivalenza con le altre discipline universitarie – alla carenza e agli squilibri territoriali, con la Normandia, la Piccardia e la Lorena fortemente deficitarie, e quasi 4 milioni di francesi che hanno difficoltà di accesso al medico di famiglia anche in senso geografico, ad esempio distando più di 10 km dallo studio del medico.

Tutto ciò preoccupa oggi, ma anche e soprattutto per il prossimo futuro, nel quale si prospetta, per il 2020, la presenza tra 850 mila e il milione di persone di 75 anni ed oltre potenzialmente non autosufficienti, il che comporterà, tra l'altro, un aumento delle patologie e delle cronicità, nonché una ulteriore dotazione di 150 mila posti letto per anziani.

Oltre la demografia, però, occorre affrontare anche la sfida sociologica degli assistiti, che non intendono più essere soggetti passivi, inascoltati e disinformati, ed ecco allora l'esigenza di incentivare la medicina di gruppo, di valorizzare la medicina generale e la geriatria, ma anche tutta le competenze di cui dispongono i professionisti non medici, a cominciare dagli infermieri, così attivi e preziosi nel potenziare e migliorare l'assistenza a domicilio.

Resta la numerosità dei protagonisti del cambiamento che si deve effettuare, sia a livello istituzionale, sia a livello degli erogatori, pubblici e privati, e per questo dal 2009 si tende a creare le Agenzie Regionali di Salute (ARS), che dovranno superare la frammentazione esistente e gestire in modo più equilibrato l'articolazione territoriale dell'assistenza, per ovviare alle forti ineguaglianze sociali, ma anche geografiche, che si riscontrano attualmente. Occorrerà, inoltre, istituire le conferenze regionali di salute, nelle quali i pareri, le proposte e le richieste delle persone assistite si confronteranno con quelle degli erogatori per trovare le soluzioni migliori nei singoli contesti.

In un Paese come la Francia, che nel 2005 contava circa 63 milioni di abitanti, aveva un tasso di natalità di 12,9 per 1000 (rispetto alla media di 10,6 della UE 15), un tasso di mortalità di 8,5 per 1000 (rispetto alla media di 9,4 della UE 15) e un indice di vecchiaia di 88,6 (rispetto alla media di 108,6 della UE 15), la attuazione della riforme che vengono proposte appare come una strada obbligata. La rinuncia al particolarismo, infatti, nella organizzazione e gestione della Assistenza Primaria può dare un decisivo contributo alla promozione e al mantenimento della salute, e quindi al progresso anche economico del Paese.

La **Germania** presenta un contesto molto diverso, a cominciare dal profilo demografico 2005 nel quale si registravano 82.438.000 abitanti, un tasso di natalità

di 8,3 per 1000 (10,6 nella UE 15), un tasso di mortalità di 10,1 per 1000 (9,4 UE 15) e un indice di vecchiaia di 128,3 (108,6 nella UE 15).

Dal punto di vista della organizzazione sanitaria, si è già ricordato il 1883 come l'anno nel quale Bismark introdusse l'assicurazione sociale di malattia, che non è stata solo una iniziativa pionieristica, ma l'avvio di uno specifico modello di assistenza sanitaria al quale tuttora aderiscono un numero di Paesi che è superiore a quello degli aderenti al modello Beveridge.

Tuttavia, proprio dal momento in cui si avviava il nuovo modello assicurativo, nel 1890, iniziava da parte dei medici libero-professionisti ambulatoriali un misto di scioperi e lobbying che ha condizionato – e tuttora condiziona – l'assetto complessivo del sistema sanitario tedesco.

Verso gli inizi degli anni '30, quando la Repubblica Tedesca, con capitale a Weimar, era alle prese con le conseguenze della crisi economica internazionale iniziata nel 1929 negli Stati Uniti, i medici ambulatoriali nel 1931 ottennero una posizione privilegiata nel rapporto tra la classe medica in genere e le casse malattia, quindi una sorta di monopolio che impediva agli ospedali di svolgere attività ambulatoriali, ai medici di sanità pubblica di praticare la prevenzione individuale e alle casse di costituire dei propri *health care centres*, come avevano iniziato a fare.

Durante il periodo del Nazionalsocialismo (1933-1945), il modello assicurativo non fu modificato, anzi nel 1936 l'assistenza fu estesa ai familiari degli assicurati e nel 1941 ai pensionati, però tra il 1934 e il 1936 gli organismi privati di assistenza sociale, le attività sanitarie comunali e gli stessi fondi di malattia furono centralizzati e sottoposti al controllo di funzionari del Partito. In questo quadro, all'indebolirsi delle casse malattia corrispose il rafforzamento delle strutture dei medici ambulatoriali, che, costituiti nel 1934 come Associazione Nazionale dei Medici, riconosciuta come ente pubblico, di fatto avevano il potere per governare il sistema con iniziative autonome.

Al termine della guerra, nel 1949 la parte della Germania che era occupata dai Sovietici divenne la Repubblica Democratica Tedesca (DDR) ed adottò quella che era allora una ulteriore opzione per organizzare la sanità, cioè il cosiddetto “modello Semashko”, caratteristico del sistema sanitario dell'Unione Sovietica, che si presentava con una molteplicità di erogatori, tutti pubblici e gestiti da dipartimenti pubblici. Al di fuori delle strutture di ricovero, il presidio di riferimento era il cosiddetto “policlinico”, cioè un poliambulatorio specialistico.

Nel corso del tempo, però, anche la DDR, come altri Paesi satelliti, ha adottato una propria versione del modello così che, differentemente dalla Unione Sovietica, nel “policlinico” – tipica istituzione territoriale dominata dagli specialisti, e nel quale i medici generali erano in minorità numerica e di considerazione sociale – nella DDR è stato dato ampio spazio alla medicina generale, soprattutto dopo averne elevato lo statuto attraverso la istituzione della specializzazione in medicina generale, di durata quinquennale, collocata nell'ambito accademico.

Nella Repubblica Federale Tedesca, invece, nel dopoguerra l'assicurazione sociale di malattia riprese il suo abituale corso, del quale la predominanza dei libero-

professionisti ambulatoriali seguitava a rappresentare una costante.

Dopo la caduta del Muro di Berlino e la firma, nel 1990, del Trattato di riunificazione della Germania, il modello Semashko cedette il passo al modello Bismark, e nel gennaio 2004 operavano in tutta la Germania 292 fondi malattia, con 72 milioni di assistiti, oltre a 49 assicurazioni private con circa 7 milioni di iscritti.

In questo ambito il settore degli ambulatoriali è riuscito a mantenere l'impedimento per gli ospedali, le Casse Malattia e le municipalità, di svolgere attività ambulatoriale.

Anche nel riordino dei diversi comitati esistenti, riuniti in un unico Comitato Congiunto Federale da una Legge del 2004, il ruolo di maggiore rilevanza decisionale è stato assegnato al Sottocomitato per l'Assistenza Ambulatoriale, che spazia dalle prestazioni mediche alla autorizzazione al ricovero ospedaliero, dalla assistenza a domicilio ai rapporti sulla qualità della assistenza.

Il peso dei libero-professionisti ambulatoriali si rileva anche da alcuni dati riguardanti la spesa sanitaria della Germania, della quale la *Statutory Health Insurance*, pur coprendo, nel 2003, l'88% della popolazione, costituiva solo il 57% del totale della spesa sanitaria.

Leggendo i dati relativi al 2002, si possono individuare, tra le altre, le seguenti voci espresse in termini percentuali di spesa sul PIL:

	<b>SHI expenditure</b>
Acute hospitals	2,33
Physicians offices	1,11
	<b>Total expenditure</b>
Acute hospitals	3,02
Physicians offices	1,49

Sommando alla spesa ospedaliera quella ambulatoriale, quest'ultima pesa sul totale circa il 33%. Dei 304.100 medici attivi in Germania nel 2003, gli occupati nel settore ambulatoriale erano 132.400 (43,5%), dei quali 117.600 (88,8%) convenzionati con le casse malattie, 8200 dipendenti da enti e 6600 operanti solo per pazienti privati.

La maggioranza dei medici lavora in studi individuali, mentre il 25% lavora con altri colleghi, condividendo gli ambienti, le apparecchiature e il personale di supporto, il cui onere finanziario ricade sui professionisti.

Per elevare la condizione professionale della medicina generale, nel 1998 la specializzazione universitaria è stata portata da 3 a 5 anni e si sono introdotte facilitazioni finanziarie per gli specializzandi, ma nel 2002 la percentuale di medici generali sul totale degli ambulatoriali non superava il 35%.

A seguito di misure legislative volte ad incentivare la medicina di famiglia, dei 116.065 medici ambulatoriali convenzionati con le casse malattia, 59.442 esercitavano la medicina di famiglia (51%) e 54.623 praticavano delle specialità (49%).

Nella medicina di famiglia si registravano 31.758 specialisti di medicina generale,



11.303 medici generali non specializzati, 11.000 specialisti in medicina interna e 5500 pediatri.

Misure dirette a rompere l'isolamento ed il monopolio dei libero-professionisti sono state assunte negli ultimi anni, a seguito delle quali gli ospedali, in particolare quelli universitari, possono trattare ambulatorialmente i casi complessi e gravi, le malattie rare, ma anche praticare la day surgery, che sin dal 1991 ammontava al 2% della spesa delle casse in convenzione con i libero-professionisti ambulatoriali.

In particolare, lo *Statutory Health Insurance Modernization Act* del 2004 ha impresso una svolta verso una diversificazione della assistenza ambulatoriale, tra l'altro riesumando i "policlinici" dell'ex DDR sotto la nuova dizione di "Centri di assistenza sanitaria" (MVZ), che, di proprietà di qualunque erogatore autorizzato e dirette da un medico qualificato, erogano prestazioni generali e specialistiche con la collaborazione di infermieri e di altro personale del sistema sanitario.

Inoltre, è stato introdotto il principio della "assistenza integrata", con il quale erogatori appartenenti a settori diversi dell'assistenza contraggono una specifica ed unica convenzione con i fondi malattia, favorendo così il principio e la pratica del coordinamento e della continuità delle cure, cioè quanto esige oramai la nuova frontiera della cronicità.

In conclusione, anche la Germania si è lentamente avviata verso i principi della Assistenza Primaria, consapevole che la attuale frammentazione istituzionale ed organizzativa è troppo onerosa e poco redditizia in termini di tutela della salute.

Non v'è dubbio che, tra i Paesi europei, l'**Inghilterra** rappresenta l'esempio più evidente delle incessanti trasformazioni necessarie nei sistemi sanitari per tener conto, da un lato delle profonde trasformazioni economiche e sociali del Paese, dall'altro lato del progredire delle conoscenze scientifiche e delle relative ricadute sulla pratica medica.

In premessa va chiarito che l'Inghilterra rappresenta la parte più consistente del Regno Unito (UK), dal punto di vista demografico, con i suoi 50 milioni di abitanti sul totale di circa 60 milioni e mezzo che comprendono anche la Scozia, il Galles e l'Irlanda del Nord, dal punto di vista della assistenza sanitaria e sociale, a seguito della cosiddetta *Poor Law*, promulgata dalla Regina Elisabetta I nel 1601 con lo scopo di affidare alle parrocchie della nascente Chiesa d'Inghilterra tutte le opere di carità precedentemente gestite dalla Chiesa Cattolica a favore dei poveri e delle persone in condizioni di bisogno.

Nel corso del tempo, però, le disposizioni della legge si rivelarono inadeguate rispetto alla rivoluzione industriale in corso nel Paese, ed infatti nel 1834 *The Poor Law Amendment Act* si propose soprattutto di mettere ordine nel mondo delle 15.000 parrocchie, assai diverse tra di loro per ampiezza del territorio, numero di residenti e risorse finanziarie, che in modo del tutto autonomo gestivano i loro servizi, compresa la scelta dei medici generali che spesso avveniva a favore di chi aveva offerto il minor prezzo per assicurare l'assistenza a un certo numero di persone.

Dopo numerosi interventi della British Medical Association, costituita nel 1837,

e la presa di coscienza del mondo politico, nel 1911, fu promulgato *The National Health Insurance Act*, che rendeva obbligatoria l'assicurazione malattia per i lavoratori con più basso reddito, non estesa però ai loro familiari e neppure alle altre categorie di lavoratori. Tuttavia, furono stabiliti principi importanti, quali la libera scelta del medico e la relativa accettazione dell'assistito da parte del professionista, la determinazione dei compensi stabilita con accordi locali e la presenza e ruolo di responsabilità dei medici stessi nella gestione amministrativa del sistema. I medici generali potevano, inoltre, esercitare la libera professione per i non assicurati e praticare quei piccoli interventi per i quali avevano la capacità e la strumentazione, nonché avere accesso ai *cottage hospitals* per trattare alcuni tipi di pazienti.

Nel 1938 più del 90% dei medici generali erano convenzionati con l'assicurazione di malattia, dalla cui quota capitaria traevano circa un terzo dei loro guadagni, che uniti a quelli della libera professione consentivano loro di mantenere le singole *practice*.

La complessiva tenuta di questo sistema spinse la BMA a presentare, negli anni '30, *The British Medical Association Proposal for a General Medical Service for the Nation*, un documento che riconosceva come fosse cresciuto l'impegno verso la prevenzione e la comunità, ma anche la collaborazione tra i professionisti e la qualità delle cartelle cliniche. Si sottolineava, altresì, l'importanza del medico di famiglia come consigliere di quest'ultima, anche per il raccordo con le altre attività specialistiche quando necessarie, lasciando al medico generale la possibilità di seguire a curare i propri pazienti ricoverati in strutture non specialistiche.

Nell'agosto 1940 la BMA e i Royal Colleges, sotto la spinta di eventi che interessavano tutti per le drammatiche conseguenze della guerra, in corso presentavano un rapporto contenente alcuni «fundamental principles of medical services», tra i quali «la famiglia come unità normale e il medico di famiglia come il normale medico curante e vigilante» e «la cooperazione tra i singoli GP (medici generali) di una località, considerata essenziale nelle moderne condizioni». Per tali motivi si suggeriva la costituzione di *health centres* (HC) per rompere l'isolamento dei GP, tra di loro, e nei rapporti con la Public Health e con gli ospedali. Tale soluzione risultava poco gradita ai medici generali, che nel 1942 fecero approvare una modifica al documento per rendere non obbligatoria la loro presenza negli HC, e per evitare che questi ultimi facessero parte del sistema pubblico così da rischiare essi stessi di diventare dei dipendenti, anziché degli *independent contractors*, cioè libero-professionisti convenzionati che liberamente potevano decidere di istituire gli *health centres*.

Tuttavia, quando a seguito del rapporto Beveridge il 6 novembre 1946 fu promulgato il *The National Health Service Act*, nella Section 21 si faceva obbligo alle *Health Authorities* di istituire, equipaggiare e mantenere delle strutture, da definire come *health centres*, nelle quali ospitare i *general medical services*, i *general dental services*, gli *specialists services*, nonché i *local health and welfare services*.

Il 5 luglio 1948 il NHS diventò operativo, ma senza integrare sotto un'unica Autorità le tre componenti, cioè gli Ospedali, le Autorità locali responsabili dei servizi di sanità pubblica, dell'assistenza materno-infantile e di altri servizi per gli anziani e i

disabili, ed i medici generali (GP), i dentisti, i farmacisti, rappresentati dagli *Executive Councils*.

I GP ribadirono la loro contrarietà al modello di *health centre* previsto, cioè di proprietà della *local authority* che affittava parte dei locali per l'attività dei GP, fornendo però loro sia il personale di supporto che l'equipaggiamento, sostenendo che tali centri potevano essere istituiti nelle zone di nuovo insediamento e nelle aree urbane densamente popolate, ma solo come progetti sperimentali.

Quello che i GP desideravano, invece, era di mantenere la loro indipendenza ma non l'isolamento, e quindi chiedevano di poter rimodernare o istituire delle strutture per esercitare come *group practice*, cioè unitamente ad altri colleghi.

Approvato dal Governo, dal 1954 il sistema di prestiti senza interessi si è largamente diffuso, e così sono cresciute complessivamente le *group practices*, certamente utili per rompere l'isolamento dei GP, ma certo non paragonabili agli *health centres* che erano stati previsti.

Nel 1966, con l'approvazione del *Family doctor charter*, un nuovo sistema di pagamento ha consentito ai GP di affiancare alla quota capitaria il rimborso del 70% dello staff impiegato, per lo più segretarie e infermiere, e il 100% del costo degli ambienti necessari per la loro attività.

Non esistono dati attuali sul numero degli *health centres*, probabilmente la sovrapposizione del modello originale, che nel 1968 contava 110 esemplari, e delle *group practices*, rende dubbio il dato riportato in letteratura di 731 *health centres* presenti, nel 1977, in Inghilterra e nel Galles.

I GP naturalmente non limitarono il loro interesse alle modalità di organizzazione e di remunerazione del lavoro, bensì si preoccuparono di migliorare la loro condizione e reputazione come professionisti esperti nel loro specifico campo, e così nel 1952 fu costituito il College of General Practitioners, mentre nel 1963 venne istituita la Cattedra di *general practice* ad Edimburgo e poi a Manchester nel 1972. Per iniziativa del College, nel 1976, veniva stabilito per legge l'obbligo di una formazione complementare specifica post-laurea per potere ottenere il posto di titolare di una *general practice*.

Nel frattempo, in un periodo nel quale il NHS risentiva fortemente, da un lato, delle difficoltà nelle quali si trovava il Paese dal punto di vista economico e, dall'altro lato, della crescente e differenziata domanda di servizi, nel 1974, si stabilì che, nell'ambito di 94 *regional health authorities* che rispondevano del loro operato al Department of Health, 90 *area health authorities* dovevano rispondere di tutto ciò che prima era separato, cioè gli ospedali, i *community health services* ed i libero-professionisti a contratto con il NHS, cioè GP, dentisti e farmacisti. La articolazione delle *health authorities* in Distretti di circa 250 mila abitanti, veniva ritenuto un livello giusto per avere una visione globale dei problemi di salute delle persone, per organizzare quindi, integrandoli, i servizi necessari a soddisfare i bisogni, e per consentire la partecipazione dei professionisti della sanità alla programmazione e gestione dei servizi sotto forma di *consensus management*, vale a dire un gruppo di professionisti rappresentanti gli

ospedalieri, i medici di medicina generale, i farmacisti, gli amministrativi, gli infermieri ecc., dovevano assumere delle decisioni collegiali. La difficoltà ad operare di queste modalità di gestione fu messa in evidenza dal cosiddetto “rapporto Griffiths” del 1983, che suggerì la adozione del modello del *general manager* responsabile unico della gestione, raccomandando peraltro che i clinici fossero resi responsabili sia della gestione clinica sia dell'uso delle risorse loro assegnate.

Mentre gli ambienti politici e professionali studiavano come tale modello potesse essere attuato, su richiesta del Governo nel 1988 Griffiths presentò un secondo rapporto riguardante la *community care*, dal quale si evidenziò la complessa rete di soggetti, relazioni e responsabilità, tale da far sì che la riorganizzazione del settore, dei suoi compiti e dei relativi costi richiedeva una riforma, con l'attribuzione alle *Local Authorities* delle responsabilità relative alla gestione dei servizi sociali.

La attuazione delle strategie tracciate dai due rapporti Griffiths, quello sul NHS e la sua organizzazione, e quello successivo relativo ai Servizi Sociali, si è realizzata con la promulgazione del *NHS and Community Care Act* del 1990, che ha avuto però differenti tempi di attuazione, perché i primi 57 *NHS Trusts* erano già operativi nel 1991, e nel 1995 l'intero sistema dei *Trusts* si poteva considerare a regime.

La parte riguardante i Servizi Sociali ha avuto, invece, un periodo di attuazione nell'arco di un triennio, durante il quale le *local authorities* sono state responsabilizzate per la organizzazione e gestione dei servizi sociali, con il compito preminente di assistere le persone a domicilio in tutti i casi in cui ci fosse tale possibilità, con l'opportunità di avvalersi anche del settore privato (*independent sector*), sia per l'assistenza domiciliare, sia per quella residenziale.

Il NHS, oltre alla struttura manageriale prevista da Griffiths ed al formale coinvolgimento dei medici nella gestione delle risorse necessarie alla loro attività assistenziale, ha adottato il criterio della separazione dei “committenti” da quella degli “erogatori”, attribuendo alle *District health authorities* e ad alcuni gruppi di GP la funzione di committenti che acquisiscono per i propri assistiti i servizi necessari tra i vari servizi esistenti, a cominciare dai neo costituiti *Trusts*.

Per quanto riguarda i GP, la riforma stabiliva che le *practices* che assistevano un numero consistente di pazienti (inizialmente 9000, poi portati a 7000) potevano richiedere di diventare *GP fundholders*, cioè di avere assegnato un fondo per diventare acquirenti di prestazioni ospedaliere di elezione, sia in ricovero ordinario che diurno, di prestazioni ambulatoriali, di consulti a domicilio, di prestazioni diagnostiche ad accesso diretto, di prestazioni riabilitative rese da fisioterapisti, logopedisti e terapisti occupazionali, nonché di farmaci. Inclusa nel budget era anche la acquisizione di staff di supporto alle *practices*.

Lo scopo del *fundholding* era quello di migliorare la qualità della assistenza, ma anche la gestione delle risorse e di integrare la *primary care* con i servizi ospedalieri, facilitando così la comunicazione tra i GP e gli specialisti, con il risultato di rendere più efficace, efficiente e personalizzata l'assistenza a ciascuno dei pazienti registrati dai singoli medici aderenti al *fundholding*.

Le linee di indirizzo della politica sanitaria fin qui descritte, di cui i due rapporti di Griffiths rappresentavano gli elementi fondanti, sono state quelle adottate dai Governi conservatori, i quali nel 1997 hanno ceduto il passo al Governo laburista, che ha espresso le proprie opinioni e future strategie per il NHS nel White Paper *The new NHS. Modern – Dependable*, presentato al Parlamento nel dicembre 1997.

Nella premessa, dopo aver ricordato i grandi meriti che vanno riconosciuti al NHS, del quale si approssimava il cinquantenario, veniva affermato però che il mondo cambia e così deve fare il Servizio per essere sempre “moderno e affidabile”.

Secondo il Governo laburista, però, la strada da seguire non è quella tracciata in precedenza dal cosiddetto “mercato interno”, caratterizzato dalla competizione dei molteplici erogatori e costosa in termini di burocrazia, ma è invece quella della “integrazione”, non solo nell’ambito del NHS, ma tra questo e le *Local Authorities* che gestiscono i servizi sociali.

Naturalmente, non tutto quello che è stato fatto in precedenza si deve considerare malfatto, anzi le parti ritenute conformi alla nuova linea vanno conservate migliorandone l’assetto, e questo è proprio il caso del già ricordato *fundholding*, che certamente ha favorito circa 3500 *GP practices* nel migliorare i loro servizi a vantaggio degli assistiti, a scapito però di altri.

Poiché l’altro indirizzo che si intende dare al NHS è quello di essere organizzato e responsabilizzato sempre di più a livello locale, e quindi di istituire i *Primary Care Groups* in tutto il Paese per fare collaborare i GP ed i *community services* con i servizi sociali, un nuovo modello di committenza della *GP practices*, con affidamento di budget, rappresenta la prosecuzione del *fundholding*, ma su basi più eque e più collegate ai problemi della salute, oltre che della *primary care*, nell’ambito del “Programma per il miglioramento della salute”, al quale i *Primary Care Groups* dovevano partecipare in quanto subordinati alle *Health Authorities* che sono responsabili della stesura ed attuazione del Piano.

Sperimentazioni pilota dei *Primary Care Groups* (PCGs) verranno effettuate dal 1998, con l’intento di far partire l’intero sistema nel 1999, calcolando un PCG ogni 100.000 residenti circa, con variabilità e flessibilità che saranno legate sia alle circostanze locali, sia al funzionamento del sistema alla prova dei fatti, per essere coerenti con tutta la impostazione del Piano che nella premessa dichiara che si tratterà di un processo evolutivo, articolato nell’arco di un decennio, che si atterrà ai fatti, rifiutando a priori una rivoluzione istituzionale fine a se stessa.

Nella sostanza, il Piano però è chiaro: non è più tempo di un sistema di “comando e controllo” dall’alto del Dipartimento della Salute, che seguirà a stabilire degli standard nazionali, ma l’applicazione sarà un fatto locale, a livello dei PCG, che hanno funzioni di erogazione e committenza in gran parte affidate ai professionisti che operano nella *Primary Care*. Essi, infatti, conoscendo sul campo gli effettivi bisogni delle persone, «will be in the driving seat in shaping services», compresi i *community hospitals* che, nel nuovo scenario dell’invecchiamento della popolazione e della cronicità, dopo un periodo di accantonamento, si avviano a svolgere un nuovo ed importante

ruolo. Nel *National Beds Inquiry*, che nel 2000 affronta il problema della rete ospedaliera sulla quale ben poco era stato pubblicato da quasi vent'anni, viene giustamente ricordato che non è possibile stabilire se la attuale dotazione di posti letto ospedalieri sia sufficiente o carente, se non valutando l'intero sistema sanitario e sociale, quindi ciò che esiste prima e dopo l'ospedale. È vero, infatti, che la degenza media è diminuita e che un importante contributo a ridurre il carico dei ricoveri è stato dato dalla introduzione dei *day cases*, cioè il nostro regime di ricovero diurno, ma il tasso di occupazione di 83% è pericolosamente vicino al limite della riserva necessaria per le circostanze di emergenza, ad esempio le epidemie di malattie respiratorie.

Occorre, d'altro lato, considerare che gli anziani occupano due terzi dei posti letto ospedalieri, costituiscono circa la metà dei ricoveri effettuati dal Dipartimento di Emergenza, e che molte giornate di degenza sono spese nell'attesa di una soluzione post-ospedaliera adeguata ai bisogni degli anziani.

Nel delineare, quindi, i probabili scenari su cui fondare le previsioni delle future esigenze ospedaliere, sulla base della *whole-system view of services*, cioè della valutazione complessiva della disponibilità di strutture e di servizi sanitari e sociali, si delinea il *The care closer to home scenario*. Questo è, infatti, quello che meglio risponde ai principi del Libro Bianco governativo del 1997, che vede proiettato nei singoli ambiti territoriali il "nuovo" NHS, non più solo dedicato alla assistenza sanitaria, ma sempre più responsabilizzato nella tutela della salute e nella lotta contro le ineguaglianze, di specifiche aree geografiche o di particolari gruppi di popolazione. L'*Inquiry* propone l'anello che manca nella integrazione tra i servizi ospedalieri, presenti ma sufficienti solo se si trovano nuove soluzioni all'attuale sovraccarico, ed i servizi sociali, che sono presenti e discretamente dotati. L'anello di congiunzione viene individuato negli *intermediate care services*, cioè quelle modalità assistenziali che si pongono prima del ricovero ospedaliero, quindi assistenza domiciliare e *community hospitals* che possono trattare molti casi non bisognevoli di alte tecnologie e di prestazioni specialistiche particolari, ma sono essenziali anche dopo il ricovero ospedaliero, rendendo tempestiva, coordinata e funzionalmente integrata la transizione dall'ospedale verso il domicilio dell'assistito, sia la sua abituale dimora, sia una struttura, che può essere l'ospedale locale o una *nursing home* attrezzata per una assistenza medica e riabilitativa che si estende per un periodo di tempo relativamente contenuto.

Lungo queste direttrici si muovono sia *The National Service Framework for Older People*, un piano decennale, pubblicato nel 2001, che coinvolge il NHS, i servizi sociali, il terzo settore ed i privati, sia il *Keeping the NHS Local*, che, nel 2003, conferma la strategia della *whole-system view* e l'importanza del *local community hospital*, che è parte integrante della *Primary Care* nell'ambito dei 300 *Primary Care Trusts*, costituiti a partire dal 1999, sotto l'egida di 28 *Strategic Health Authorities*.

Sempre nel 2003, *The Community Care Delayed Discharges Act*, ha introdotto il modello inglese della riforma Ådel svedese, cioè l'obbligo di collegamenti tra il NHS e i Servizi Sociali dei *local councils*, che pone in capo a questi ultimi tutte le spese ospedaliere che seguono una dichiarazione di dimissibilità alla quale il *Council* relativo non abbia

fatto seguire una tempestiva dimissione e una soluzione assistenziale adeguata.

Poiché la maggioranza di questi problemi sorge per la non adeguata assistenza extraospedaliera degli oltre 18 milioni di persone con patologie croniche, nel 2004 viene attuato il nuovo contratto nazionale dei GP. In precedenza, questi ultimi, nella loro qualità di *independent contractors* con il NHS, erano remunerati per il 40% con quota capitaria per assistito, ben poco “ponderata” rispetto alla tipologia di pazienti assistiti e dell’area geografica di riferimento, per il 30% con una remunerazione fissa, per il 15% con il riconoscimento delle spese relative alla gestione della *practice* e per il 15% in relazione alla effettiva attività di prevenzione attuata, come le vaccinazioni, gli screening ecc.

Il nuovo contratto, oltre a rendere più equa la quota capitaria, introduce un sistema di incentivi per la qualità che pesa fino al 18% della remunerazione dei GP, secondo il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati in relazione a un *Evidence-based Quality and Outcomes Framework* stabilito da organismi statali. Questo consiste in 146 indicatori di qualità riferiti a 7 aree, che nell’insieme possono arrivare ad un massimo di 1050 “punti” di qualità, la maggior parte dei quali derivano dal settore clinico, ed il resto dagli aspetti organizzativi della *practice* (184 punti) e dalla gestione dei rapporti con gli assistiti.

Gli aspetti della qualità clinica riguardano 10 tematiche, cioè la prevenzione secondaria della malattia coronarica; lo stroke e gli attacchi ischemici transitori; l’ipertensione; il diabete mellito; la broncopneumopatia cronica ostruttiva; l’epilessia; l’ipotiroidismo; i tumori; la salute mentale; l’asma.

Non sono mancate le riflessioni critiche riguardo ai notevoli disequilibri di punteggio tra queste aree, per esempio tra i 18 indicatori del diabete mellito e i 4 indicatori della salute mentale, ma anche rispetto al fatto che lo schema non consente di rilevare con chiarezza il grado di complessità del paziente e il suo appartenere a gruppi di popolazione socialmente svantaggiati, il che potrebbe portare i medici a selezionare i pazienti che più facilmente possono portare a punteggi elevati. Positivo è invece il giudizio sul fatto che lo schema remunera la *practice*, più che il singolo individuo, e questo dovrebbe incentivare il lavoro in team e il confronto tra colleghi.

Dal punto di vista finanziario, qualche problema si è posto se nei primi tre anni il contratto è costato 1 miliardo e 760 milioni di sterline in più di quanto previsto dal Department of Health, e se in un dibattito sul *The Future of Primary Care*, nel New England Journal of Medicine del novembre 2008 un eminente rappresentante accademico della *General Practice* in Inghilterra ha affermato che il guadagno medio del GP è di circa 220.000 dollari, quindi superiore a quello di molti specialisti, che il lavoro oramai si svolge in team multidisciplinari, ben dotati di personale infermieristico e di tecnologie informatiche, con qualche dubbio che ciò comporti un certo distanziamento tra medico e assistito. Per questo il Governo intende svolgere un’inchiesta a livello dei pazienti, per poi pubblicare i dati sulle qualità interpersonali dei medici e la continuità delle cure rilevati in tutte le 8500 *primary care practices* che operano in Inghilterra.

Per quanto riguarda l'ulteriore sviluppo dei *Primary Care Trusts*, ai quali si è deciso di assegnare circa l'80% del budget del NHS, proseguendo sulla linea di rendere sempre più decentrato il Servizio affinché possa conoscere gli effettivi bisogni di salute e di assistenza sanitaria, dal 1° luglio 2006 le *Strategic Health Authorities* sono state ridotte da 28 a 10 ed i *Primary Care Trusts* (PCTs) da 300 a 152. In tal modo, si intende fare esercitare la committenza su gruppi di popolazione più numerosi, nella media circa 330 mila persone, e al tempo steso portare dal 50 al 70% la loro "corrispondenza di confini" (*coterminosity*) con i 150 *Councils with Social Services Responsibilities* (CSSRs). Nella media le *Strategic Health Authorities* controlleranno 15 PCTs.

Nel giugno 2008 il Department of Health ha stabilito che i PCTs hanno la facoltà di ridenominarsi *NHS Local*, in quanto, essendo al centro del progetto di modernizzazione del NHS, e per questo avendo la responsabilità dell'80% del budget, questi organismi, dotati di un proprio *Board*, debbono istituzionalmente lavorare con i Servizi Sociali e con il terzo settore. Di qui la possibilità di assumere questa nuova denominazione che ne segna più marcatamente il "localismo", come sinonimo di interesse concentrato anzitutto sulla conoscenza e sul miglioramento dello stato di salute della popolazione residente, e poi nella tutela della salute della comunità e dei suoi componenti, in primo luogo utilizzando la *primary care* nella componente costituita dai professionisti indipendenti, medici, dentisti, farmacisti, fisioterapisti ecc., che sono affiancati dai *NHS community-based health services*.

Questi ultimi, su 1.130.949 unità operanti nel NHS in Inghilterra, nel 2005, risultavano disporre di 257.769 unità assegnate ai PCTs (22,8% del totale), per svolgere molte attività e servizi nella comunità, con una piccola parte distaccata presso i Servizi Sociali per le attività integrate socio-sanitarie.

In molti PCTs, per rispondere al compito di tutelare la salute della popolazione di riferimento, sono stati nominati dei Direttori di Sanità Pubblica, allo scopo di curare tutta la parte relativa ai fattori di rischio e ai determinanti della salute, in partnership con le *Local Authorities*, la scuola, le istituzioni competenti per l'edilizia residenziale e l'urbanistica, nonché con i Servizi Sociali, che più e meglio di altri conoscono le disuguaglianze e le fragilità esistenti nella comunità di riferimento.

I PCTs sono invitati ad avviare le *GP practices* ad assumersi la responsabilità del *Practice-based Commissioning*, considerato che il contratto dei GP del 2004 conferisce loro nuove possibilità e doveri rispetto al *Quality and Outcomes Framework*, che dal 2005 gli assistiti possono scegliere tra quattro erogatori per le prestazioni elettive, che dal 2008 tale scelta viene estesa a qualunque erogatore. È evidente, perciò, che solo a questo livello si può decidere, unitamente all'interessato, quali prestazioni fornire nelle *practices*, che sono in grado competere per innovatività dei servizi e per i giorni e le ore in cui possono essere fruiti dagli assistiti, ma anche dove indirizzare gli stessi nel caso di ricovero ospedaliero, attualmente competitivo nei vari *Trusts* dopo l'avvio del *Payment for results*, cioè il modello di DRG adottato in UK.

Ai medici non viene imposto il modello operativo, perché si può scegliere di



lavorare in team in ambienti comuni, ma anche di “federarsi”, una sorta di associazionismo in rete di soggetti singoli.

Nel tempo, le diverse esperienze verranno valutate sia sotto l’aspetto clinico, sia per quanto riguarda la organizzazione, in particolare in quei delicati momenti che sono il *transfer* tra setting diversi del NHS, e la *interface* tra istituzioni diverse, cioè dal NHS ai Servizi Sociali, un problema cruciale per una continuità assistenziale che si vorrebbe *seamless* ed invece spesso evoca due binari che corrono paralleli senza mai incrociarsi o, peggio, il muro divisorio di Berlino abbattuto nel 1989.

Una visione delle tendenze più recenti del NHS si può avere dai documenti relativi ad un esame della attuale situazione dei servizi a Londra, richiesta da *NHS London*, cioè la *Strategic Health Authority* della capitale, al prof. Sir Ara Darzi, chirurgo ed attuale Sottosegretario di Stato per la Salute.

Dal *Framework for Action*, che è il prodotto delle indagini e degli incontri effettuati ai vari livelli per migliorare la situazione dei servizi nell’area metropolitana politica di Londra, che contava 7.600.000 residenti nel 2006, si ricavano una serie di dati, osservazioni e proposte che, pur specifiche per una realtà ampia e complessa, offrono tuttavia elementi utili per comprendere meglio la realtà del NHS inglese in generale, nello stato e nelle prospettive.

Ad esempio, si rileva che i GP lavorano da soli nel 22% dei casi in Inghilterra, ma nel 29% a Londra, che lavorano assieme a un collega nel 18% dei casi in Inghilterra e nel 25% a Londra, che il raggruppamento di 3-4 medici si rileva nel 26% dei casi, sia a Londra sia in Inghilterra, mentre 5 o più medici che lavorano insieme si rileva nel 34% dei casi in Inghilterra, ma solo nel 20% a Londra. Per queste ragioni, unite al fatto che spesso il numero di GP rispetto agli abitanti è minore nelle aree più deprivate sul piano sociale ed economico, il 97% delle prestazioni ambulatoriali a Londra avvengono in ospedale anziché nella comunità di riferimento.

A questa prima violazione organizzativa alla “equità dell’assistenza”, che è uno dei principi fondamentali del NHS, se ne aggiunge un’altra, che è invece legata alla quota capitaria pesata, che è di 1090 sterline nel Nord-Est di Londra, dove si riscontrano i livelli più bassi di speranza di vita alla nascita, rispetto alle 1311 sterline assegnate al Nord-Ovest, dove le condizioni socio-economiche e la speranza di vita alla nascita hanno valori più favorevoli.

Con una dichiarazione ad effetto, si fa rilevare che prendendo la linea metropolitana del Giubileo, le otto fermate esistenti tra Westminster e Canning Town fanno diminuire di sette anni la speranza di vita della popolazione residente nella stazione di arrivo rispetto a quella di partenza.

Nelle proposte vengono identificati sei tipi di organizzazione dell’assistenza, e cioè la casa, il policlinico, l’ospedale locale, il centro elettivo, l’ospedale generale per acuti e l’ospedale specializzato.

Circa la casa, cioè l’assistenza domiciliare, si chiede che venga potenziata, e quindi si richiede la collaborazione tra il NHS e i Servizi Sociali, il cui costo potrebbe rientrare, nei casi appropriati, nella committenza da parte del NHS.

Le attuali *GP practices* non sono in grado di offrire la vasta gamma di servizi necessari ad una comunità, quindi si propongono dei centri più complessi e completi dove, oltre ai GP, operano dentisti, farmacisti, assistenti sociali, servizi per la donna e per i bambini, e per tutte quelle persone che hanno difficoltà comunicative e che pongono problemi diagnostici particolari, come i disturbi mentali e le *learning disabilities*. Secondo stime del 2004 in Inghilterra ci sarebbero 985 mila persone con *learning disabilities*, cioè la dizione usata in UK in sostituzione del più comune termine *mental retardation*, di cui 190 mila di età inferiore ai 20 anni, 795 mila di età 20-64 e 127 mila di 65 anni e oltre. A seguito della politica di deistituzionalizzazione adottata negli ultimi decenni, queste persone frequentemente ricorrono ai GP e ad altri servizi, che si trovano però in difficoltà, sia per la scarsa capacità comunicativa, sia per la poca conoscenza delle patologie che più frequentemente presentano tali pazienti.

Questi centri potrebbero prendere il nome di policlinici, sull'esempio del *Poliklum* di Berlino dove operano 45 tra GP e specialisti, assieme ad infermieri, fisioterapisti e altre figure professionali, che erogano oltre 250 mila visite specialistiche all'anno, oltre a diagnostica per immagini e di laboratorio.

Pur consapevole che non sarà semplice e neppure rapida la transizione tra il precedente e il nuovo modo di operare dei GP, questi ultimi dovranno considerare, da un lato i vantaggi di rendere più completa e dotata la propria *practice* professionale, dall'altro lato le esigenze dei cittadini, per i quali un centro di riferimento contenente molti servizi, aperto per un maggior numero di ore e giorni, e se possibile capace anche di fornire una qualche forma di pronto soccorso, è una esigenza non più differibile.

A Londra questo nuovo servizio può essere attivato, a differenza di altre aree geografiche con popolazione dispersa in zone poco accessibili, perché scegliendo bene i siti, una popolazione di 50 mila persone dista non più di 1 o 2 chilometri dal policlinico.

Quanto all'ospedale locale, il suo ruolo è quello di ricoverare i casi non complessi, di trattare molti pazienti in regime diurno e di erogare le prestazioni di pronto soccorso, il tutto inserendosi in rete con gli ospedali generali e specializzati verso i quali indirizzerà i casi più complessi e gravi.

I cosiddetti *Elective centres* sono previsti come strutture a se stanti che praticano le procedure chirurgiche elettive, generali e specializzate, mentre gli ospedali dove si lavora in partnership con l'università dovrebbero assumere il ruolo di *Academic Health Science Centre*.

Gli studi, le ricerche e le consultazioni effettuate ai vari livelli hanno compreso l'analisi degli *Healthcare Resource Groups*, cioè la versione dei DRG usata in Inghilterra per classificare e remunerare le prestazioni di ricovero ospedaliero, ma non con l'intento di stabilire dove ciascuno dei DRG dovesse essere erogato, bensì per consentire ai PCTs di valutare, nella loro funzione di committenza, dove centralizzare alcune attività o come, al contrario, decentrarle.

Un approccio, quindi, pragmatico e concreto, molto diverso dalla decisione

adottata in Italia di dichiarare inappropriato il ricovero ordinario di alcuni DRG, cioè delle prestazioni, senza però considerare l'età, il genere, le comorbidità, la situazione sociale e logistica della persona che deve ricevere quella prestazione.

Seguendo, quindi, la metodologia prima descritta ed applicando alcuni “principi guida”, relativamente alla Assistenza Primaria, sono state previste 48 milioni di visite, di cui 34 milioni nei Policlinici e 14 milioni nelle *GP practices* non operanti nei Policlinici ma ad essi collegate, per un totale pari quindi a 6 visite per persona/per anno.

Tale valore tiene conto del fatto che l'80% delle visite dei GP è dovuto alle malattie croniche le quali, secondo le analisi del Dr. Foster, rappresentano la maggioranza di quel 14% di pazienti definiti *frequent flyers*, perché si ricoverano in ospedale quattro o più volte l'anno e sono responsabili del 36,5% delle degenze consumate.

Le malattie croniche, infatti, nel 26% dei casi si presentano con tre o più condizioni patologiche, che tra loro si intrecciano complicando il quadro complessivo soprattutto quando – ed è la evenienza più frequente – si manifestano nelle persone con condizioni socio-economiche difficili. Per evitare, quindi, che il 97% delle visite per malattie croniche si svolga negli ambulatori ospedalieri, è necessaria la istituzione degli *health centres* o *polyclinics*, dove è possibile, secondo la entità della popolazione di riferimento, fornire anche le prestazioni di pronto soccorso di minore rilevanza ed alcune prestazioni specialistiche, e da cui possono attivarsi le modalità di assistenza domiciliare necessarie, il che richiede la formale collaborazione dei Servizi Sociali.

La questione della integrazione tra il NHS ed i Servizi Sociali, rilanciata con vigore dai Governi laburisti sotto la forma di “partnership” per costituire *joint working teams*, anche attraverso *The Health Act 1999*, che si proponeva di rimuovere gli ostacoli legali attraverso i budget congiunti, la committenza affidata dalla *local authority* alla *health authority* e viceversa, ed il pacchetto integrato di servizi concordati tra le parti, è un problema che nasce da lontano.

Come ricorda la *Wanless Social Care Review*, del 2006, le origini delle difficoltà di integrazione nascono nel 1948, quando si stabilì che «NHS care is free at the point of use», mentre «social care public resources get to those who need the most help and who cannot afford to pay».

Infatti, i 150 *Local Councils with Social Services Responsibilities* (CSSRs) che operano in Inghilterra, in parte ricevono finanziamenti dal centro attraverso *The Revenue Support Grant*, in parte si finanziano mediante una *local council tax*, ed in parte recuperano le spese attraverso il contributo degli utilizzatori. Nel 2004/5, infatti, degli 8 miliardi spesi per i servizi di assistenza sociale alla persona, 1 miliardo e 600 milioni sono stati recuperati dagli assistiti attraverso i *means-tested charges*, cioè i contributi dovuti in relazione alle condizioni economiche della persona.

Mai come ora, peraltro, è indispensabile la integrazione tra il NHS e i Servizi Sociali, considerato che i posti letto ospedalieri dal 1980 al 1999 si sono ridotti, per la geriatria da 55 mila a 29 mila, per le malattie mentali da 87 mila a 36 mila, per le *learning disabilities* da 49 mila a 8 mila. Questi dati si ricavano dal *National Beds Inquiry*

del 2000, il cui fondamento, circa la necessità di aumentare o diminuire i posti letto ospedalieri, si basa soprattutto sulla esigenza di adottare *The care closer to home scenario*, che si fonda su una visione di insieme collaborativo tra strutture ospedaliere e sociali (*whole-system approach*), e la organizzazione di servizi di assistenza “intermedi”, che essendo rappresentati in buona parte dalla assistenza domiciliare, dovrebbero chiamare in causa il NHS.

Invece, come si rileva dalla citata *Wanless review*, «non esistono dati del Department of Health sul numero delle persone anziane che ricevono assistenza domiciliare dai *community nursing services*».

L'attenzione si sposta quindi sui Servizi Sociali, che nel 2004 hanno fornito le loro prestazioni a 450 mila persone di età inferiore ai 65 anni e a 1 milione e 200 mila persone di 65 anni ed oltre, impiegando 922 mila persone, delle quali 572 mila (62%) appartengono al terzo settore e ai privati, 288 mila (31%) sono dipendenti dai *Councils* e 62 mila (7%) sono dipendenti del NHS distaccati presso i Servizi Sociali.

Di detto personale, il 50% (462 mila) lavora nelle residenze socioassistenziali, il 18% (162 mila) nella assistenza domiciliare ed il resto negli altri settori.

Nel marzo 2005 vi erano 19.033 residenze socio-assistenziali dotate di 440.886 posti, di cui 11.360 per i ragazzi, 64.950 per i giovani adulti e 365.242 per gli anziani.

Nel 2004 sono state assistite a domicilio 389.000 persone, che hanno ricevuto nel corso dell'anno 161 milioni di ore di assistenza.

In conclusione, l'Inghilterra che nel XX secolo ha valorizzato il ruolo dei *General Practitioners* (GP), nel corso del tempo ha assunto ulteriori, importanti iniziative per migliorare il loro statuto formativo, le condizioni di lavoro e la remunerazione, ed attualmente, affidando loro un budget per la committenza dei servizi per i propri assistiti a livello dei *Primary Care Trusts*, assegna ai GP il ruolo chiave nella costituzione di team multiprofessionali che si occupano della salute, oltre che della assistenza sanitaria, del gruppo di assistiti a loro affidato. Le proposte e le realizzazioni per una visione complessiva dei servizi sanitari e sociali, pur non agevole e talora problematica, sta indirizzando il NHS verso la strada giusta per realizzare “l'Assistenza Primaria allargata”, che vede molte e diverse figure professionali convergere verso la tutela della salute, la conoscenza e la lotta contro le disuguaglianze di condizioni e di trattamento delle persone vulnerabili, ed una assistenza veramente “locale”, cioè vicina quanto più possibile ai cittadini.

Le proposte per la riorganizzazione dei servizi nell'area metropolitana di Londra aggiungono ulteriori elementi di metodologia programmatoria e suggeriscono strutture, provvisoriamente chiamate “policlinici”, che rappresentano l'esempio di un luogo dove si concentrano attività e servizi che, ruotando attorno ai GP, ne rendono maggiore, migliore e più flessibile la disponibilità, anche oraria, nei riguardi degli assistiti.

Nel complesso, l'Italia può prendere molti spunti dai concetti, dalle proposte e dalle realizzazioni inglesi in tema di Assistenza Primaria, un percorso che iniziato nel XX secolo vuole ora confrontarsi con le sfide che ci attendono nel secolo attuale.

Da ultimo, ma non per l'importanza, nell'ambito delle esperienze internazionali sulla Assistenza Primaria non possono essere ignorate le iniziative degli Stati Uniti, un Paese che dal punto di vista della organizzazione sanitaria viene spesso definito un "non sistema".

In effetti, la contemporanea presenza di Assicurazioni Federali, come il *Medicare* per gli anziani e le persone con insufficienza renale avanzata, Assicurazioni miste tra il Governo Federale ed i singoli Stati, come il *Medicaid* per le persone in condizioni svantaggiate dal punto di vista socioeconomico e di un Dipartimento Federale per i Veterani, cioè gli ex combattenti e le loro famiglie, si congiunge con la grande maggioranza di assistiti da assicurazioni private, e lascia privi di copertura poco meno di 50 milioni di persone che, per motivi vari, non fruiscono di nessuna delle organizzazioni esistenti.

In questo "non sistema", perché non inquadrabile nei già citati tre modelli – il Bismark, il Beveridge e il Semashko –, si rinvengono però numerose realtà ed iniziative di eccellenza, e non a caso gli Stati Uniti, a partire dalla fine della Seconda Guerra Mondiale, hanno assunto il ruolo di leader nella medicina. Anche in precedenza, però, nel campo della innovazione dei sistemi sanitari il contributo scientifico e pratico degli Stati Uniti è stato notevole ed ha largamente influenzato quasi tutti i cosiddetti Paesi avanzati.

Per quanto riguarda l'Italia, ad esempio, l'Istituto di Sanità Pubblica, inaugurato nel 1934 a Roma (dal 1941 denominato Istituto Superiore di Sanità), è stato realizzato con il contributo economico della Fondazione Rockefeller, allora interessata allo sviluppo dell'Igiene e della *Public Health*.

Circa l'Assistenza Primaria estesa, cioè il concetto attualmente dominante nelle esperienze internazionali, ed auspicata anche in Italia nel presente volume, negli Stati Uniti opera sin dal 1945 la Kaiser Permanente, una *Health Maintenance Organization* (HMO) not-for-profit.

Costituita dall'industriale H. J. Kaiser, che si distinse durante la Seconda Guerra Mondiale per la capacità di costruire in tempi rapidissimi le navi mercantili con l'assemblaggio di parti prefabbricate, contribuendo non poco al potenziamento del naviglio di supporto alle Forze Armate degli Stati Uniti, sin dall'inizio la Kaiser è stata considerata una organizzazione a carattere sociale. Nata, infatti, per i dipendenti dell'edilizia e dei cantieri navali gestiti da Kaiser, è rimasta radicata in California, dove risiedono circa 6 milioni degli iscritti, ma arriva a contare oltre 8 milioni con gli insediamenti in Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Ohio, Oregon, Virginia, Washington e il District of Columbia.

Kaiser Permanente è costituita, da un lato dal Kaiser Foundation Health Plan and Hospital, che è il ramo assicurativo, dall'altro lato dal Permanente Medical Groups, che eroga i servizi sanitari attraverso i gruppi medici e gli ospedali. Attualmente, Kaiser Permanente comprende 30 ospedali, 423 *Outpatient centres* nei quali operano 11 mila medici e 135 mila unità di personale non medico.

Il cuore del sistema è rappresentato dai *Multispecialty Health Centres*, i quali secondo le località impiegano tra 5 e 40 medici, che sono in particolare *primary care physicians*, vale a dire specialisti in medicina di famiglia, medicina interna, pediatria ed ostetricia e ginecologia. Collaborano con i medici una serie di figure professionali, quali le *nurses practitioners*, e questo consente di estendere molto il tipo e il numero delle prestazioni da erogare, al tempo stesso concedendo ai medici di dedicare circa 15 minuti ad ogni visita.

Nei Centri usualmente è possibile fruire di prestazioni diagnostiche di laboratorio e di immagini e di prestazioni riabilitative, nonché della farmacia.

Dal punto di vista organizzativo, gli orari dei Centri consentono l'apertura serale e nei fine settimana per le visite urgenti, mentre sul piano operativo ciò che domina è la integrazione di tutti nell'uso più ragionevole ed appropriato delle risorse da adoperare nei singoli casi. Tutti i medici, sia dedicati alla Assistenza Primaria, sia alla Specialistica o agli Ospedali, sono dipendenti e/o azionisti della Kaiser Permanente per la quale lavorano in esclusiva. Tra i punti di forza del sistema vi è la gestione delle malattie croniche, con un marcato atteggiamento preventivo che si giova di un sofisticato sistema informativo clinico che comprende la storia del paziente e le indicazioni per la prevenzione, ma anche la possibilità di confrontare sul piano epidemiologico i risultati attesi da quelli riscontrati. La validità dello studio longitudinale dei pazienti, collegando i loro dati demografici e clinici con i farmaci assunti ed i risultati ottenuti, ha consentito alla Kaiser di segnalare l'elevato rischio di infarto miocardico e di morte improvvisa, contribuendo così al ritiro dal commercio del Vioxx, un farmaco inibitore della Ciclossigenasi-2 (COX-2).

Altra significativa iniziativa assunta negli Stati Uniti per l'Assistenza Primaria è stata la istituzione, nel 1965, dei Neighborhood Health Centres, ispirati dalla *war on poverty* di J. F. Kennedy e del suo successore Johnson: dal 1975 *The Public Health Service Act* li ha confermati, ridenominandoli *Community Health Centres*. Tali Centri non solo erogano la Primary Care, ma sono anche catalizzatori di azioni e di modificazioni della comunità che portino vantaggi positivi per la salute.

Per facilitare queste azioni, si sviluppano i *family teams*, i centri satelliti e la gestione dei trasporti dedicati, così da tessere la tela nella comunità con *outreach* e con la rimozione delle barriere all'accesso dei servizi che sono costituite dalla distanza, dalla orografia, dalla rete viaria e dai trasporti. Questi *enabling services* hanno, quindi, il fine di assicurare la accessibilità da e per i Centri verso le Comunità. Sostenuti dal Governo Federale, i *Federally Qualified Health Centres* sono istituzioni non profit i cui Consigli di gestione sono composti da membri designati o eletti dalle comunità di riferimento, con l'obbligo che il 51% di essi sia costituito da persone assistite dal Centro. È stata riconosciuta la loro capacità di migliorare le condizioni delle comunità da molti studi scientifici, che hanno collegato la validità delle attività di prevenzione e di cura e della integrazione tra i bisogni e servizi sanitari con quelli sociali.

Si è rilevato, ad esempio, che a parità di uno stato socio-economico di basso livello, rilevabile dal reddito, dal livello di istruzione, dallo stato di occupazione, dal

luogo di residenza e dalle condizioni abitative e dalle razze, dove operano questi centri la mortalità degli afro-americani è quattro volte inferiore.

Nel 2004 i Centri erano 914 ed assistevano più di 13 milioni di persone in più di 3600 località urbane e rurali, ed anche a seguito della conferma della loro validità da parte dell'Institute of Medicine, nel 2003, nel 2005 i finanziamenti sono aumentati a 1 miliardo e 700 milioni di dollari, sono stati costruiti altri 428 Centri, e molti di più hanno ampliato i servizi erogati, in tal modo aumentando a 14 milioni gli assistiti, con l'obiettivo di raggiungere i 20 milioni. Un effetto favorevole si è registrato recentemente nell'accrescersi dei rapporti tra i Centri e gli *Academic Medical Centres*, i quali trovano nei Centri il luogo adatto per la formazione degli specializzandi in *family medicine* e in *public health*, i quali d'altra parte, da un lato assistono a quel che avviene nella vita reale in termini di bisogni sanitari e sociali e, dall'altro lato, con la loro cultura e capacità operativa aiutano la crescita dei Centri in questa loro missione sociale. Migliora così ulteriormente il loro approccio alla epidemiologia, alla prevenzione e alla visione globale delle persone, e lavorando sul campo apprendono che cosa significa lavorare in team per conoscere non solo le malattie, ma le persone che si ammalano, le probabili origini delle patologie che li colpiscono e le misure che si possono adottare per evitare o limitare l'impatto della cronicizzazione, della disabilità e della non autosufficienza.

Ultima in ordine di tempo è l'iniziativa assunta da Medpac, cioè la *Medicare Payment Advisory Commission*, che è un'agenzia indipendente istituita nel 1997 per consigliare il Congresso riguardo al programma federale Medicare, non solo per quanto riguarda gli aspetti finanziari, ma per collegare questi alla qualità, accessibilità, efficacia ed appropriatezza delle prestazioni da erogare.

Nel giugno 2008, nel Rapporto al Congresso dal titolo *Reforming the Delivery System*, Medpac afferma che il sistema di assistenza sanitaria negli USA necessita di fondamentali cambiamenti, non solo perché il costo pro/capite è il più alto del mondo, ma perché non si avvale abbastanza della assistenza ritenuta raccomandabile. Il Rapporto, quindi, dedica un apposito capitolo alla "Promozione dell'uso della *primary care*", nel quale si sostiene che l'accesso del paziente ad una Assistenza Primaria di qualità elevata è essenziale per il buon funzionamento dell'intero sistema sanitario.

Bisogna, quindi, riconoscere che un eccesso di specializzazioni e di specialisti non riesce oggi a potere remunerare adeguatamente i medici della *primary care* nelle loro essenziali "attività cognitive", cioè quelle dedicate alla valutazione e gestione del paziente. Si tratta di processi lunghi e faticosi, come il raccogliere la storia del paziente, esaminarlo, decidere gli approfondimenti diagnostici e le eventuali terapie, colloquiare di tutto questo con il paziente per stabilire un percorso coordinato e condiviso. Si tratta di compiti che, per l'impegno che richiedono e per essere materia per la quale l'Università non li ha formati, gli specializzandi preferiscono evitare, optando per un ramo specialistico che ha un campo operativo ben delimitato, è più remunerativo e conferisce uno stato sociale più elevato. Poiché è il Medicare che finanzia la *graduate*

*medical education* (GME), che nel 2006 ha impegnato oltre 8 miliardi e mezzo di dollari, Medpac raccomanda al Congresso:

- 1) di utilizzare le leve della GME per privilegiare gli specializzandi in *primary care* con incentivi finanziari, da collegare a nuovi modelli formativi, quali gli *interdisciplinary teams*, e l'uso delle metodologie per valutare e misurare la qualità;
- 2) di migliorare la retribuzione dei medici della Assistenza Primaria, riconoscendo loro le attività cognitive e tutte le attività extra-ambulatoriali quali le visite per l'assistenza domiciliare e residenziale;
- 3) di avviare la sperimentazione pilota 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, istruendo i pazienti alla autogestione, e il coordinamento di tutte le attività e prestazioni che l'assistito deve ricevere in altra sede per particolari problemi.

I progetti pilota vanno finanziati per le spese iniziali e di avvio, ed andranno valutati circa la organizzazione che si sono dati, i processi assistenziali attuati, i risultati ottenuti e i costi sopportati.

Il Congresso ha approvato le raccomandazioni ed ha stanziato 100 milioni, mentre i *Centers for Medicare and Medicaid Services* hanno avviato le procedure per dei progetti pilota, che inizieranno nel gennaio 2010 e termineranno nel dicembre 2012, riservandosi l'anno successivo per la valutazione dei progetti rispetto agli obiettivi fissati, che sono la continuità della assistenza, il coordinamento delle attività e dei servizi necessari, il coinvolgimento dell'assistito e della famiglia, un percorso assistenziale strutturato, l'uso dei sistemi informativi clinici.

È implicito nel modello il lavoro secondo team multidisciplinari, la tenuta dei registri per patologie ed un modo di lavorare e comunicare con gli assistiti, per garantire loro che la *medical home* non agisce da *gatekeeper* nel senso ostruttivo del termine, cioè un guardiano del cancello che autonomamente decide chi passa e dove va, ma rappresenta invece un *hub* che, in partnership con il paziente, orienta il percorso esterno quando è necessario servirsi di altre strutture specialistiche, assicurando un ritorno che, senza soluzione di continuità, riprende in carico l'assistito e i suoi problemi con piena consapevolezza di cosa e quando fare gli atti e le procedure necessarie.

Ci vorrà del tempo perché la *Medical Home* dimostri la sua validità e ci vorranno anche i necessari investimenti, ma, come ha ricordato a tutto il mondo il World Health Report 2008, «Primary health is not cheap: it requires considerable investment, but it provides better value for money than its alternatives».



### Riferimenti bibliografici

- British Medical Association: *Health Services Financing*. Fisher-Knight and Co., St. Albans 1970.
- Guzzanti E. *La organizzazione sanitaria e ospedaliera nella Repubblica Democratica Tedesca*. Centro Thomas Mann, Roma 1971.
- Cox A, Groves P. *Design for health care*. Butterworth, London 1981.
- Kohn R. *The health centre concept in primary health care*. WHO, Copenhagen 1983.
- The new NHS modern - dependable*. Department of Health 1997.
- Harrison M, Calltory J. *The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care*. Health Policy 2000; 50: 215-240.
- The National Beds Inquiry*. Department of Health 2000.
- Campbell S et al. *Primary care groups: improving the quality of care through clinical governance*. BMJ 2001; 322: 1580-1582.
- Feachem R et al. *Getting more for their dollars: a comparison of the NHS with California's Permanente*. BMJ 2002; 324: 136-141.
- Bindman A, Mayeed A. *Organization of primary care in the United States*. BMJ 2003; 326: 631-634.
- Forrest C. *Primary Care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment?* BMJ 2003; 326: 692-695.
- Keeping the NHS Local*. A New Directive of Novel Department of Health 2003.
- Haggerty J, Starfield B et al. *Continuity of care: a multidisciplinary review*. BMJ 2003; 327: 1219-1221.
- Busse R, Diesbery A. *Health Care Systems in Transition: Germany 2004*. The European Observatory on Health Systems and Policies. WHO 2004.
- Kahn N. *The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community*. Annals of Family Medicine 2004; 2(5): 3-32.
- Lahr S. *Is Kaiser the Future of American Health Care?* New York Times, 02/11/2004.
- Rittenhouse D et al. *Physicians organization and Care Management in California: from Cottage to Kaiser*. Health Affairs 2004; 23: 51-62.
- Smith P, York N. *Quality Incentives: the case of the UK General Practitioner*. Health Affairs 2004; 23: 111-118.
- Leptkowitz B et al. *Community health Centres 40<sup>th</sup> Anniversary Issue*. The Journal of Ambulatory Care Management 2005; 28:289-368.
- Saltman R, Bergman SE. *Renovating the Commons: Swedish Health Care Reforms in Perspective*. Journal of Health Politics, Policy and Law 2005; 30:253-257.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. *Contribution of primary care to health systems and health*. The Milbank Quarterly 2005; 83: 457-502.
- The State of Social Care in England 2004-2005*, CSCI, London 2005.
- Ettel S et al. *Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries*. The European Observatory on Health System and Policies. WHO 2006.

- Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary care in the driver's seat? Organizational Reform in European primary care*. The European Observatory on Health Systems and Policies. WHO 2006
- Wanless Social Care Review*. King's Fund, London 2006.
- Bodenheimer T, Borenson R, Mundolf P. *The primary care specialty income pay: why it matters*. *Annals of Internal Medicine* 2007; 146: 301-306.
- Healthcare for London: a framework for action*. NHS London 2007.
- The Learning Health Care System*. Institute of Medicine 2007.
- Toynbee P. *NHS: The Blair years*. *BMJ* 2007; 334: 1030-1031.
- Bodenheimer T, Starfield B et al. *The future of primary care*. *New England Journal of Medicine* 2008; 359: 2409-2412.
- Dominelli C. *Francia: la Salute riparte dalle ARS*. *Il Sole 24 ore Sanità*; 15-21 aprile 2008.
- Lawn J et al. *Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant and time to revitalise*. *The Lancet* 2008; 372:917-927.
- Mayeed A, Modokhia M. *Primary care in the UK*. *Journal of Ambulatory Care Management* 2008; 31:198-200.
- Medicare Payment Advisory Commission: *Reforming the Delivery System: promoting the use of primary care*. Report to the Congress, June 2008.
- Roland M. *The future of primary care: lesson from the UK*. *New England Journal of Medicine* 2008; 359: 2087-2092.
- Shortell S, Swartzberg. *The Physician or Public Health Professional in the 21<sup>st</sup> Century*. *JAMA* 2008; 300: 2916-2918.
- The World Health Report 2008. *Primary Health Care: now more than ever*. WHO 2008.
- Rittenhouse D, Shortell S. *The Patient-Centred Medical Home*. *JAMA* 2009; 301: 2038-2040.

## capitolo 9

---

*Il futuro dell'Assistenza Primaria  
nel Servizio Sanitario Nazionale:  
il caso della medicina generale  
tra criticità e proposte*



## 9.1 Le criticità nella realizzazione della Assistenza Primaria in Italia

### PREMESSA

**Maria Concetta Mazzeo**

Nel presente capitolo vengono descritti alcuni scenari, internazionali ed italiani, che permettono di individuare una serie di fattori significativi rispetto alla capacità/possibilità di realizzare, promuovere e sviluppare obiettivi di Assistenza Primaria nei vari contesti, e quindi anche in Italia.

Innanzitutto, come dettagliatamente presentato nel capitolo 8, relativo allo sviluppo della Assistenza Primaria nel contesto internazionale, si rileva come sia diffusa la tendenza in molti sistemi sanitari, anche caratterizzati da modalità di finanziamento profondamente diverse tra loro, di orientare la spesa sanitaria e la assistenza verso obiettivi di Assistenza Primaria ed integrazione socio-sanitaria, sotto la spinta di impellenti ed improcrastinabili necessità di risparmio e razionalizzazione della spesa sanitaria, nonché dell'andamento demografico, caratterizzato da una aumentata speranza di vita nei Paesi industrializzati, con conseguente aumento di prevalenza ed incidenza delle patologie croniche, ed una maggiore frequenza di situazioni di disabilità, disagio e non autosufficienza.

A margine di questa prima diffusa e significativa osservazione si segnala, in Italia, la presenza di una situazione apparentemente ambivalente, da un lato infatti emerge la considerazione che questo orientamento del SSN trova il consenso dei cittadini assistiti, visto che varie indagini confermano una forte tenuta del rapporto di stima, fiducia ed affidabilità tra medico di medicina generale e persone assistite. Per contro, si ravvisa un momento di crisi diffusa proprio tra i medici di medicina generale, tra l'altro riscontrata anche a livello internazionale, tra professionisti facenti parte di sistemi sanitari profondamente diversi tra loro in termini di organizzazione dei servizi e rispetto alle modalità di finanziamento, ma accomunati appunto da un rilevante e diffuso senso di complessiva insoddisfazione professionale, espresso da una delle categorie più significativamente coinvolte nella realizzazione della Assistenza Primaria, i MMG.

I paragrafi che seguono approfondiscono pertanto ciascuno degli aspetti su elencati, attraverso la presentazione dei risultati di una serie di indagini svolte in Italia e riguardanti la valutazione del grado di fiducia e la qualità percepita del rapporto

MG-paziente; segue quindi una rassegna comprendente una serie di spunti tratti dalla letteratura internazionale, in particolare USA e Inghilterra, tutti orientati a sottolineare la situazione di disagio e frustrazione che accomuna la figura del MG, analizzando alcuni dei fattori individuati come potenziali cause di tale situazione.

Rispetto alla analisi della crisi della medicina generale in Italia, viene descritto ed approfondito quanto presentato dalla FIMMG, nel documento “*Ri-fondazione della medicina generale*”.

Partendo dalla affermazione secondo la quale: “...Non è più procrastinabile un cambiamento sostanziale della nostra realtà professionale. Per ottenerlo dobbiamo investire tutte le nostre energie...”, viene proposta una analisi delle criticità della categoria, ponendo all’attenzione degli stakeholders interessati una serie di proposte di soluzioni da attuare a breve, medio e lungo termine.

Il documento, redatto da un gruppo di lavoro composto da dirigenti nazionali della FIMMG nel gennaio 2007, è stato approvato nel giugno 2007 dal Consiglio Nazionale, e nel corso del 2008 è stato rivisitato nei contenuti, alla luce delle considerazioni e proposte derivanti dal confronto con le istituzioni e altre organizzazioni mediche, tra cui si annovera, tra gli altri, il documento che la Fimmg ha predisposto in risposta al Libro Verde del Ministro Sacconi rispetto alle domande sull’Assistenza Primaria.

## **INDAGINI SUL GRADO DI FIDUCIA E QUALITÀ PERCEPITA NEL RAPPORTO TRA MMG E CITTADINI IN ITALIA**

**Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose**

- Forum per la Ricerca Biomedica-Censis: “*Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità italiana*” - Indagine 2007.
- Centro studi Fimmg-SWG: “*Medici e pazienti nel contesto dell’Assistenza Primaria: la fiducia come fondamento per la stabilità dei rapporti e per il cambiamento organizzativo*” - Indagine 2008.
- Censis: “*Modelli sanitari e di consumo degli anziani*” - Indagine 2008.

**Forum per la Ricerca Biomedica-Censis: “*Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità italiana*” - Indagine 2007**

L’indagine “*Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità italiana*”, condotta dal Forum per la Ricerca Biomedica-Censis nel luglio del 2007, analizza e valuta le dinamiche comunicative quale aspetto centrale della relazione medico-paziente.

L'analisi è stata condotta attraverso un duplice approccio metodologico:

- **dal punto di vista dei pazienti:** è stata realizzata un'indagine quantitativa su un campione nazionale rappresentativo di 1.000 cittadini italiani dai 18 anni in su che ha preso in considerazione tre aspetti centrali: l'accesso alle informazioni sanitarie, le caratteristiche della comunicazione medico-paziente, il rapporto con il medico di medicina generale;
- **dal punto di vista dei medici:** sono stati organizzati tre focus group che hanno coinvolto sia medici di medicina generale che specialisti, ospedalieri e non. Si tratta di un'indagine esclusivamente qualitativa.

Tra i primi risultati rilevanti dell'indagine emerge che, anche se il 63,6% degli intervistati si definisce molto o abbastanza informato sui temi della salute ed il 55,8% si esprime in questo senso a proposito delle informazioni relative ai servizi sanitari, tuttavia a considerarle soddisfacenti sono rispettivamente, il 22,4% ed il 20,8% dei rispondenti. Si tratta di un dato che testimonia come la gran parte degli italiani sia raggiunta dalle informazioni che circolano; occorre comunque considerare che solo raramente si tratta di informazioni veramente utili o utilizzabili.

Soprattutto in merito all'accesso al sistema sanitario e alle sue articolazioni, la maggioranza dei cittadini non sembra disporre autonomamente delle conoscenze necessarie per sapere davvero come muoversi, e continua a trovare nella relazione con il medico di medicina generale l'unico momento di reale indirizzo. L'88,2% del campione vi si è infatti rivolto, mediamente 5,5 volte nel corso dell'ultimo anno, ed è sempre largamente maggioritaria (pari all'89,4%) la quota di italiani che si rivolge al medico di medicina generale per essere indirizzata quando deve accedere ad un servizio sanitario.

L'interazione con il medico di medicina generale rappresenta per gli italiani una consuetudine diffusa e radicata. Quasi il 90% degli intervistati ha infatti contattato nell'ultimo anno una o più volte il proprio medico di medicina generale, che dunque rappresenta un punto di riferimento centrale.

L'analisi del dato mostra come il riferimento al medico sia condiviso da tutti i segmenti del campione, anche tra coloro che godono di uno stato di salute eccellente.

È interessante notare infatti come il rapporto con il medico di medicina generale non sia riservato soltanto a coloro che evidenziano uno stato di salute incerto o ai più anziani, ma come sia stato appannaggio, nell'ultimo anno, anche del 72,9% degli italiani che valutano il proprio status ottimo e dell'87,3% di coloro che lo percepiscono come buono, così come delle fasce d'età più giovani (84,4% dei 18-29enni ha consultato almeno una volta il proprio medico nell'ultimo anno, e l'83,2% dei 30-44enni).

La frequenza di interazione con il MG è certamente legata all'età e allo stato di salute, ma dalle opinioni e dagli orientamenti espressi dal campione, si rileva come

tra i possessori dei più alti livelli di istruzione permanga una minore assiduità di ricorso al medico di medicina generale.

Altri aspetti interessanti emersi dalla rilevazione circa la frequenza di interazione con il MG sono quelli legati al genere e alla posizione geografica:

- il segmento femminile infatti ha consultato il medico nell'ultimo anno in misura maggiore rispetto a quello maschile (90,9% contro l'85,3% degli uomini), e con maggiore frequenza (in media 6 volte nell'ultimo anno rispetto alle circa 5 degli uomini);
- tra gli abitanti del Sud la frequenza di interazione con il medico di medicina generale è sensibilmente superiore a quella delle altre macroaree (6,8 volte nell'ultimo anno rispetto alle 4,4 volte espresse dai residenti della macro area Nord orientale, alle 5 volte rilevate nel Nord Ovest e alle 5,1 volte del Centro).

Il numero di contatti ed i volumi di utenza che fanno ricorso con continuità al medico di medicina generale rappresentano già delle conferme implicite del grado di fiducia e di autorevolezza che gli italiani concedono a questa figura professionale.

Tra i giudizi lusinghieri espressi in merito alla competenza professionale, secondo gli italiani i medici di medicina generale mostrano un'ottima capacità relazionale.

Viene, infatti, riconosciuto in maniera pressoché unanime l'elevato livello di attenzione prestato dai medici di medicina generale rispetto agli aspetti psicologici e relazionali (82%).

Rispetto alla posizione dei medici, l'indagine mette in evidenza innanzitutto le difficoltà che i professionisti sperimentano in questa fase di trasformazione.

Dalle loro testimonianze si delinea un quadro nel quale i medici, in particolare i medici di medicina generale, vivono un senso di disagio e frustrazione rispetto alla loro professionalità.

È vero che la valutazione da parte dei pazienti rispetto al proprio medico di medicina generale è assolutamente positiva rispetto ai fattori fondanti della competenza professionale:

- il 91,2% afferma che il proprio medico valuta attentamente i sintomi;
- l'82% che è attento agli aspetti psicologici e relazionali;
- solo il 6,7% ne sottolinea qualche carenza sotto il profilo della competenza professionale; mentre qualche critica emerge su alcuni aspetti logistici;
- il 39,7% lamenta che il proprio medico è restio a fare visite a domicilio;
- il 70% circa riferisce che nello studio ci sono attese troppo lunghe.

In merito all'aspetto strategico dei comportamenti prescrittivi emerge un giudizio che evidenzia la percezione di un atteggiamento di appropriatezza di fondo: è infatti minoritaria (23%) la quota di pazienti che ritiene che il proprio medico di medicina generale tenda a prescrivere troppi farmaci, così come quella (27,8%) di



chi afferma che rinvii troppo spesso al medico specialista. Si tratta di un giudizio trasversale a tutti i segmenti del campione.

Viene sottolineato che oggi il paziente, in virtù di una maggiore competenza sanitaria che, pur con tutti i suoi limiti, è sempre più accessibile e diffusa, instaura con il professionista medico un rapporto di maggiore equilibrio, configurandosi sempre meno una relazione verticistica ed unidirezionale. Il modello che prevale è infatti quello in cui la scelta terapeutica è condivisa: secondo il 55,9% degli intervistati il medico ed il paziente devono collaborare nelle decisioni da prendere per affrontare un problema di salute.

L'indagine offre dunque un duplice messaggio, da un lato, è l'ennesima conferma della fiducia che i cittadini esprimono nei confronti di questa figura professionale, dall'altra si evidenzia l'asimmetria informativa sanitaria che impedisce capacità e autonomia di scelte da parte dei cittadini relativamente alla propria salute.

I medici coinvolti nella ricerca confermano quanto emerso dall'indagine quantitativa condotta sui cittadini, e riscontrano nella quotidianità della loro professione il procedere di una trasformazione profonda del loro ruolo, e di ciò che i nuovi pazienti, con il loro bagaglio di informazioni e la loro determinazione a scegliere, si aspettano.

Il cambiamento viene generalmente attribuito dai medici a una crescita del livello di istruzione che ha reso pazienti sempre più capaci di interagire in modo consapevole, e talvolta critico, con le informazioni e le indicazioni fornite dal medico, e di richiedere spiegazioni e chiarimenti quando le indicazioni non sono presentate in modo chiaro ed evidente così da determinare un approccio diverso, tendenzialmente più consapevole e cosciente, non solo rispetto alla patologia e al piano terapeutico, ma anche con lo stesso medico.

Si tratta, è bene precisarlo subito, di un fenomeno che non riguarda in misura eguale l'intera popolazione, o l'intera classe medica, ma che investe soprattutto la relazione che lega il cittadino con il suo medico di medicina generale.

Risulta particolarmente significativa la persistenza dello schema tradizionale nel rapporto con i medici ospedalieri e gli specialisti, e le motivazioni di questa continuità sono riconducibili ad una serie di caratteristiche che regolano la relazione tra queste categorie mediche e i loro pazienti:

- maggiore complessità e gravità della patologia;
- occasionalità del rapporto tra medico specialista e paziente, rispetto alla consuetudine della relazione con il proprio medico di medicina generale;
- natura monetaria dello scambio tra paziente e specialista.

**Secondo le indicazioni degli stessi professionisti interessati, è dunque soprattutto nella esperienza dei medici di medicina generale che si osservano gli effetti più evidenti delle trasformazioni intervenute nel concetto di salute e nelle modalità di tutela e autotutela che i cittadini vanno adottando.**

**In un ambito di chiara evoluzione, contestuale, del sistema di assistenza e dell'approccio che i cittadini-pazienti hanno nei loro confronti, i medici si trovano di fronte alla necessità di ripensare il loro ruolo e le loro funzioni. Si tratta di una riformulazione e di una ridefinizione necessaria e spesso difficile da accettare e da mettere in pratica, specialmente per i medici di medicina generale.**

**Nelle loro risposte, da un lato, si rintraccia infatti un generalizzato senso di frustrazione per la perdita di centralità e rilevanza del ruolo e per lo schiacciamento della loro funzione nella figura del burocrate della sanità.**

D'altra parte, anche gli specialisti mostrano di soffrire queste trasformazioni, ed evidenziano un acuto rimpianto o, addirittura, la sensazione di una 'rischiosità' della professione, esposta ad un alto livello di conflittualità, che si sostanzia nel rischio costante di ricevere denunce e ricorsi da parte dei pazienti. Anche questo aspetto, evidentemente, viene ricondotto ad una perdita di centralità della figura del medico, che non è più depositario esclusivo di una competenza unica e incontrovertibile.

L'indagine del Forum ha complessivamente messo in luce come oggi il rapporto tra medici e pazienti stia attraversando una fase di cambiamenti importanti e di trasformazione profonda.

La relazione sembra fortemente influenzata da una crescente consapevolezza e autodeterminazione dei cittadini rispetto ai temi riguardanti la propria salute e dalla crescita progressiva della cultura sanitaria della popolazione, conseguenza sia del continuo miglioramento dei livelli informativi, e dell'istruzione in generale, sia di una sempre più ampia offerta e diffusione di informazioni, soprattutto a livello mediatico, sulla salute.

### ***Centro studi Fimmg-SWG: “Medici e pazienti nel contesto dell'Assistenza Primaria: la fiducia come fondamento per la stabilità dei rapporti e per il cambiamento organizzativo” - Indagine 2008***

Il medico di medicina generale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale ricopre un ruolo fondamentale caratterizzato dal tipo di rapporto che viene ad instaurare con il cittadino assistito. Tale rapporto è definito “fiduciario” in quanto basato sull'espressione di fiducia che il cittadino ha nel momento della scelta del proprio medico curante. La manifestazione di fiducia trova un chiaro ed evidente riscontro nella relazione e nella considerazione che l'assistito, e dall'altra parte il medico, ha del proprio interlocutore, fino a diventare l'elemento discriminante di molteplici scelte e dinamiche assistenziali.

Per tali ragioni si è ritenuto opportuno da parte della categoria svolgere una indagine riguardante la dimensione “fiduciaria” del rapporto medico-paziente, cercando di individuare e misurare gli aspetti che oggi caratterizzano tale relazione e di valutare se la fiducia rappresenti il prerequisito capace di accompagnare i cambiamenti organizzativi che entrambi gli attori stanno affrontando.

Il Centro Studi nazionale della Fimmg ha svolto, in collaborazione con la SWG, una indagine sull'intero territorio nazionale nel periodo 2007-2008, dal titolo *“Medici e pazienti nel contesto dell’Assistenza Primaria: la fiducia come fondamento per la stabilità dei rapporti e per il cambiamento organizzativo”*.

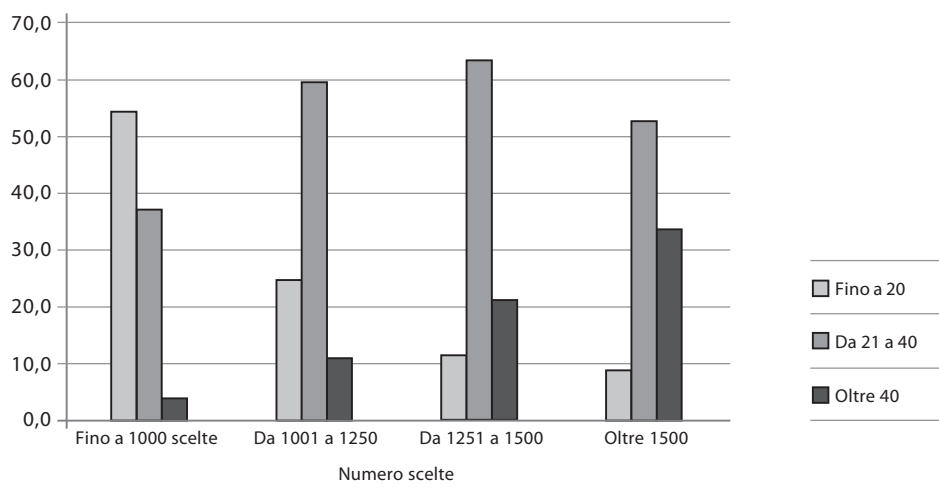
Sono state effettuate due indagini: la prima, affidata alla SWG, riguarda un sondaggio su un campione di popolazione; l'universo di riferimento per la ricerca è definito dalla popolazione residente in Italia di età compresa tra 25 e 84 anni. Una quota del campione pari a 1.500 persone è stata allocata mediante un campionamento basato su una stratificazione della popolazione, secondo le usuali variabili utilizzate nelle indagini sugli individui (età, genere e ripartizione geografica) e rispetto alla propensione delle persone a recarsi dal medico di famiglia. Tale variabile è risultata cruciale nel determinare le quote del campione, essendo stato dato maggior peso ai profili che presentano nella popolazione una probabilità maggiore di contatto con il medico di famiglia. L'utilizzo dell'informazione relativa alla propensione a contattare il medico di famiglia, e il sovracampionamento delle fasce d'età più anziane (quelle che più si rivolgono al medico di famiglia) ha permesso di poter contenere l'errore campionario rendendo efficienti le stime. La rilevazione dei dati è stata realizzata dalla società SWG, che ha effettuato il sondaggio nel maggio 2008 mediamente intervista telefonica, composta da 35 quesiti sia a risposta aperte che a risposte chiuse.

La seconda indagine, realizzata dal Centro Studi Nazionale Fimmg, consiste in un sondaggio su un campione statisticamente rappresentativo di medici di famiglia. La popolazione di riferimento è rappresentata da tutti i medici di medicina generale che svolgono attività convenzionata con il SSN in qualità di medico di famiglia. La fonte di riferimento è l'Archivio degli iscritti Fimmg, che con i suoi 27.155 nominativi rappresenta poco più della metà del totale dei medici di medicina generale. Si è proceduto con l'estrazione di un campione stratificato secondo l'area geografica di residenza, la classe di età e il genere del medico, per un totale di 56 strati. Da questi è stato estratto un campione e, avendo definito l'errore delle stime, si è ottenuto un campione definitivo pari a 780 unità. La rilevazione dei dati è stata realizzata nel corso del 2007 mediante l'invio ai 780 medici di famiglia e ad una quota di “sostituiti” (per una compensazione delle mancate risposte) per mezzo posta elettronica, di un questionario composto da 23 domande in parte a scelta aperta, ed in parte a scelta multipla con una sola possibilità di risposta.

I risultati delle due indagini sono stati opportunamente integrati rispetto al tema delle domande sottoposte ai medici e ai pazienti.

Nel loro complesso rivelano l'esistenza di un'uniformità di vedute tra i pazienti e i medici, con alcune divergenze attese che, correttamente interpretate, portano a coerenti conclusioni.

Secondo quanto riferito da parte dei cittadini poco più del 16% si reca dal medico di famiglia almeno una volta al mese, di cui il 13% una sola volta, il 2,3% due volte e l'1,3% tre volte e oltre, mentre i medici riferiscono direttamente di ricevere in studio circa 40 pazienti al giorno (figura 1).

**Figura 1 - Numero medio di pazienti che accedono in un giorno in studio**

I medici riferiscono di assistere pazienti cronici (circa il 96% dei pazienti che si recano a visita), con disagi e disturbi psichici (che colpiscono per l'elevata frequenza visto che vengono riferiti per il 53% dei pazienti che si recano a visita) e bisognosi di cure palliative (18,3% non oncologici e 30,9% oncologici).

**Rispetto alla durata del rapporto tra pazienti e medici**, si rileva che oltre il 32,1% dei pazienti intervistati dichiara che la scelta del proprio medico curante è avvenuta tra gli 11 e i 20 anni prima dell'intervista, ed in particolare il 22,2% dei pazienti intervistati dice di aver confermato la sua scelta per oltre 20 anni. Inoltre, circa il 21,5% dei pazienti dice non averlo mai cambiato. La scelta è stata motivata da una valutazione positiva del medico ricevuta da altri "*mi avevano detto che era bravo, disponibile, competente*". Il dato sembrerebbe confermato dai medici, in quanto è solo intorno al 25% la percentuale di quelli che dicono che oggi vi è una maggiore propensione a cambiare medico.

**Rispetto alla qualità del rapporto medico-paziente**, da parte dei professionisti viene riferito un atteggiamento ambivalente, caratterizzato, rispetto al passato, sia da aspetti positivi, indice di un miglioramento di tale rapporto, sia da aspetti di ostilità di vario grado.

Infatti, soddisfazione e fiducia diffuse vengono riportate dalla popolazione, come evidenziato da qualche dato di sintesi:

- l'84,5% dei cittadini dichiara che il suo medico di famiglia risponde alle attese;
- l'81% che il medico si interessa a lui come persona;
- il 78% che il medico si preoccupa delle esigenze di lui come paziente;

- l'81,2% che il medico lo visita con attenzione;
- l'87,2% che il suo medico è competente;
- l'83,3% che il medico fa tutto quello che può per risolvere i problemi;
- l'87,4% che ha fiducia nel suo medico di famiglia.

I suddetti dati sono confermati da alcune risposte relative al vissuto e alla corrispettiva percezione dei professionisti. Infatti, sul piano degli aspetti positivi e di miglioramento del rapporto:

- il 92,2% dei medici intervistati ritiene che i pazienti tendono oggi a chiedere maggiori spiegazioni;
- l'86,2% richiede più informazioni sulle decisioni del medico che lo riguardano;
- il 94,1% riferisce che i pazienti dimostrano fiducia verso il proprio medico di famiglia.

I medici di medicina generale dichiarano peraltro di non avere la piena percezione dell'elevato livello di consenso di cui godono da parte dei loro pazienti.

Nel valutare, invece, **come il medico riferisce la propria percezione dell'atteggiamento dei pazienti** nel reciproco rapporto, emerge che:

- il 24,7% dei medici ritiene che i rapporti siano diventati più soddisfacenti per entrambi;
- il 21% riferisce di adeguarsi sempre più alle richieste dei pazienti;
- il 58,6% ritiene che i pazienti siano diventati più conflittuali;
- l'81,4% dei medici afferma di informare più dettagliatamente rispetto alle decisioni assistenziali;
- il 67,8% afferma di dedicare al paziente più tempo per spiegare i problemi;
- per il 69% dei medici i rapporti con i pazienti sono diventati più impegnativi;
- mentre, solo per il 13,2% dei medici nulla è cambiato rispetto al passato.

Il medico si adopera per tener saldo il clima di fiducia, infatti i rapporti sono più impegnativi, talvolta più conflittuali, ma questo non spinge il medico all'accondiscendenza (solo il 21% dice di adeguarsi alle richieste dei pazienti), piuttosto lo induce ad un dialogo ed a un coinvolgimento maggiore del paziente. L'esercizio professionale risulta meno "sereno e tranquillo", se, secondo quanto riferiscono i medici intervistati, il 65% ritiene che il paziente oggi sia più aggressivo, il 37,4% riferisce di essere oggetto di contestazione e il 22,7% di un reclamo, ma solo il 5% dichiara di aver ricevuto una denuncia. A fronte di tale dato, solo 1,2% dei pazienti dichiara di aver inoltrato un reclamo alla Asl.

**Rispetto alle diverse tipologie di studi professionali**, e al conseguente impatto sull'organizzazione da parte dei professionisti, l'indagine ha stimato il valore medio, minimo e massimo dei singoli fattori produttivi: presenza di collaboratore di studio, attrezzature mediche e gestionali.

Dai dati rilevati emerge che gli *studi cosiddetti completi* sono il 18,8% del totale, ove si definisca completo lo studio per il quale la media delle dotazioni dei fattori di produzione sopra riportati registri valori positivi per tutti i fattori (il valore medio più basso è di 0,30 in una scala da 0 a 1 per il personale, mentre i più alti valori sono relativi ad attrezzature mediche, pari a 0,57, ad attrezzature gestionali, 0,98, e ad attrezzature telematiche, 0,77). Gli studi *labour-intensive* sono rappresentati dal 20,7% dei casi, e consistono in studi per i quali la dotazione di personale è quella relativamente più elevata (0,49 in una scala da 0 a 1), mentre hanno un livello di attrezzature gestionale e telematiche più o meno uguali agli studi del precedente tipo (rispettivamente 0,98 e 0,86 in una scala da 0 a 1). Seguono quindi gli *studi cosiddetti elementari*, diffusi nel 59,1% dei casi e caratterizzati da un valore medio relativamente più basso di tutti i fattori di produzione (personale 0,13, attrezzature mediche 0,18). Quindi si classificano gli *studi non attrezzati* per l'1,5% dei casi, caratterizzati da minimi o assenti fattori di produzione (il valore medio dei fattori produttivi più alto è quello delle attrezzature gestionali con un valore di 0,12 in una scala da 0 a 1, e con un valore relativo alle attrezzature mediche pari a 0). Risulta prevalente quindi la figura del medico che opera col minimo di dotazione. In genere emerge una certa linea di tendenza: gli studi completi o labour intensive sono più frequenti presso i medici di età compresa tra i 45 e i 54 anni (63-64%), con una anzianità di convenzione tra i 16 e i 25 anni (42-48%), con numero di scelte comprese tra 1.251 e 1.500 (59-63%) e tendono ad operare in gruppo (47% per lo studio completo e 67% per lo studio labour intensive). Per contro, gli studi non attrezzati sembrano appartenere a medici più anziani di età (72%) e di convenzione (67%), soprattutto operanti al Sud (51%).

### **Censis: “Modelli sanitari e di consumo degli anziani” - Indagine 2008**

Nella presente indagine condotta dal Censis la prospettiva analizzata è più specifica rispetto alle precedenti, in quanto considera gli aspetti più strettamente legati alla qualità percepita da parte degli anziani rispetto all'offerta del SSN.

Partendo dal presupposto che il 52% degli anziani esprime apprezzamento per l'adeguatezza del SSN, in particolare nella sua articolazione regionale, nella graduatoria dei servizi più adeguati si colloca al terzo posto quello svolto dai medici di medicina generale (74,8 su 100), preceduti soltanto dai medici specialisti, al primo posto con 80,2 punti su 100, e dai servizi effettuati dai laboratori analisi (79,9); seguono gli uffici ASL (73,1), gli ambulatori (68,0), gli ospedali (63,2) e per ultimo il servizio di Pronto Soccorso (62,8).

Secondo la popolazione intervistata, i principali problemi nel rapporto con le strutture sanitarie sono legati a tempi eccessivamente lunghi delle liste d'attesa (68,8%), e non sono imputabili alla distribuzione dei servizi a livello territoriale (3,8%), al coordinamento tra strutture servizi e personale (5,0%), alla presenza o meno di informazioni sui soggetti/strutture cui rivolgersi (6,9%), né alla variabilità delle decisioni dei medici rispetto alle stesse patologie (7,0%).

Tra gli aspetti che la popolazione anziana identifica come necessari per poter apportare un miglioramento della sanità italiana, al primo posto si segnala, e va considerato con particolare enfasi per il significato che riveste, il riferito bisogno di maggiore umanizzazione da parte degli operatori e delle strutture erogatrici, evidenziato dal 49,1% dei soggetti. Seguono la professionalità (31,0%), la qualità (30,3%), un maggior apporto di risorse economiche (19,8%) e un livello superiore di efficienza (12,2%); mentre aspetti quali la fiducia (9,8%), la legalità (9,4%), l'equità (6,3%), la responsabilità degli utenti (7,1%), la sicurezza (5,4%), la tecnologia (6,3%) e l'attenzione ai risultati (3,2%), rappresentano fattori percepiti, e quindi riferiti, di minor rilevanza.

Infine, alla domanda su quali siano i servizi rivolti agli anziani da potenziare in via prioritaria, il 47,3% degli intervistati indica l'assistenza domiciliare integrata (ADI), il 28,7% le case di riposo, le case albergo, le comunità alloggio. Non si renderebbe necessario, invece, un intervento prioritario per il servizio fornito dai medici geriatri sul territorio (7,1% degli intervistati), la teleassistenza/telesoccorso (7,2% degli intervistati) e i day hospital (7,9% degli intervistati). Tali dati risultano ampiamente confermati da recenti indagini, quali il II Rapporto di Cittadinanzattiva - Tribunale per i Diritti del Malato (TdM) e l'ISTUD (giugno 2009) (vedi in proposito quanto in sintesi riferito nel capitolo relativo alla Assistenza Domiciliare).

## **LA CRISI DELLA MEDICINA GENERALE: METANALISI DI SPUNTI DI LETTERATURA INTERNAZIONALE**

**Maria Concetta Mazzeo, Carmela Fidelmina Le Rose**

Quanto finora illustrato porterebbe alla conclusione che la significativa attribuzione di ruoli e responsabilità da parte di sistemi internazionali ed il rilevante consenso espresso dai cittadini assistiti dovrebbero comportare nella categoria dei medici di Assistenza Primaria, e quindi tra i MMG, un momento di positiva consapevolezza della dignità ed importanza del proprio ruolo ed entusiasmo e slancio professionale.

Si assiste viceversa ad un momento di grave crisi internazionale della categoria, sia in termini di vocazione tra le nuove leve, sia in termini di forte disagio dei MMG nel momento di piena maturità ed attività professionale.

Il presente capitolo comprende una selezionata rassegna di spunti di letteratura internazionale, riguardante per lo più gli USA e l'Inghilterra, che propone una analisi delle possibili cause illustrando alcune soluzioni sperimentate.

Il problema della crisi della Assistenza Primaria, ed in essa della MG, ha dimensioni internazionali ed interessa soprattutto quei sistemi in cui la professionalità del medico di Assistenza Primaria viene riconosciuta come "*la funzione centrale e il punto principale*" (WHO, Alma Ata Declaration on Primary Health Care, Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria; Alma Ata, 1978) del sistema sanitario di

un Paese, altrimenti definita come la fondamentale cerniera tra il sistema assistenziale e il cittadino.

Si parla di crisi e di collasso, o peggio ancora, di eliminazione completa del vero significato, del senso profondo dell'attività di medico di Assistenza Primaria, come Dana Gelb Safran sottolinea in un suo articolo pubblicato nel 2003 sull'*Annals of Internal Medicine* dell'*American College of Physicians – American Society of Internal Medicine* dal titolo *“Defining the Future of primary Care: what can we learn from patient”*, dove si afferma che la “Assistenza Primaria si differenzia dalle altre aree della medicina poiché occupandosi della persona nella sua interezza, nel contesto della storia clinica e personale del paziente e delle circostanze di vita [...] il medico di Assistenza Primaria gioca un ruolo specifico integrando le cure che il paziente riceve all'interno e all'esterno del raggio di azione dell'Assistenza Primaria”.

Una voce autorevole della letteratura internazionale, Thomas Bodenheimer, in un articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine* riporta l'allarme lanciato dall'*American College of Physician* rispetto al grave rischio di collasso che coinvolge la *“Primary Care”*, considerata la spina dorsale del Sistema sanitario nazionale americano.

Le ragioni sono le più diverse, e vanno dalla crescente insoddisfazione degli assistiti, passando per quella degli stessi medici rispetto all'organizzazione del proprio lavoro, fino all'ormai innegabile fenomeno del calo del numero di laureati in medicina che scelgono di svolgere la propria attività nell'Assistenza Primaria.

## I fattori di crisi della figura del medico di Assistenza Primaria

### 1. Scarsa attrattiva della professione.

In un articolo dal titolo *“The Future of Primary Care Medicine”* (NEJM, 2004), gli autori dichiarano che gli studenti si mostrano poco interessati a questa branca della medicina poiché la reputano poco remunerativa rispetto ad altri settori, esempio la specialistica, poco compatibile rispetto alle proprie aspettative di vita personale e professionale, e poco stimolante riguardo ai propri interessi. D'altra parte, gli stessi autori ipotizzano la possibilità che il declino sia in parte dovuto agli sforzi compiuti dalle stesse scuole di medicina per aumentare il tempo dedicato dagli studenti alla pratica clinica. In Usa, gli studenti dei primi due anni di scuola, e negli ultimi due, impiegano molto del loro tempo presso gli studi dei medici di Assistenza Primaria. Tra le tante “sfide” assistenziali che quotidianamente i professionisti devono affrontare, il trattamento delle cronicità ricopre una importanza particolare, in quanto esercita specifiche influenze sulla considerazione che gli studenti hanno della pratica medica. Gli stessi studenti reputano tali esperienze altamente formative, ma ritengono che solo alcune di queste pratiche rappresentino evidenze all'avanguardia rispetto a protocolli e modelli di gestione delle patologie, soprattutto croniche. Infatti, solo pochi studenti hanno l'opportunità di osservare la messa in atto delle corrette implementazioni di procedu-



re e protocolli di gestione di patologie croniche, come anche modelli di integrazione assistenziale da parte di team di professionisti che agiscono secondo procedure *patient-oriented*. Di conseguenza, tali tirocini potrebbero scoraggiare alcuni studenti nell'intraprendere gli studi di specializzazione in Assistenza Primaria, proprio perché relativa ad un ambito nel quale non sempre si possono trovare riscontri tra la teoria studiata e la reale pratica clinica; potrebbe, quindi, essere d'aiuto riorganizzare tali percorsi formativi in modo strategico, al fine di stimolare ed incentivare gli studenti.

Secondo Beverly Woo, (*"Primary care – The Best job in medicine?"*) professore associato alla Harvard Medical School e medico di Assistenza Primaria al Brigham and Women's Hospital, gli studenti americani di medicina ed i neolaureati vedono il medico di Assistenza Primaria come un professionista che, a differenza di altri suoi colleghi, appare più stressato a causa della pressione e dei ritmi di lavoro molto più veloci del passato, e che deve far fronte da un lato ad un continuo aumento delle proprie responsabilità ed adempimenti amministrativi, dall'altro ad una remunerazione non sempre soddisfacente.

Queste affermazioni sono supportate dai dati che lo stesso Woo espone nel suo articolo: negli Usa gli studenti neolaureati iscritti alle specializzazioni di medicina interna, medicina di famiglia e pediatria, sono passati dal 50% nel 1998, al 38% nel 2006, con un calo equivalente a poco più di 1500 studenti.

Secondo B. Woo è urgente invertire il trend attuale; infatti, sebbene il numero di laureati in medicina che scelgono di iscriversi a corsi di specializzazione in medicina interna, di famiglia e pediatria, si stia riducendo, il numero di pazienti che necessitano di medici di Assistenza Primaria aumenta sempre di più.

## **2. Insoddisfazione dei pazienti e senso di frustrazione dei medici.**

L'articolo *Defining the future of Primary care: What Can We Learn from Patients?* di Dana G. Safran, riporta i risultati di due studi longitudinali relativi all'analisi dello stato dell'arte dell'Assistenza Primaria nel sistema americano. Il primo studio, *The Massachusetts Study of Primary Care Performance*, è stato condotto nel periodo 1996-1999 e rivolto ad una popolazione adulta rappresentativa dei 12 "commercial health plans" del sistema Medicaid; il secondo studio, *The Study of Choice and Quality in Senior Health Care*, è stato condotto, tra il 1998 e il 2000, su una popolazione di beneficiari dei programmi Medicare e Medicare Health Maintenance Organizations in 13 stati americani con elevato tasso di partecipazione al programma Medicare. Tali studi consistevano nella somministrazione del *Primary Care Assessment Survey* (PCAS), un questionario validato e proposto dall'*Institute of Medicine Committee on the Future of Primary Care*, che misurava, attraverso 11 scale, 7 fattori che caratterizzano il sistema di Assistenza Primaria: l'accessibilità dei servizi, la continuità, l'integrazione dell'assistenza, la qualità del rapporto tra paziente e medico, "interpersonal treatment" e fiducia del paziente. Le conclusioni di tale articolo evidenziano alcune aree in cui l'Assistenza Primaria presenta delle debolezze: l'orientamento alla persona nella sua totalità, l'integrazione dei servizi offerti e il rapporto medico-paziente. In particolare, sebbene il

rapporto sia di lunga durata, soltanto un terzo della popolazione adulta dichiara che il proprio medico conosce gli aspetti importanti della sua vita (valori, fede, motivi di ansia, responsabilità ed affanni della propria vita personale, familiare e lavorativa).

Sicuramente i dati disegnano un quadro del sistema americano che rivela una significativa erosione nel rapporto medico-paziente tra il 1996 e il 2000, ma a parere di Dana G. Safran ci sono tre elementi che possono garantire il futuro dell'Assistenza Primaria: migliorare le presenti esperienze di lavoro in team dei professionisti in modo da renderle maggiormente visibili ed accettate dai pazienti, migliorare il rapporto medico paziente, e favorire l'integrazione dei servizi assistenziali offerti.

**Bodenheimer (*Primary Care – Will it survive?*)** afferma che il medico di Assistenza Primaria manifesta la propria frustrazione a causa dell'incapacità di mettere in pratica tutte le sue conoscenze professionali, e questo anche a causa delle regole del sistema in cui svolge la propria attività. Il sistema di remunerazione, ad esempio, genera spesso delle distorsioni nel modo di lavorare del medico di Assistenza Primaria, portandolo ad orientare il proprio operato verso modalità che gli garantiscono sì, il raggiungimento di obiettivi di carattere economico, ma che allo stesso tempo lo spingono a sacrificare alcuni elementi fondamentali del proprio lavoro. Il vero problema è che al medico non sembra di fare il medico. I crescenti oneri amministrativi, la necessità di dover sottoporre la sua attività a stringenti regole di finanziamento/rimborso, rappresentano alcune delle ragioni di tale insoddisfazione. Questo aspetto verrà specificamente approfondito nel punto 3 del presente capitolo.

Sempre rispetto alla frustrazione della categoria medica, T. H. Lee, Presidente del network al Partners Health-Care System, dichiara: *“il medico di Assistenza Primaria dovrebbe ancora una volta sentire un profondo senso di soddisfazione quando lascia il proprio studio o il domicilio del paziente dopo aver aiutato le persone nei momenti difficili. Dovrebbe essere capace di lasciare il proprio lavoro pensando non al proprio profitto, o alle telefonate cui non si è potuto rispondere, o ai risultati dei test che può aver trascurato, ma dovrebbe tornare a casa pensando – Questo è quello che intendevo fare.”* (*The Need for Reinvention in The Future of Primary Care*).

Le conseguenze di questo stato di reciproca insoddisfazione di rapporto condizionano inevitabilmente la relazione medico-paziente, ed in particolare la persona assistita dichiara di avvertire una scarsa attenzione ai propri problemi di salute, nell'ambito di una assistenza spesso frammentata (*The Future of Primary Care*).

### **3. Riconoscimento di impegno e professionalità e sistema di retribuzione dell'attività di medicina generale.**

*“...Despite all the talk about evidence-based medicine, much of medicine is reimbursement-based”* (Dean Ornish, *The Collapse of Primary Care. Disaster loom as medical student abandon family practice for higher-paying sub-specialties.* ; Newsweek Webs Exclusive, 2008).

Il presente paragrafo considera tra i determinanti della crisi della medicina generale il sistema di retribuzione. In effetti, l'analisi delle evidenze internazionali porta

alla considerazione che nonostante le ben note differenze tra i sistemi di finanziamento presenti nei vari Paesi, molto rilevanti nello specifico tra Usa e Inghilterra, il sistema di retribuzione, unitamente all'eventuale sistema di incentivazione adottato, costituisce comunque un determinante significativo capace di incidere sul grado di frustrazione dei medici di medicina generale.

**Tabella 1 - Modalità di finanziamento della medicina generale in Europa e USA - Glossario**

- **Capitation (Quota capitaria):** remunerazione basata sulla lista dei pazienti indipendentemente dalle prestazioni effettuate: Italia, Gran Bretagna e Paesi Bassi
- **Salary (a Salario):** remunerazione fatta in base alle ore lavorative e non in base ai servizi erogati o al numero dei pazienti in cura: Grecia, Portogallo, Spagna, Svezia e Slovenia
- **Fee-for-service FFS (Pagamento a prestazione):** remunerazione direttamente correlata alle attività effettuate: Belgio, Francia, Germania e Usa
- **Pay for Performance PFP (P4P):** sistema di remunerazione basato sul raggiungimento di obiettivi di risultato (appropriatezza, efficacia clinica, capacità organizzativa, soddisfazione degli utenti)
- **Quality and Outcomes Framework QOF:** sistema di incentivazione su base volontaria cui posso aderire gruppi di GP, le cosiddette Practice inglesi (in media composte da 3 GP per 6 mila assistiti). Comprende 5 settori di valutazione: area clinica (più del 50% dello score dedicato alle malattie croniche), organizzazione della Practice, servizi aggiuntivi, soddisfazione dei pazienti e assistenza olistica.

Fonte: Elaborazione da Damiani G. et al, 2007; Fiorini M. 2007; Shekelle P. 2003

Facendo seguito a quanto sopra esposto sul malcontento dei medici di Assistenza Primaria, la frustrazione dei professionisti viene attribuita anche alla impossibilità di poter dedicare ai propri pazienti, a loro volta insoddisfatti, il tempo necessario per poter conoscere meglio la persona assistita e poter esaminare tutte le cause del problema di salute che presenta. Tale situazione ritrova alcune delle cause anche nel sistema di remunerazione che, premiando la quantità piuttosto che la qualità del servizio (come nel caso del *fee-for-service*), spinge i medici a ridurre la qualità della propria professionalità (*Primary Care – Will it survive?*).

Il tutto, a fronte di una situazione di continua crescita della domanda di Assistenza Primaria, nonché dell'aumento del numero di compiti (es. prevenzione, assistenza a pazienti affetti da patologie croniche) che il medico è obbligato a svolgere nel rispetto di standard, che rappresentano gli obiettivi da raggiungere per dar luogo alla corresponsione del rimborso previsto.

Bodenheimer nello stesso articolo denunciava l'assenza di serie proposte in agenda politica atte a ridurre tale divario: il sistema di remunerazione "*fee-for-service*" (FFS) che premia la quantità delle prestazioni e attività svolte dal medico, piuttosto che la qualità dell'assistenza erogata, non fa altro che alimentare la pratica di visite rapide

che sono alla base di molte inadeguatezze dell'Assistenza Primaria. Lo stesso programma “*pay-for-performance*” (PFP), che remunera i professionisti a fronte della partecipazione a specifici programmi e al raggiungimento di particolari obiettivi, introdotto negli USA come correttivo alla suddetta distorsione, non sembra essere stato in grado di raggiungere con efficacia tale risultato (*Primary Care – Will it survive?*).

Rispetto al sistema di remunerazione FFS, come viene evidenziato anche da Caroline Poplin in una lettera al *New England Journal of Medicine* di commento all'articolo di Bodenheimer su citato, è possibile individuare nella sua articolazione un elemento di iniquità relativo alla corrispondenza tra l'ammontare della remunerazione e l'onere effettivamente necessario per far fronte alla casistica: **un livello di remunerazione medio risulta insufficiente rispetto al trattamento di una casistica più complessa, ed eccessivo per una casistica semplice. Inoltre, incrementare il livello di remunerazione per dotare lo studio medico di attrezzatura informatica o di personale di studio, non appare una soluzione che da sola possa esaurire il problema. Si renderebbe necessaria una ristrutturazione dell'intero sistema remunerativo in modo da poter dare maggior peso agli aspetti di complessità e di multi-patologia della casistica (*The State of Primary Care*).**

Sottolineando quanto i sistemi di remunerazione possano incidere sulla qualità dell'assistenza erogata, nell'articolo *Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay For Performance* pubblicato nel 2007 sul *New England Journal of Medicine*, viene presentato uno studio di coorte longitudinale realizzato per misurare la qualità dell'Assistenza Primaria in Inghilterra in due momenti storici: prima dell'introduzione del programma PFP (misurazione effettuata sia nel 1998 che nel 2003), e dopo l'introduzione del PFP (misurazione effettuata nel 2005). Nel 2004, infatti, il Regno Unito impegnò circa 1,8 miliardi di sterline (pari a 3,2 miliardi di dollari) per il nuovo contratto con i medici di famiglia, prevedendo l'introduzione del programma *Pay-For-Performance*. Lo studio è stato condotto attraverso la misurazione dei livelli di qualità di tre patologie croniche (asma, diabete non insulino-dipendente e patologie coronariche) su un campione di 42 medici di famiglia appartenenti a 6 diverse aree del territorio inglese, e rappresentativi della popolazione sia in termini di dimensione, che di caratteristiche socio-demografiche. Poiché nel 2004, (vedi scheda sintetica), col nuovo contratto nel NHS si procedette alla predisposizione di incentivi per il raggiungimento di alcuni indicatori clinici, lo studio, attraverso la misurazione del loro grado di raggiungimento, permette di comparare il trend qualitativo a cavallo dell'introduzione del programma PFP e di rispondere alla seguente “*key question*”: il tasso di incremento della qualità, registrato dopo il nuovo contratto introdotto nel 2004, può essere attribuito al *pay-for-performance* o ad altri fattori? Dalle misurazioni effettuate emerge un trend di crescita generalizzato per le tre patologie prese in esame. Attente riflessioni sui risultati hanno portato ad affermare che non esistevano significative differenze nel tasso di crescita degli indicatori clinici tra il 2003 e il 2005. Pertanto il PFP potrebbe non aver determinato un reale miglio-

mento della qualità dell'assistenza destinata alle tre patologie prese in considerazione. **Gli incentivi economici, infatti, viene affermato, sortiscono il loro effetto sul comportamento dei medici quando gli obiettivi di performance e le ricompense sono allineate con i valori e gli obiettivi dei professionisti.** La motivazione professionale, da sola, a volte non è sufficiente a migliorare la qualità, soprattutto quando è necessario fare degli investimenti nella pratica clinica (aumentare il numero dei componenti dello staff, dotarsi di strumentazione all'avanguardia, etc.); miglioramenti sostanziali della qualità richiedono una combinazione di molteplici fattori tra cui la chiarezza degli obiettivi, un buon lavoro di squadra ed una leadership efficace.

---

### Scheda sintetica: FFS - P4P- QOF

**USA.** Il New York Times nel 2009, commenta gli aspetti negativi della remunerazione basata sul meccanismo fee-for-service, che basandosi sul volume delle prestazioni eseguite, spinge i professionisti ad orientarsi più sulla quantità, che sulla qualità dell'assistenza. Tale distorsione ha contribuito a far aumentare significativamente i costi della sanità USA tanto che molte organizzazioni americane stanno ricorrendo al sistema di remunerazione, basato sul principio del "Pay-for-performance (P4P)", ovvero sul raggiungimento di obiettivi di risultato (appropriatezza, efficacia clinica, capacità organizzativa, soddisfazione degli utenti).

Già la metà delle HMOs (Health Maintenance Organizations) americane e molti ospedali hanno adottato il "P4P" per pagare i propri professionisti.

**UK.** Nel Regno Unito il sistema P4P è stato adottato dal 1994 come incentivo dei medici di famiglia ed escono ora i primi studi di valutazione. Nel 2004, il nuovo contratto dei medici di famiglia inglesi ha introdotto un sistema di remunerazione basato sul raggiungimento di obiettivi di performance clinica (Quality and Outcomes Framework) finalizzato a fornire un significativo impulso al miglioramento della qualità dell'assistenza. Tale sistema premia i GP rispetto alla qualità delle cure fornite, rapportando la remunerazione alla performance prodotta, valutata rispetto a 146 indicatori di qualità che comprendono l'appropriata gestione di 10 malattie croniche (diabete, ipertensione, malattie coronariche, malattie mentali, tumori, ictus, epilessia, ipotiroidismo, BPCO, asma). Il QOF rappresenta un sistema di incentivazione su base volontaria cui posso aderire gruppi di GP, le cosiddette Practices inglesi (in media composte da 3 GP per 6 mila assistiti). Comprende 5 settori di valutazione: area clinica (più del 50% dello score dedicato alle malattie croniche), organizzazione della Practices, servizi aggiuntivi, soddisfazione dei pazienti e assistenza olistica.

La maggior parte dei paesi OCSE adottano sistemi di remunerazione misti in cui sono presenti sia il pagamento FFS che i programmi P4P

Rispetto ai citati modelli di remunerazione, sono state recentemente proposte ulteriori correzioni; una, ad esempio, consisterebbe nell'introduzione, oltre al sistema *fee-for-service*, di una quota definita "*management fee*", prevedendo così un sistema di remunerazione che permetta di retribuire anche i servizi di coordinamento delle cure.

Ulteriore proposta è l'adozione del *prometheus system* che prevede un aumento della retribuzione legata alla assistenza erogata secondo procedure evidence based, e la possibilità di reinvestire le risorse economiche risparmiate nell'attuazione di procedure che permettano la prevenzione delle complicanze, conseguenze delle stesse patologie. Nel lavoro "*Performing Physician Payment in The Future of Primary Care*" viene proposta una riforma sostanziale del sistema di remunerazione, suggerendo un modello che prevede un "*base payment*" aggiustato per il rischio di complicanze, cui si aggiunge un "*bonus payment*" previsto per il raggiungimento di outcome relativi al contenimento della spesa, alla qualità della assistenza erogata e alla soddisfazione del paziente. Il "*base payment*" permetterebbe di avere un livello di remunerazione superiore rispetto a quello attualmente previsto, consentendo di coprire tutti i servizi di valutazione gestione e coordinamento dell'Assistenza Primaria. Il "*bonus payment*" (del 25% più elevato rispetto al rimborso base), inoltre, permetterebbe un sostanziale incremento del reddito per i medici di Assistenza Primaria commisurato al valore-salute indotto.

## LA CRISI DELLA MEDICINA GENERALE: LA SITUAZIONE ITALIANA SECONDO L'ANALISI DELLA FIMMG

### Giacomo Milillo

Molte delle considerazioni riportate dalla letteratura internazionale possono essere considerate valide anche nella realtà italiana, tenendo conto di una serie di specifiche caratteristiche strutturali ed organizzative del nostro SSN.

Dagli atti dei Congressi delle Organizzazioni sindacali e delle Società scientifiche del settore emerge chiara e ricorrente la percezione, da parte della categoria, di una progressiva emarginazione della medicina generale, sia in rapporto alla forte crescita dei livelli assistenziali specialistici, ed in particolare ospedalieri, sia in termini di non riconosciuta autorevolezza professionale e capacità decisionale. Inoltre, la maggior parte delle inefficienze emergenti nel sistema sono state attribuite all'incapacità del medico di medicina generale di selezionare correttamente la domanda di assistenza espressa dal cittadino.

In tale clima di sfiducia, negli ultimi decenni si è visto un incremento del numero di leggi orientate a limitare l'autonomia prescrittiva del medico di medicina generale, in particolare quella relativa all'assistenza farmaceutica, ma anche alle indagini diagnostiche più costose e ai ricoveri di elezione.

Ciò nonostante, negli stessi anni non sono mancate alla medicina generale alcune importanti intuizioni e l'energia per esprimere una vivace creatività che ha dato luogo a diverse sperimentazioni.

Nel 1982, dall'interno della FIMMG, principale organizzazione sindacale di categoria, nasce la prima società scientifica della medicina generale, la SIMG (Società Italiana di medicina generale) che ha avuto, fra gli altri, due meriti fondamentali: quello di riconoscere ed affermare la specificità della medicina generale come disciplina specifica, sia per contenuti che per metodologia, e quello di investire strategicamente nella formazione permanente, introducendo e diffondendo nella medicina generale le tecniche didattiche di apprendimento, allora denominate tecniche di didattica attiva, che hanno trovato poi ampia diffusione in tutti gli ambienti medici, fino a raggiungere il mondo accademico.

Successivamente sono nate altre società scientifiche e organizzazioni professionali della medicina generale che, con prospettive, contenuti e programmi diversi hanno cercato di contribuire con varie iniziative alla ricerca di un rimedio alla progressiva emarginazione che la medicina generale stava subendo.

Una particolare menzione merita anche il mondo cooperativistico che per primo, in carenza di un impegno in tal senso del SSN, si è posto il problema dell'importanza strategica di cercare il modo più adeguato e proprio per procurare alla medicina generale gli strumenti fondamentali necessari a meglio operare, i cosiddetti fattori di produzione.

Da questo fermento sono nate diverse iniziative e sperimentazioni. Per citarne alcune si ricordano le sperimentazioni di impiego delle tecnologie nello studio medico, denominate nel loro insieme Doctor's Office (vedi box), gli Ospedali di Comunità o Country hospital, (vedi relativo capitolo) i centri polifunzionali, i progetti per patologia, il perfezionamento progressivo dei software gestionali della medicina generale, i progetti di Clinical Governance.

---

### **Box. Doctor's Office**

La traduzione letterale è: Studio medico.

Con questa espressione si fa riferimento ai problemi di gestione dello studio e l'impiego in esso delle tecnologie.

A metà degli anni '80 le associazioni professionali focalizzarono l'attenzione sulla carenza di tecnologie nello studio medico come ostacolo fondamentale all'emancipazione del medico dalla funzione di semplice filtro delle richieste di prestazioni specialistiche.

All'epoca furono proposte e sperimentate diverse tecnologie nello studio medico: elettrocardiografi, minilaboratori a chimica secca e umida, doppler, ecografi.

Contemporaneamente, attraverso il succedersi degli Accordi Collettivi Nazionali e successivamente al 1996 con gli Accordi Integrativi Regionali, le organizzazioni sindacali hanno proposto l'introduzione di alcuni istituti convenzionali innovativi, come approfonditamente illustrato nel capitolo 4.3, quali le Prestazioni di Particolare Impegno Professionale, le forme associative semplici e in rete, l'informatizzazione, prima incentivata poi resa obbligatoria, l'incentivazione alla presenza di personale di studio, sia di segreteria che infermieristico, l'assistenza domiciliare programmata e integrata, le commissioni per l'appropriatezza, la partecipazione di rappresentanti della medicina generale nell'Ufficio di Coordinamento dell'Assistenza Distrettuale (UCAD).

Nonostante tutti questi sforzi di innovazione, i risultati ottenuti sono sempre stati considerati non efficaci e non efficienti rispetto all'investimento di risorse messe in campo, in particolare rispetto all'obiettivo di riportare la categoria ad un senso di dignità e di valore professionale da tempo ricercato, con metodo, sistematicità e regole strutturate.

Analizzando i messaggi contenuti nelle liste di discussione in rete (vedi box) dagli interventi dei medici si rileva ancora una forte motivazione a reagire costruttivamente alla progressiva emarginazione della categoria, ma sempre più emergono sentimenti negativi quali: ribellione (radicalizzazione del proprio valore autoreferenziale e rivendicazione di riconoscimento dello stesso), adattamento (investimento delle energie professionali in altri settori), frustrazione (burn out), rassegnazione (accettazione passiva della realtà professionale in attesa del pensionamento).

In un editoriale del *British Medical Journal* del 2000, Morrison e Smith definirono la difficile situazione della medicina di famiglia: "*hamster health care*", l'assistenza sanitaria del criceto. **"In tutto il mondo i medici sono infelici perchè si sentono come criceti all'interno di una ruota. Devono correre sempre più veloci per rimanere fermi. Ma sistemi che dipendono da persone che devono correre sempre più velocemente non sono sostenibili. La risposta è che questi sistemi devono essere ridisegnati perché il risultato di una ruota che gira sempre più veloce non è solo la perdita della qualità delle cure, ma anche la riduzione della soddisfazione professionale e un aumento del *burnout* tra i medici".**

Un recente documento del Royal College of General Practitioners (RCGP - The future direction of general practice, 2007) contiene la seguente affermazione " Lo status quo non è più sostenibile. Se noi vogliamo soddisfare i bisogni di salute dei nostri pazienti negli anni a venire, noi dobbiamo produrre un cambiamento radicale della qualità, nell'organizzazione, nell'erogazione dei nostri servizi".

Anche in Italia, la FIMMG (Federazione Italiana dei Medici di medicina generale) per prima, poi tutte le altre organizzazioni della medicina generale italiana, hanno condiviso la necessità di formulare un'analisi complessiva dei fattori interni ed esterni, positivi e negativi, che hanno contribuito a determinare l'attuale situazione, al fine di individuare e proporre soluzioni incisive.



### Box. Liste di discussione in rete

La lista di discussione rappresenta un “forum” telematico creato su argomenti specifici e strutturato in maniera tale che tutti gli iscritti ricevano in tempo reale i messaggi inviati da ognuno di essi alla lista stessa e le relative risposte, comprese quelle da essi stessi redatte.

Le liste italiane di discussione medica su internet più diffuse sono essenzialmente tre:

1) **MIR**, o meglio Medicina In Rete (899 iscritti). Si tratta della lista più datata e diffusa nel nostro Paese e con il maggior numero di iscritti. È nata il 29 settembre 1995 durante una riunione per mettere a punto alcuni dettagli tecnici relativi alla pagina WEB della Scuola Piemontese di Formazione in medicina generale, ad opera di Lorenzo Gola.

2) **Legalmedica** (745 iscritti). Delle tre è la lista più giovane, dato che nasce il 14 Novembre 2005 per volontà di alcuni iscritti alla FIMMG, poichè non esisteva fino ad allora nessuna lista che specificatamente trattasse gli aspetti medico-legali della professione del medico di famiglia.

3) **Libertà Medica** (614 iscritti). Si tratta della terza lista di discussione medica italiana come numero di iscritti; essa fa capo all’Associazione Libertà Medica, che è un’associazione non sindacale di medici che vogliono combattere per valorizzare la propria professionalità e la libera professione, fondata l’8 Gennaio 1999 al Caffè Pedrocchi di Padova. È frequentata soprattutto da medici dipendenti (ospedalieri e medici delle ASL).

L’orientamento di politica sanitaria delle organizzazioni sindacali, come appare dai documenti ufficiali, testimonia ormai la lucida consapevolezza della necessità improcrastinabile di un forte cambiamento che dia una significativa svolta alla dignità professionale della categoria.

La FIMMG, in un documento dal titolo “Ri-fondazione della medicina generale”, ha affermato “Non è più procrastinabile un cambiamento sostanziale della nostra realtà professionale. Per ottenerlo dobbiamo investire tutte le nostre energie.” e ha proposto una analisi delle criticità, ponendo all’attenzione degli stakeholders interessati, una serie di proposte di soluzione da attuare a breve, medio e lungo termine.

Il documento, redatto da un gruppo di lavoro composto da dirigenti nazionali della FIMMG nel gennaio 2007, è stato approvato nel giugno 2007 dal Consiglio Nazionale, e nel corso del 2008 ha subito ulteriori revisioni dei contenuti, alla luce delle considerazioni e proposte derivanti dal confronto con le istituzioni e altre organizzazioni mediche, tra cui si annovera, tra gli altri, il documento che la Fimmg ha

predisposto in risposta al Libro Verde del Ministro Sacconi rispetto alle domande sull'Assistenza Primaria.

## RI-FONDAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE: LE CRITICITÀ

- **Competizione tra MMG, rapporto ottimale, massimale;**
- **Autoreferenzialità, isolamento professionale, appropriatezza e variabilità assistenziale;**
- **Mancata integrazione e definizione di ruolo tra attività, servizi e professionisti operanti nel territorio;**
- **Struttura del compenso;**
- **Rapporti tra medicina generale e settore della Continuità Assistenziale**

## COMPETIZIONE TRA MMG, RAPPORTO OTTIMALE, MASSIMALE

Viene identificata tra le più rilevanti criticità della medicina generale italiana la concorrenza strutturalmente introdotta nel settore proprio con la legge istitutiva del SSN, in particolare con l'art. 48 della Legge 833/78, che al terzo comma dell'articolo elencava ciò che gli Accordi Collettivi Nazionali avrebbero dovuto contenere.

I meccanismi distorsivi della concorrenza derivano dal combinato dei tre punti relativi al rapporto ottimale, al massimale di scelte e alla quota capitaria.

**Il rapporto ottimale:** *“1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati di ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino”.*

**Il massimale:** *“5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ...omissis...”*

**La quota capitaria:** *“7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito ...omissis...”.*

Il rapporto ottimale consiste in un metodo di calcolo per stabilire, data la popolazione da assistere in un determinato ambito territoriale, il numero dei professionisti che possono essere iscritti negli elenchi dei medici di quella zona; la differenza fra questo valore ottimale e il numero di medici già convenzionati in quell'ambito territoriale determina la “carenza”, cioè il numero di professionisti periodicamente inseribili in quell'elenco dei medici convenzionati della zona.

Queste indicazioni trovano prima applicazione nell'Accordo Collettivo Nazionale del 1980, ove si stabilì, in modo sostanzialmente arbitrario, che il rapporto ottimale sarebbe stato di un medico ogni mille assistibili di età uguale o superiore a 14 anni (1 a 1.000), mentre il numero massimo di scelte acquisibili dal singolo medico, salvo specifiche deroghe al rialzo, fu fissato a 1.500.

Sul tavolo delle trattative di quell'accordo la legge quindi, fra gli altri, pose tre problemi fondamentali da risolvere:

1. dimensionamento del numero dei professionisti, puntando alla ricerca di soluzioni che evitassero la creazione di un settore chiuso, garantendone un regolare ricambio, e nello stesso tempo tali da assicurare una loro regolare distribuzione sul territorio, evitando l'accentramento dei professionisti nelle sedi a maggiore densità abitativa e/o con maggior sviluppo economico, e carenze in quelli a minor densità abitativa e meno sviluppati dal punto di vista economico;
2. L'individuazione del numero massimo di assistiti ai quali il medico avrebbe potuto garantire un rapporto fiduciario;
3. una retribuzione a quota capitaria annua, capace di riconoscere quantità e qualità del lavoro prestato.

Prima di allora, in assenza di regolamentazioni, si convenzionavano con le diverse casse mutue singoli medici che avevano in carico fino a due-tremila assistiti, con alcune punte che arrivavano fino a seimila per singolo medico, con evidenti ricadute sulla qualità dell'assistenza, ed enormi costi della medicina mutualistica determinati dal meccanismo di **pagamento a notula delle prestazioni**.

Come già esposto nel capitolo precedentemente, a fine mese il medico della mutua era tenuto a presentare all'ente mutualistico l'elenco delle prestazioni effettuate, a ciascuna delle quali corrispondeva un compenso tariffario. Il tutto, in assenza di criteri quali-quantitativi di controllo di efficacia ed efficienza, e di calmieri, quali tetti di spesa. Tale pagamento a prestazione ha evidentemente indotto un inappropriato aumento delle prestazioni, con conseguente aumento della spesa sanitaria ad esse correlata.

La legge istitutiva del SSN voleva certamente porre rimedio a questi squilibri e costose inappropriatezze, ed assicurare a tutti i cittadini contemporaneamente libertà di scelta e qualità di assistenza.

Evidentemente la soluzione trovata in quella sede non diede tutti i risultati desiderati. Si partì allora dall'assunto che il medico, che fosse in grado di garantire una "migliore" qualità di assistenza sarebbe stato automaticamente "preferito" dai cittadini e quindi avrebbe acquisito più scelte, e ricavato così una maggiore retribuzione. Si pensò quindi fosse sufficiente introdurre una differenza significativa fra rapporto ottimale e massimale per mettere i singoli professionisti in concorrenza fra loro.

In un simile contesto, la misura della realizzazione professionale ed economica del medico di famiglia è stata rappresentata quasi esclusivamente dal numero di scelte acquisite. Ciò ha determinato una competizione, tra medici generali di uno stesso ambito territoriale, incentrata sulla scelta degli assistibili, concorrenza contaminata talvolta, in assenza di altre prospettive, dalla induzione a soddisfare bisogni espressi dalle persone assistite non sempre appropriati rispetto ai criteri di una buona pratica.

La concorrenza fra i singoli professionisti, trovando difficoltà ad esprimersi in strategie “positive” di progresso, ha finito per favorire strategie “difensive” di **isolamento e autoreferenzialità** dei medici di medicina generale; in pratica i medici di medicina generale sono rimasti dei “solisti” clinici, funzionali nel fornire un’accreditabile risposta assistenziale al cittadino, ma privi di un confronto di riferimento tra professionisti. Questo atteggiamento difensivo si è solo attenuato, ma non ancora risolto, dopo oltre dieci anni di politiche convenzionali finalizzate, con un sistema economico incentivante, e una serie di esperienze positive realizzate, tese a favorire l’associazionismo e la collaborazione fra i medici di medicina generale.

### **Autoreferenzialità, isolamento professionale, appropriatezza e variabilità assistenziale**

La definizione dei compiti del medico di medicina generale fu necessariamente generica sin dalla legge istitutiva del SSN e, a seguire, nei successivi Accordi Collettivi Nazionali. Non poteva essere diversamente, dato che sarebbe stato da un lato complesso, dall’altro limitativo, procedere ad una vera e propria job description della medicina generale.

In effetti, gli Accordi Collettivi Nazionali focalizzarono la loro attenzione, piuttosto che sui compiti, sui tempi e sugli spazi nell’ambito dei quali il singolo medico sarebbe stato impegnato ad erogare le attività professionali oggetto di convenzione, e sugli atti formali ad esse connessi. Collocazione e caratteristiche dello studio medico, orari di apertura, modalità di accesso e di richiesta delle visite domiciliari, limiti all’esercizio della libera professione, furono fin dall’inizio, e continuarono nelle successive convenzioni, ad essere quasi esclusivo oggetto di regolamentazione.

In realtà, benché nella Legge 833/78 si fosse data molta enfasi al concetto di prevenzione, l’intero Servizio Sanitario Nazionale, compresa la medicina generale, rimase prevalentemente orientato ad una “medicina di attesa”, con l’assistenza classicamente concentrata su diagnosi, cura e riabilitazione attivate dalla richiesta dell’assistito.

Di fatto, la “vacatio” di specificità di compiti e funzioni degli accordi, unitamente agli effetti della competizione, hanno determinato e consolidato nel tempo la tendenza all’isolamento del medico di medicina generale, favorendo il costituirsi di una variabilità assistenziale, nella difficoltà strutturata e reiterata ad orientare l’azione professionale del MG verso obiettivi condivisi, programmati, verificabili, misurabili e valutabili.

Ogni singolo medico, in relazione alle proprie attitudini e competenze, si è trova-

to in solitaria autonomia a decidere, per ogni patologia, quale livello di assistenza si sentiva in grado di assicurare direttamente da “solista” e quale delegare ai servizi specialistici o di secondo livello.

Tale fenomeno è stato favorito anche dall'assenza di un corpo dottrinario specifico della medicina generale come peculiarità professionale, sia nella formazione universitaria del corso di laurea, sia post-laurea nella formazione triennale e nella formazione permanente.

La mancanza di un'omogeneità assistenziale orientata verso obiettivi di Assistenza Primaria, ha spinto la programmazione delle aziende sanitarie verso la creazione e la moltiplicazione di centri specialistici per singola patologia, inducendo così un ricorso agli stessi anche per motivi inappropriati, che avrebbero potuto trovare soluzioni più efficienti, di uguale efficacia, negli studi dei MMG opportunamente coordinati fra loro.

L'isolamento professionale e l'autoreferenzialità hanno anche fortemente ostacolato la naturale circolazione delle competenze fra i medici di medicina generale, cioè quell'aggiornamento reciproco che si realizza spontaneamente in tutti quegli ambienti professionali in cui si lavora in team. La medicina generale, per ovviare a ciò, ha dovuto investire moltissimo in attività di formazione e aggiornamento sistematiche, rendendole obbligatorie prima ancora dell'avvio dell'ECM introdotta dal D.lgs 229/99.

L'Associazione ha rappresentato un tentativo di superamento graduale del lavoro singolo del medico, ma da questo punto di vista non è completamente riuscito nel suo intento.

Delle tre forme associative esistenti, (vedi box) la **medicina in associazione semplice**, introdotta dall'ACN 2000 e che tra il 2007 e il 2008 ha visto una riduzione di scelte a livello nazionale pari al 9% (vedi tabella 2), non è riuscita a mettere in relazione i professionisti e a favorire il confronto tra pari così come era previsto negli obiettivi programmatici. La **medicina in rete**, introdotta anch'essa nell'ACN 2000, ha contribuito a far sì che i medici cominciarono a relazionarsi sistematicamente fra loro, ma solo per quanto riguarda la gestione dei dati clinici degli assistiti, senza indurre necessariamente un confronto reale tra i membri della rete. Attualmente risulta la forma meno diffusa visto che ha un aggregato pari al 17% delle scelte. La **medicina di gruppo**, già presente dal primo ACN dell'80, è il modello che, più degli altri, (secondo i dati relativi al 2008 è la prima forma associativa a livello nazionale con il 23% delle scelte), ha dato luogo ad esperienze positive, soprattutto per la concreta visibilità strutturale delle medicine di gruppo e, quindi, rispetto alla riconoscibilità da parte degli assistiti, ma ha presentato il limite di coinvolgere pochi medici per ciascun gruppo.

Sono state elencate le forme associative cosiddette semplici. La dettagliata analisi delle forme associative complesse viene presentata nel paragrafo 7.2 “Forme associative complesse di Assistenza Primaria orientate alla realizzazione della integrazione socio-sanitaria” nel capitolo 7 “L'Assistenza Primaria e l'integrazione socio-sanitaria”.

**Tabella 2 - Distribuzione percentuale di MMG nelle varie forme di associazione\***

Regioni	MMG associazione semplice		MMG in gruppo		MMG associazione in rete	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
	%	%	%	%	%	%
Piemonte	47	47	18	18	0	19
VDA	23	51	11	6	0	0
Lombardia	27	0	19	20	22	27
PA Bolzano	0	0	23	20	0	2
PA Trento	14	0	23	26	17	25
Veneto	54	43	17	30	2	8
FVG	31	19	4	18	7	25
Liguria	25	0	34	42	13	22
Emilia-R.	11	7	26	31	34	36
Toscana	34	31	34	31	2	2
Umbria	31	31	35	35	5	5
Marche	38	n.d.	33	n.d.	9	n.d.
Lazio	16	16	33	33	17	17
Abruzzo	21	6	20	6	25	9
Molise	47	46	5	11	6	11
Campania	18	0	14	9	36	8
Puglia	19	n.d.	12	n.d.	8	n.d.
Basilicata	55	48	14	14	12	12
Calabria	43	n.d.	12	n.d.	4	n.d.
Sicilia	21	n.d.	4	n.d.	13	n.d.
Sardegna	43	45	16	15	5	8
<b>ITALIA</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>17</b>

\* **Non tutti i medici di medicina generale aderiscono a queste tre forme di associazionismo**

Fonte: Elaborazione da A. Ceccarelli, A. Palmieri, F. Di Vincenzo, A. Cicchetti "Riconoscimento sulle nuove forme di organizzazione della medicina territoriale per l'erogazione delle cure primarie"; in: *Rapporto Osservasalute 2008*.

Lo sviluppo dell'associazionismo, per i limiti imposti dai tetti massimi di applicazione e dalla volontarietà dell'adesione da parte di ciascun medico, ha seguito una dinamica irregolare sia nel tempo che nella distribuzione territoriale. Negli ultimi dieci anni ogni assistito si è trovato a ricevere un'offerta di assistenza diversa a seconda che il proprio medico curante avesse deciso o meno di aderire ad uno delle forme associative, oppure, se residente in un ambito territoriale che aveva già raggiunto il tetto massimo di forme associative previsto dall'ACN e dagli Accordi Integrativi Regionali.

### Box. Caratteristiche delle forme associative di Assistenza Primaria

<p><b>Medicina in associazione</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gli studi sono distribuiti sul territorio del Distretto e non sono vincolati a sede unica;</li> <li>• i medici aderenti mantengono l'attività presso i loro studi;</li> <li>• associati da un minimo di 3 a un massimo di 10 (tranne casi particolari);</li> <li>• chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19.00;</li> <li>• disponibilità a sostituirsi per le assenze temporanee;</li> <li>• momenti di incontro per confronto professionale e condivisione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie di più alta prevalenza.</li> </ul>
<p><b>Medicina in rete</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gli studi sono distribuiti sul territorio del Distretto e non sono vincolati a sede unica;</li> <li>• associati da un minimo di 3 a un massimo di 10;</li> <li>• chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19.00;</li> <li>• collegamento reciproco degli studi dei medici con i sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell'associazione;</li> <li>• gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;</li> <li>• utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;</li> <li>• gestione informatica comune della scheda sanitaria (in connessione telematica);</li> <li>• momenti di incontro per confronto professionale.</li> </ul>
<p><b>Medicina di gruppo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sede unica del gruppo articolata in più studi medici. Resta ferma la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale, ma devono farlo in orari aggiuntivi rispetto a quelli della sede principale;</li> <li>• presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati;</li> <li>• numero di medici non inferiore a 3 e non superiore a 8;</li> <li>• utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;</li> <li>• gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;</li> <li>• utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Asl e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla forma associativa;</li> <li>• utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo l'accordo interno.</li> </ul>

Fonte: A. Cicchetti, A. Ceccarelli, A. Palmieri, R. Vanacore; "Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale"; in: *Rapporto Osservasalute 2007*

**Le varie forme di associazionismo, quindi, pur avendo svolto un ruolo importante per far maturare nella categoria l'esigenza di evolvere dal modello operativo del lavoro singolo a quello del lavoro in team, hanno nei fatti dimostrato i loro limiti. In pochissimi casi sono riuscite a compensare gli effetti negativi della concorrenza fra medici, che continua ad essere il maggior ostacolo al realizzarsi di una piena collaborazione.**

Un altro importante fattore che ha favorito l'autoreferenzialità del medico di medicina generale è rappresentato dalle caratteristiche del suo percorso formativo. Fino all'istituzione in Italia del tirocinio abilitante all'esercizio della medicina generale (D.lgs 368 del 17 agosto 1999) imposto dalla legislazione europea (Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli), non era prevista per il medico di medicina generale alcuna formazione specifica. Ciascun professionista maturava sul campo, da autodidatta, contenuti e metodologia della disciplina. In pratica, la formazione ricevuta nel corso di laurea in medicina e chirurgia, organizzata come somma di competenze specialistiche, era sufficiente a conferire la professionalità necessaria ad un approccio generalista. Solo dal 1999 in poi è cominciata l'attività di formazione specifica in medicina generale, ma i medici così "formati" costituiscono ancora una minoranza della categoria. L'organizzazione e la gestione del Tirocinio abilitante è stato affidato dalla legge alle regioni, che lo hanno realizzato in modo diverso, coordinato solo da alcune indicazioni di massima dei contenuti definiti da una Commissione nazionale composta da rappresentanti della categoria, del Ministero della Salute e delle regioni. Solo successivamente è stato introdotto in alcune Università, durante il Corso di laurea, l'insegnamento della medicina generale. Anche in questo caso le iniziative non sono coordinate fra loro, ma tempi, forma e contenuti, sono autonomamente definiti da ciascun Ateneo.

### **La mancata integrazione e definizione di ruolo tra le attività, i servizi e le professioni operanti nel territorio**

Lo status giuridico del medico di medicina generale è di libero professionista convenzionato con il SSN, nell'ambito del quale la maggior parte dei professionisti è rappresentato da appartenenti alla categoria del pubblico impiego.

Questa particolare condizione, che comporta per i singoli medici di medicina generale l'impegno di rispondere esclusivamente del rispetto dell'Accordo Collettivo Nazionale, ha favorito la loro esclusione dalla catena gerarchica tipica della dipendenza, finendo per farli considerare non organici al sistema, in particolare per quanto riguarda la continuità dell'assistenza in termini di integrazione tra ospedale e territorio e socio-sanitaria.

La mancanza di un'efficace e incisiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle sedi regionali ed aziendali di programmazione, governo e gestione dell'assistenza, ha consentito la loro progressiva esclusione dai percorsi di diagnosi e



cura, riducendo sempre più il loro ruolo a quello burocratico di formalizzazione della richiesta di accesso ai servizi offerti, soprattutto per le strutture erogatrici private accreditate e per l'assistenza farmaceutica.

Per il resto, la programmazione e la gestione dell'assistenza sono progredite su canali paralleli, non solo fra ospedale e territorio, ma anche all'interno del settore dei professionisti convenzionati. Medici di famiglia e medici di continuità assistenziale hanno schemi organizzativi profondamente diversi e poche occasioni di coordinamento fra loro. L'assistenza pediatrica e le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono garantite secondo autonomi orientamenti; ciò costituisce un serio problema per quanto concerne l'assistenza a pazienti pediatrici affetti da patologie croniche, visto che non avviene sistematicamente un passaggio di informazioni cliniche tra pediatra e MMG, a garanzia di una vera continuità assistenziale.

Anche nelle aziende sanitarie dotate di servizi di assistenza infermieristica territoriale, questi hanno un coordinamento aziendale indipendente dalle esigenze organizzative ed erogative dell'assistenza della medicina generale.

Il problema non è stato strutturalmente risolto dal potenziamento della struttura del Distretto prevista dal D.lgs 229/99 e dalla costituzione degli Uffici di Coordinamento dell'Assistenza Distrettuale, spesso peraltro disattesa; tali provvedimenti infatti non hanno consentito l'espressione un'azione caratterizzata da incisività decisionale e sinergia tra le varie componenti, aziendale e medici di medicina generale.

Solo nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata, in alcune regioni, si sono realizzate esperienze di programmazione condivisa dei servizi, tali da raggiungere un efficace livello di sinergia, soprattutto fra medici di famiglia, infermieri e assistenti socio-sanitari.

## **STRUTTURA DEL COMPENSO**

### **Giacomo Milillo, Dario Grisillo, Silvestro Scotti, Raffaele Vanacore**

Il medico di medicina generale è un libero professionista che opera nell'ambito di un Accordo Collettivo Nazionale (ACN) che definisce sia gli aspetti normativi, di durata quadriennale, sia quelli economici, di durata biennale.

Il finanziamento a disposizione dei rinnovi convenzionali è stabilito dalla Legge Finanziaria con gli stessi criteri utilizzati per i contratti della dipendenza, avendo come riferimento fondamentale l'inflazione programmata. Questo meccanismo non è stato in grado di finanziare, se non in minima parte, la crescita della complessità organizzativa della medicina generale e lo sviluppo di ulteriori funzioni e compiti.

Il trattamento economico dei medici di medicina generale è strutturato in modo diverso per gli appartenenti al settore dell'Assistenza Primaria (medici di famiglia), e per quelli classificati nel settore della Continuità Assistenziale (ex guardia medica).

## La medicina generale: settore dell'Assistenza Primaria

Secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 1, lettera d) del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche e integrazioni, il compenso dei medici di famiglia si articola in:

- quota capitaria per assistito:** è costituita da un insieme di quote distinte, una riconosciuta per ciascun assistito iscritto nell'elenco del medico, indipendentemente da qualsiasi altro fattore caratterizzante; altre due correlate all'età dell'assistito e riconosciute, in aggiunta alla precedente, rispettivamente per gli assistiti di età uguale o superiore a 75 anni e per quelli di età inferiore a 14 anni. Questo tipo di ponderazione, prevista dalla legge, risponde all'assunto che l'età descriva il maggior assorbimento di risorse assistenziali professionali ed economiche. La quota capitaria per assistito è negoziata a livello nazionale. Esiste inoltre una quota che integra al rialzo la quota capitaria per i primi 500 assistiti, prevista per garantire al medico con poche scelte un maggiore sostegno alle spese per i fattori di produzione. Un'ultima voce costituisce una quota forfettaria legata alla abolizione, introdotta dall'ACN del 2005, dell'incremento automatico della quota capitaria, precedentemente legato alla anzianità di laurea quindi trasformato di fatto in un corrispettivo di entità fissa per ciascun medico.
- quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale:** questa quota comprende tutti gli incentivi economici che vengono riconosciuti al medico che garantisca di erogare assistenza secondo standard definiti, negoziati a livello nazionale, peraltro rinegoziabili a livello regionale. Esempi sono le incentivazioni aggiuntive per il lavoro nelle forme associative della medicina generale, l'utilizzo del computer per la stampa delle ricette e per la gestione delle schede sanitarie informatizzate, la presenza nello studio di personale di segreteria e infermieristico. Gli incentivi consistono in un importo che viene riconosciuto al medico in possesso dello standard organizzativo per ogni assistito in carico. Solo l'incentivo per collaborazione informatica è costituito da un importo mensile definito ed indipendente dal numero delle scelte.
- quota per servizi calcolata in base al tipo e ai volumi di prestazioni:** comprende prestazioni aggiuntive, come ad esempio la Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) che consiste in visite domiciliari a cadenza programmata per garantire l'assistenza a pazienti che hanno difficoltà a spostarsi dalla propria abitazione; la Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) cioè le visite al domicilio del paziente di particolare complessità assistenziale, affetto da malattia acuta o cronica riacutizzata o in fase terminale, che il medico svolge assieme ad altre figure professionali del territorio, prevalentemente infermieri e/o assistenti socio-sani-

tari; Assistenza Programmata nelle Residenze protette e nelle collettività (ADR), organizzata, con variazioni regionali, in forma di visite periodiche che il medico presta agli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) o nelle case di riposo o in forma di ore di presenza garantita presso le stesse strutture; prestazioni e attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, anche in termini di programmazione e gestione clinica delle cure a pazienti ricoverati. Inoltre, l'ACN del 2005, ha previsto altre possibili attività (interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni informatiche, possesso e utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende), i cui contenuti normativi ed economici sono affidati agli Accordi Integrativi Regionali o Aziendali.

La articolata e complessa struttura del compenso è schematizzata nella tabella che segue.

Pertanto, il compenso del MMG è prevalentemente su base capitaria. Il MMG riceve un importo costante annuo correlato al numero degli assistiti in carico. Da questo compenso il medico deve ricavare tutte le risorse necessarie a procurarsi i fattori di produzione (studio, attrezzature, personale, materiale di consumo, assicurazioni, ecc.). Dal compenso lordo, devono essere sottratte tutte le spese e successivamente deve essere operato il prelievo fiscale. Ciò che rimane costituisce la remunerazione dell'attività professionale del medico.

Questo sistema di finanziamento della medicina generale si è dimostrato negli anni penalizzante per l'evoluzione e il progresso della attività del singolo professionista.

Il compenso complessivo ad ogni rinnovo convenzionale veniva agganciato alla dinamica salariale propria del comparto del pubblico impiego cui la categoria è equiparata, risultando, soprattutto nell'ultimo decennio, soggetto prevalentemente all'inflazione programmata. Le spese per i fattori di produzione sono invece cresciute ad un ritmo molto superiore, sia perché alcuni costi hanno seguito le dinamiche del mercato, quindi sono aumentate secondo l'inflazione reale, sia perché la ricerca di una maggiore complessità organizzativa ha aumentato il numero dei beni e servizi necessari.

A ciò si deve aggiungere che, per quanto riguarda il personale e l'attrezzatura informatica, i relativi costi reali sono già in partenza superiori agli incentivi riconosciuti.

Considerando nello specifico la remunerazione propria dell'attività professionale, il sistema di pagamento a quota capitaria, pur comprendendo il sistema di ponderazione, non risulta adeguato a retribuire appropriatamente situazioni assistenziali caratterizzate da un differente grado di assorbimento di risorse professionali.

Pertanto, la rigidità della quota capitaria, pur ponderata, non riesce a cogliere la tendenza ad una variazione in aumento del carico di lavoro.

**Tabella 3 - Articolazione della struttura del compenso del MG**

<b>VOCE</b>	<b>RIFERIMENTO ACCORDO</b>	<b>DEFINIZIONE</b>	<b>NOTE</b>
<b>I. totale onorario professionale</b>	Art. 59 comma 1 punto A, ACN 2005	quota capitaria per assistito ponderata, per quanto stabilito dall'art. 8, negoziata a livello nazionale	
<b>I.1 quota capitaria base</b>		Compenso forfettario annuo ponderato corrisposto al medico di AP per ciascun assistito	
<b>I.2 altre quote fisse dell'onorario</b>			
I.2.1 quota ad personam	Art. 59 lett.A comma 2	Comprende tutti gli automatismi maturati dai medici già titolari al momento della pubblicazione del nuovo A.C.N.; definisce per ogni medico l'importo, individuato dall'incrocio fra anzianità e carico assistenziale, che deve essere moltiplicato per il numero di assistiti in carico fino al 31.12.2005. In quella data l'importo complessivo risultante viene fissato per ciascun medico e diventa un importo fisso del compenso.	Racchiude gli automatismi connessi alla quota capitaria ponderata. Questi sono congelati al 31/12/2005 e non varia in relazione all'anzianità e al numero di scelte. È corrisposta unicamente ai medici già titolati.
I.2.2 quota aggiuntiva d'ingresso	Art. 59 lett.A comma 8 ACN 2005	quota capitaria annua, spettante per le prime 500 scelte, corrisposta a ciascun medico di AP che assume l'incarico a tempo indeterminato dopo l'accordo vigente.	Nulla è dovuto a titolo di quota di ingresso per le scelte oltre la cinquecentesima; i medici con carico inferiore alle 501 scelte, già titolari all'entrata in vigore dell'ACN 2005 possono optare per il trattamento previsto per i nuovi inseriti qualora questo sia loro più favorevole.
I.2.3 quota ponderazione qualitativa	Art. 59 lett.A, commi 4-7	Con il 50% degli aumenti previsti per l'A.C.N. 2005 è stato costituito il fondo per la ponderazione della quota capitaria. Tale fondo è stato incrementato con le risorse utilizzate per le quote ad personam man mano che i medici che ne hanno diritto hanno cessato il rapporto convenzionale. Il fondo è ripartito fra tutti i medici di Assistenza Primaria secondo criteri stabiliti dagli Accordi regionali. Dal 1.1.2005 e fino alla stipula degli Accordi regionali il fondo è stato ripartito fra i medici di Assistenza Primaria in relazione al carico assistenziale.	L'importo riguarda il 50% degli arretrati previsti dalla tabella dell'art. 9 dell'ACN 2005 (€ 3,08) che vengono corrisposti a tutti i medici di AP. Tale quota non va confusa, invece, con il 50% destinato alla negoziazione regionale che rientra nel compenso nella voce 2.7 quota regionale (cfr. di seguito).

<b>Articolazione della struttura del compenso del MG</b>			
<b>VOCE</b>	<b>RIFERIMENTO ACCORDO</b>	<b>DEFINIZIONE</b>	<b>NOTE</b>
1.2.4 quota aggiuntiva scelte >=75 anni	Art. 59 lett.A comma 9, ACN 2005	compenso aggiuntivo annuo corrisposto al medico di AP per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età.	
1.2.5 quota aggiuntiva scelte comprese nella classe d'età >= 6 e < 14 anni, post 02.10.2000	Art. 59 lett.A comma 10, ACN 2005	compenso aggiuntivo annuo corrisposto al medico di AP per ciascuna scelta di minori di età inferiore a 14 anni effettuata successivamente al 02/10/2000.	
<b>2. quota variabile base per obiettivi (quota B)</b>	Art. 59 comma 1, punto B, ACN 2005	quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, compresi la medicina associata, l'indennità di collaborazione informatica, l'indennità di collaboratore di studio medico e l'indennità di personale infermieristico.	Costituiscono quote derivanti dal fondo istituito ex art. 46 ACN 2005, al fine di incentivare assetti organizzativi, strutturali e obiettivi assistenziali di qualità dell'Assistenza Primaria. Indennità collaboratore di studio e infermiere professionale cfr. anche comma 14 lett. B art. 59 ACN 2005
2.1 spesa per associazioni semplici	Art. 59 lett. B, commi 4 e 5, ACN 2005	Compenso forfettario annuo per ciascuno assistito finalizzato all'incentivazione della costituzione di forme di associazionismo semplice	
2.2 spesa per associazioni in rete	Art. 59 lett. B, comma 4, ACN 2005	Compenso forfettario annuo per ciascuno assistito finalizzato all'incentivazione della costituzione di forme di associazionismo in rete	
2.3 spesa per associazioni in gruppo	Art. 59 lett. B, comma 4, ACN 2005	Compenso forfettario annuo per ciascuno assistito finalizzato all'incentivazione della costituzione di forme di associazionismo di gruppo	
2.4 spesa per indennità collaboratore di studio	Art. 59 lett. B, comma 6, ACN 2005	Compenso forfettario annuo per ciascuno assistito finalizzato all'incentivazione dell'assunzione di un collaboratore di studio	
2.5 spesa per indennità infermiere professionale	Art. 59 lett. B, comma 7, ACN 2005	Compenso forfettario annuo per ciascuno assistito finalizzato all'incentivazione dell'assunzione di un infermiere professionale	
2.6 spesa per indennità informatica	Art. 59 lett. B, comma 11, ACN 2005 commi 15-20, lett. B	Compenso forfettario annuo per ciascuno assistito finalizzato ad incentivare l'adozione di apparecchiature e programmi informatici	

**Articolazione della struttura del compenso del MG**

VOCE	RIFERIMENTO ACCORDO	DEFINIZIONE	NOTE
2.7 quota regionale (Art. 59 lettera B, comma 15)	Art. 59, ACN 2005	Compenso relativo alla realizzazione dei programmi di attività finalizzati al governo clinico. Tale compenso viene corrisposto mensilmente in misura di 1/12 delle quote annuali previste dall'art 9 dell'ACN 2005 per la costituzione, in attesa degli AIR, di fondi regionali	<p>In attesa o in mancanza della stipula degli Accordi regionali, ciascuna regione dispone, dal 1.1.2004, di ulteriori fondi, derivanti dal 50% degli aumenti contrattuali determinati all'articolo 9 del presente accordo, di euro 2,03 annui per assistito, eventualmente integrato con le risorse di cui ai punti antecedenti, non utilizzate nell'anno solare precedente, per la effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico, nel rispetto dei livelli programmati di spesa. Tale fondo è aumentato di 0,55 euro annui dal 31.12.2004 e di euro 0,50 annui dal 31.12.200</p> <p>In attesa o in mancanza della stipula dei nuovi Accordi regionali, tali fondi costituiscono una quota capitaria regionale, distribuita dal 1.1.2004 a tutti i medici, ogni mese in ragione di un dodicesimo delle quote previste al precedente comma.</p> <p>Successivamente alla stipula dei nuovi Accordi regionali ed in base a quanto dagli stessi stabilito, questa quota è ripartita, fra tutti i medici e secondo gli apporti individuali.</p> <p>Gli obiettivi da raggiungere da parte dei medici di Assistenza Primaria sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o Distretto e Organizzazioni sindacali rappresentative, sulla base di quanto stabilito a livello di accordo regionale.</p> <p>I progetti devono essere realizzati tenendo conto del contesto di riferimento sociale epidemiologico, economico finanziario, e dei livelli di responsabilità del consumo delle risorse.</p> <p>I progetti devono prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualità, al fine di poter valutare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dai diversi medici aderenti.</p>

**Articolazione della struttura del compenso del MG**

<b>VOCE</b>	<b>RIFERIMENTO ACCORDO</b>	<b>DEFINIZIONE</b>	<b>NOTE</b>
<b>3. quota variabile per prestazioni (quota C)</b>	Art. 59, comma 1, punto C, ACN 2005	quota per servizi calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza programmata, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni ed attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.	
3.1 spesa per ADI	Let. C, art. 59, ACN 2005; Allegato H, ACN 2005	Spesa relativa al compenso per lo svolgimento di attività rientranti nell'allegato H dell'ACN 2005	L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui sopra viene definita annualmente dalle regioni tenendo conto degli obiettivi da raggiungere fissati dai Piani Sanitari Regionali e degli obiettivi effettivamente raggiunti, previo Accordo regionale.
3.2 spesa per ADP	Let. C, art. 59, ACN 2005; Allegato G, ACN 2005	Spesa relativa al compenso per lo svolgimento di attività rientranti nell'allegato G dell'ACN 2005	
3.3 spesa per assistenza residenziale	Let. D, art. 59, ACN 2005	Spesa relativa al compenso per lo svolgimento di attività di assistenza residenziale	Le modalità di compenso sono definite a livello regionale
3.4 spesa per PIPP	Allegato D, ACN 2005	Spesa relativa al compenso per prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici di Assistenza Primaria elencate nell'allegato D, nel nomenclatore-tariffario. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio professionale convenzionato del medico di famiglia a seconda delle condizioni di salute del paziente.	
3.5 altre prestazioni (visite occasionali, oneri sindacali, comitati regionali e aziendali, ecc.)	Lettera D, art. 59, ACN 2005	Compensi legati allo svolgimento di altre prestazioni aggiuntive definite mediante AIR	

<b>Articolazione della struttura del compenso del MG</b>			
<b>VOCE</b>	<b>RIFERIMENTO ACCORDO</b>	<b>DEFINIZIONE</b>	<b>NOTE</b>
4. ENPAM - 5,625% - a carico medico) 5. ENPAM a carico SSN (9,375% di 4)	Art. 60 dell'ACN 2005	È la quota a carico del medico per il versamento mensilmente all'ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri). È la quota a carico della ASL di competenza per il versamento mensilmente all'ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri).	
6. Fondo Assicurazione Malattie (0,36% di I.1)	Comma 4, Art. 60 dell'ACN 2005	Per far fronte al pregiudizio economico derivante dall'onere della sostituzione per eventi di malattia e di infortunio, anche in relazione allo stato di gravidanza e secondo il disposto del Decreto legislativo 151/2001, è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,36% della quota capitaria base da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.	

### **Rapporti tra medicina generale e settore della continuità assistenziale (CA)**

Il settore Continuità Assistenziale risulta completamente indipendente e regolamentato in modo totalmente differente dall'ambito della Assistenza Primaria, anche se spesso può coinvolgere, in tempi diversi, gli stessi professionisti. Per questo motivo, la diversa struttura del compenso e le distinte modalità di accesso all'incarico convenzionale comportano effetti che condizionano, sia dal punto di vista economico che delle identità e motivazioni, la vita professionale di un medico di medicina generale.

Il medico di Continuità assistenziale (ex Guardia medica) è retribuito con un compenso orario per le attività "cliniche", oggettivamente non rapportabile al compenso per quelle dell'Assistenza Primaria, perché tale retribuzione non comprende i costi dei fattori di produzione, che sono forniti o finanziati separatamente dall'Azienda sanitaria.

L'accesso differenziato alla convenzione non consente il passaggio diretto dalla continuità assistenziale all'Assistenza Primaria.

Il medico che assume il convenzionamento per la Continuità assistenziale è impegnato per un massimo di 28 ore settimanali che svolge di notte e nei giorni prefestivi



e festivi. Indipendentemente da questo incarico, per accedere agli elenchi dell'Assistenza Primaria (medicina di famiglia) deve iscriversi ad un'altra graduatoria e, quando ha ottenuto il nuovo rapporto di convenzionamento può conservare il precedente, cumulando i due incarichi, solo fino a quando non supera le 650 scelte.

Ciò determina una dinamica retributiva e occupazionale del singolo medico caratterizzata da diverse fasi:

- 1) durante l'attività di continuità assistenziale il medico non gode di una condizione di piena occupazione e quindi è indotto/costretto a coltivare altre attività libero-professionali;
- 2) quando è nella condizione di doppio incarico convenzionale (CA e AP) va incontro ad un forte incremento di attività, ma a una riduzione della retribuzione, perché deve sostenere tutte le spese di avvio dell'attività di medico di famiglia (studio, informatizzazione, strumentazione varia, ecc.) utilizzando i proventi della continuità assistenziale;
- 3) Quando raggiunge le 650 scelte perde la retribuzione relativa all'incarico di continuità assistenziale, proprio quando i compensi della medicina di famiglia sono quasi appena sufficienti a pagare le spese per i fattori essenziali di produzione.

Ad una durissima fase di avvio, che richiede investimenti e intraprendenza, segue la crescita graduale dell'entità dei compensi, con una rapidità direttamente proporzionale alla velocità con cui riesce ad acquisire le scelte degli assistiti.

Quando il numero delle scelte si sarà stabilizzato in relazione alle dinamiche di concorrenza del contesto in cui opera, il medico non avrà altri traguardi da raggiungere se non la conservazione delle scelte acquisite e la routine assistenziale. In pratica, quando il medico raggiunge il massimo numero delle scelte possibili non ha ulteriori stimoli e prospettive di progresso professionale e/o economico e viene meno una delle componenti fondamentali della motivazione a migliorare. I medici che hanno raggiunto consapevolmente questo livello spesso cercano di mantenere vivo il senso di soddisfazione professionale, investendo le proprie energie nell'impegno in attività sindacali o nelle società scientifiche e professionali.

Manca totalmente nell'attuale ACN per la medicina generale la previsione di attività professionali orarie non cliniche, ma finalizzate al lavoro "in team", come il coordinamento dei gruppi, l'organizzazione e la gestione degli audit professionali tra pari, la gestione informatica dei dati ecc.

La revisione della struttura del compenso rappresenta ormai un ambito di profonda riflessione e, anche alla luce delle analisi dei vari modelli di retribuzione e incentivazione adottati a livello internazionale, è improcrastinabile una sua ristrutturazione articolata, avendo come obiettivo non solo la remunerazione del professionista e il finanziamento delle spese, ma anche il perseguimento della qualità dell'assistenza e il sistema di motivazione della categoria.

### **Riferimenti normativi**

Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Decreto Presidente della Repubblica 13 agosto 1981.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

Direttiva 93/16/CEE.

Decreto Presidente della Repubblica 22 luglio 1996, n. 484.

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Decreto Legislativo. n. 368 del 17 agosto 1999.

Decreto Presidente della Repubblica 28 luglio 2000, n. 270.

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Intesa sottoscritta il 23 marzo 2005 sugli accordi collettivi nazionali per la medicina generale e per la specialistica convenzionata.

Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009. 25 marzo 2009.

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del D.lgs 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni, 27 maggio 2009.

### **Riferimenti bibliografici**

#### **Indagini sul grado di fiducia e qualità percepita nel rapporto tra MMG e cittadini in Italia.**

Forum per la Ricerca Biomedica-Censis: *Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità italiana*. Indagine 2007.

Centro studi Fimmg-SWG: *Medici e pazienti nel contesto dell'Assistenza Primaria: la fiducia come fondamento per la stabilità dei rapporti e per il cambiamento organizzativo*. Indagine 2008.

Censis: *Modelli sanitari e di consumo degli anziani*. Indagine 2008.

#### **La crisi della medicina generale: metanalisi di spunti di letteratura internazionale a riguardo**

Vuori H. *Health for All. Primary Health Care and General Practitioners*, Journal of the Royal College of General Practitioner, 1986, 36, 398-402.

- Medicina 2000 nel SSN*, in *I Supplementi – La Professione*, mensile della Fondazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri, n.1, novembre 1999, p. IV
- Morrison I, Smith R. *Hamster health care: time to stop running faster and redesign health care*. *BMJ* 2000; 321: 154-2.
- Safran DG. *Defining the Future of Primary Care: What Can We Learn from Patients?*; *Annals of Internal Medicine*, 2003; 138:248-55.
- Shekelle P. *New contract for general practitioners*. *BMJ* 2003; 326: 457- 8.
- Giarelli G. *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*; collana Salute e Società - Teoria e metodologia; FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Boerma WGW. *Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the task of general practitioners*. Nivel, 2003.
- Whitcomb ME, Jordan J. Cohen; *The Future of Primary Care Medicine*; *The NEJM*, 2004; 351:710-12.
- Van den Hombergh P, Engels Y, Van den Hoogen H, et al., *Saying ‘goodbye’ to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain?* *Family Practice*; 22: 20–27, 2005.
- Ostbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KL, Gradison M, Michener JL. *Is there time for management of patient with chronic diseases in primary care?*; *Ann Fam Med* 2005; 3:209-14.
- Doran T, Fullwood C, Gravelle H *Pay for performance programs in family practices in the United Kingdom* *NEJM* 2006; 355: 375-384
- Woo B. *Primary Care – The Best Job in Medicine?*; *The NEJM*, 2006; 355:864-6.
- Poplin C. *The State of Primary Care in Correspondence*; *The NEJM* 2006, 335: 2595-8.
- Bodenheimer T. *Primary Care – Will it survive?*; *The NEJM*, 2006, 355: 861-4.
- Campbell S, Reeves D, Kontopantelies E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. *Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay For Performance*; *The NEJM*, 2007; 357:181-190.
- Fiorini M. *Il “pay-for-performance” dei medici di medicina generale inglesi: una spesa superiore al previsto*. *Care I*, 2007.
- Damiani G et al. *Assistenza primaria: significato e prospettive di sviluppo organizzativo*. *Organizzazione Sanitaria* n°2, 2007.
- Royal College of General Practitioners. *The future Direction of General Practic. A roadmap*. London 2007
- Goroll AH. *Performing Physician Payment in The Future of Primary Care*; *The NEJM*, 2008; 359:2085-92.
- Ornish D. *The Collapse of Primary Care. Disaster loom as medical student abandon family practice for higher-paying sub-specialities* ; *Newsweek Webs Exclusive*, 2008.
- Scheffler R, Bodenheimer T, Starfield B, Treadway K, Goroll AG, Lee TH. *The Future of primary Care – The community Responds*; *The NEJM*, 2008; 359:2636-9.
- Okie S. *Inovation in Primary Care – Staying One Step ahead of Burnout*; *The NEJM*, 2008; 359:2305-9.

- Lee TH. *The Need for Reinvention in The Future of Primary Care*; *The NEJM*, 2008; 359:2085-92.
- Maciocco G. *Cure primarie: storia e prospettive*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie* 3/2008.
- Chen PW. *Getting Off the Patient Treadmill*. New York Times, 19 febbraio 2009.

### **La crisi della medicina generale: la situazione italiana secondo l'analisi della Fimmg**

- Declaration of Alma-Ata 1978: *International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September.
- Guzzanti E, Longhi T. 1985: *Medicina di base e medicina ospedaliera*. Federazione Medica; 9:1005-1011 (editoriale).
- Panti A. 1996: *Il Medico di Medicina Generale*. Hippocrates, Vademecum - I edizione.
- Morrison I, Smith R. *Hamster health care: time to stop running faster and redesign health care*. *BMJ* 2000; 321: 154-2.
- Cicchetti A, Ceccarelli A, Calmieri A, Vanacore R. *Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale*, in: Rapporto Osservasalute 2007.
- Consiglio Nazionale FIMMG, *La Ri-fondazione della medicina generale*, Documento approvato all'unanimità, Roma, 9 giugno 2007.
- Royal College of General Practitioners, *The future Direction of General Practic. A roadmap*. London 2007.
- Vanacore R. *"L'organizzazione delle cure primarie in forma associata nel SSN: il caso di una U.C.P. nella ASL Roma / A"*, 2007. Tesi di laurea.
- Damiani G et al. *Assistenza primaria: significato e prospettive di sviluppo organizzativo*. Organizzazione Sanitaria n°2, 2007.
- Milillo G. *Il nuovo ruolo dei medici di medicina generale nell'Assistenza Primaria in Italia*, in: Monitor, Trimestrale dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, Anno VII numero 20, 2008.
- Milillo G, Panti A, Mazzeo MC. *Come è cambiata la medicina di famiglia*. In: *1978-2008: trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale e di Fondazione Smith Kline*. Il Mulino, Bologna 2008.
- Ceccarelli A, Palmieri A, Di Vincenzo F, Cicchetti A. *Ricognizione sulle nuove forme di organizzazione della medicina territoriale per l'erogazione delle cure primarie*, in: Rapporto Osservasalute 2008.
- Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2006. Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, le *Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere*, giugno 2008.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *La vita buona nella società attiva. Libro verde sul futuro del modello Sociale*. Documento per la consultazione pubblica, Roma, 25 luglio 2008.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *La vita buona nella società attiva. Libro Bianco sul futuro del modello Sociale*. Roma, 6 maggio 2009.

## 9.2 *Aspetti organizzativi per la realizzazione della Assistenza Primaria*

# Il ruolo delle tecnologie della informazione e della comunicazione

**Italo Paolini, Leandro Pesca**

### **Premessa**

La medicina generale italiana è in un momento di grande cambiamento strutturale ed organizzativo, verso forme di aggregazione intraprofessionale ed interprofessionale, per soddisfare bisogni assistenziali sempre crescenti e di maggiore complessità.

L'informatica ed i software gestionali hanno rappresentato e rappresentano, ormai da molti anni, lo strumento principale per consentire di attenuare il carico burocratico derivante dal proliferare di norme legislative e prescrittive (note cuffa, esenzioni ticket, specificità regionali...) e di mettere in atto percorsi di ricerca ed audit professionale derivanti dalla corretta archiviazione dei dati relativi agli assistiti ed ai loro problemi sanitari.

Nel frattempo il carico assistenziale è progressivamente aumentato sia in termini quantitativi (numero di accessi ambulatoriali, invecchiamento della popolazione, aumento delle prestazioni domiciliari e residenziali) che qualitativi (gestione sul territorio di pazienti dimessi più precocemente dal livello ospedaliero, riduzione dei posti letto ospedalieri, aumento della componente burocratica, maggiori risorse terapeutiche con aumento della complessità della gestione delle politerapie...) ed è aumentata la necessità di superare l'isolamento professionale insito nella figura tradizionale del MMG.

I nuovi bisogni professionali richiedono lo sviluppo ed il definitivo decollo delle forme associative in strutture uniche e di maggiore complessità nelle zone maggiormente urbanizzate; in strutture collegate in architettura di rete, nelle zone a minore urbanizzazione e popolazione sparsa.

Questo comporta la necessità di inserire nel modello professionale il rapporto costante e le interrelazioni con diverse figure che vanno a caratterizzare il livello assistenziale delle cure primarie:

- un numero variabile di colleghi MMG facenti parte del gruppo o della rete
- la continuità assistenziale
- il personale di studio
- l'infermiere (in studio, nel territorio, in strutture residenziali)

- altre figure professionali non mediche (fisioterapista, psicologo)
- specialisti ambulatoriali

con aumento della complessità di gestione e aumento della necessità di scambiare le informazioni per i diversi livelli e competenze richieste. La necessità di scambio e continuità informativa riguarda sia l'ambito delle cure primarie che la relazione con altri soggetti assistenziali e di governo (cure ospedaliere, Distretto...).

La Sanità moderna è basata sull'interazione tra differenti attori di cura. Questo genera una rilevante necessità di integrazione assistenziale e comunicazione dell'informazione clinica.

Dall'informatica si passa inevitabilmente ed irreversibilmente alla telematica, intesa come lo scambio informativo dei dati necessari alle interrelazioni assistenziali.

Il Piano e gov 2012, presentato nel Gennaio 2009 dal Ministero della pubblica amministrazione ed innovazione prevede nel prossimo quadriennio, da parte della pubblica amministrazione, un salto di qualità nell'utilizzo delle tecnologie informatiche e telematiche ed assume come scenario di riferimento operativo il piano di azione europeo sull'e government.

Dal punto di vista della Sanità, entro il 2012, gli obiettivi ed i progetti, realizzati di concerto con le regioni, sono:

- Connessione in rete di tutti i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta del SSN
- Digitalizzazione del ciclo prescrittivo (ricetta e certificato di malattia digitali)
- Realizzazione del fascicolo sanitario elettronico del cittadino
- Realizzazione di un sistema articolato a rete di centri unici di prenotazione (CUP) che consentano ai cittadini di prenotare le prestazioni SSN su tutto il territorio nazionale
- Innovazione delle Aziende sanitarie

Agli **atomi** delle cartelle, degli ecg, dei fogli con i referti, dei certificati, delle ricette, delle cartelle cliniche si sostituiranno gradualmente i **bit** della comunicazione e ogni livello di cure avrà specificità informative a realizzare e dimostrare standard assistenziali praticati.

## **Patologie croniche e continuità dell'assistenza**

La condivisione delle cure, nella gestione dell'assistenza, particolarmente importante nei soggetti con una o più patologie croniche, può essere raggiunta in modo efficiente risolvendo le necessità di comunicazione tra i vari attori coinvolti nei processi di cura a livello regionale e nazionale.

L'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione italiana ed il conseguente

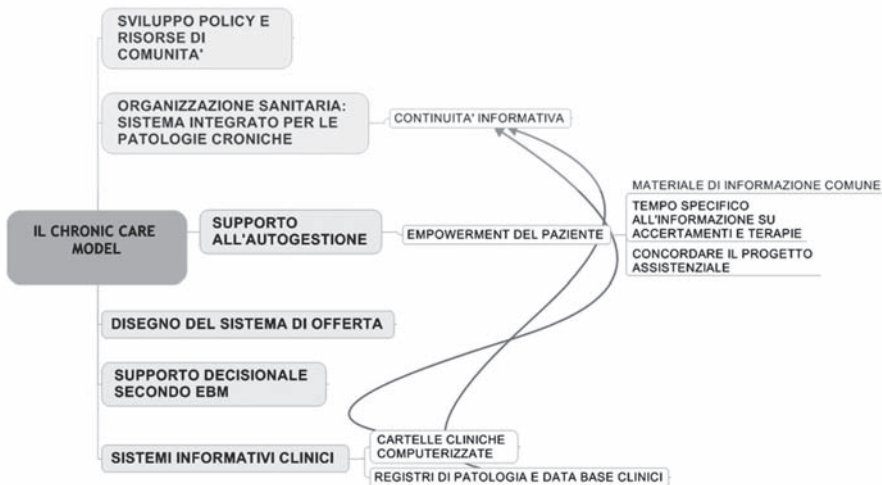
aumento della popolazione anziana portatrice di patologie croniche caratterizzano fortemente il quadro assistenziale presente e futuro e pongono al SSN alcune esigenze ineludibili.

Secondo le valutazioni ISTAT, in Italia, nel 2005, vi erano circa tre milioni di cittadini affetti da scompenso cardiaco; la prevalenza del diabete era pari a 4,5%, la prevalenza dell'asma era del 3,5%, mentre la BPCO aveva una prevalenza del 4,5%.

Le caratteristiche complessive dell'assistenza al paziente con patologia cronica sono state ben identificate e descritte nel "Chronic Care Model" (CCM) e richiedono un approccio globale da parte del sistema di cure ai diversi livelli organizzativo, cure primarie e cure specialistiche.

Il modello è basato su un approccio integrato al fine di superare la frammentazione tra gli interventi effettuati da operatori diversi, in tempi e spazi diversi, ma che coinvolgono lo stesso assistito per lo stesso problema e si articola in diversi livelli, tra cui lo sviluppo di sistemi informativi clinici.

**Figura 1 - Schema degli elementi fondamentali del Chronic Care Model**



Le cartelle cliniche computerizzate e i database clinici, e la creazione di registri di patologia sono gli elementi di maggior rilievo per la realizzazione, tra l'altro, della continuità informativa.

La gestione delle patologie croniche, in medicina generale, parte proprio dalla definizione precisa, su criteri diagnostici ben definiti, della popolazione affetta dalla patologia inserita nel registro.

Secondo la definizione di Metzger, "un registro di patologia è un'applicazione, legata ai sistemi informativi computerizzati, che consente di raccogliere ed orga-

nizzare informazioni relative a specifiche condizioni per supportare l'organizzazione assistenziale dei pazienti con patologie croniche”.

La loro applicazione, nella pratica professionale dei medici di medicina generale può consentire:

- La costruzione di “**feedback informativi**” relativi a indicatori di performance specifici (Es. per pazienti con diabete: % **pazienti con almeno 2 registrazioni/anno di emoglobina glicata** )
- La messa a disposizione di “**exception reports**” che identificano pz. che non ricevono terapie previste nelle L.G. o che rimangono fuori dai target previsti (**diabetici con ldl > 100 e senza statine/fibrati in terapia**)
- La creazione di “**reminders clinici**” che sintetizzano le chiavi per l'assistenza e identificano i punti mancanti (**eco cuore per screening scompenso, screening nefropatia incipiente...**)
- La realizzazione di **informazioni da inviare ai pazienti e relative al piano assistenziale** ( es. **Follow up da parte del MMG o dello specialista, rinforzo aderenza..**)
- L'identificazione di **soggetti** che, nella specifica patologia cronica, sono in **condizioni di rischio più elevato** e richiedono un “management” più intensivo (**insufficienza renale cronica, progressi eventi CardioVascolari.....**)

L'obiettivo del CCM è quello della continuità dell' assistenza, ma questo termine comprende diversi aspetti sintetizzabili in:

- a) **Continuità di informazione:** riguarda l'uso di informazione degli eventi passati e delle circostanze personali per effettuare un piano di cura appropriato ad ogni individuo;
- b) **Continuità di gestione:** consiste in un approccio unitario e coerente nella gestione della condizione di salute in risposta ai bisogni del paziente;
- c) **Continuità di relazione:** è una relazione terapeutica continua tra il paziente ed uno o più fornitori di cura.

L'importanza che riveste il settore della sanità in ogni Paese, fa sì che la qualità dei servizi sanitari si ponga sempre più come una necessità da affrontare con mezzi diversi da quelli tradizionali, con soluzioni nuove.

In questo contesto lo sviluppo di un efficace infrastruttura di Information and Communication Technology (ICT), intesa come l'insieme delle tecnologie che consentono il trattamento e lo scambio delle informazioni in formato digitale, con la conseguente evoluzione dei sistemi informativi clinici e la telematica nei processi di trasporto e comunicazione tra i diversi livelli e momenti assistenziali, rappresenta una scelta obbligata nel SSN italiano. Il 90 % delle interazioni tra gli attori coinvolti nel processo di cura avviene all'interno della regione a cui il paziente appartiene identificando come



Regione l'area geografica all'interno della quale il paziente riceve la maggior parte dei servizi sanitari di cui necessita.

## Glossario

Il processo di avvicinamento all'ICT da parte del mondo sanitario ha determinato una proliferazione di termini che è necessario definire compiutamente ed univocamente. Parlare di ICT in sanità significa far riferimento in gran parte alla "telemedicina" e la definizione più esaustiva di questo termine è, quella, non recente, concordata a livello CEE da una Commissione di esperti, che ha redatto un documento sulle prospettive di sviluppo della telemedicina in Europa.

Secondo la Commissione Europea, organizzatrice dell'EHTO (European Health Telematics Observatory – Osservatorio delle applicazioni mediche della telematica), la telemedicina è "l'integrazione, monitoraggio e gestione dei pazienti, nonché l'educazione dei pazienti e del personale, usando sistemi che consentano un pronto accesso alla consulenza di esperti ed alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove il paziente o le informazioni risiedano".

Negli ultimi anni vi è la tendenza a sostituire il termine "telemedicina" in favore del concetto, più ampio, di E-Health, restringendone il significato all'uso di audio, video ed altre tecnologie di telecomunicazioni e di elaborazione elettronica dell'informazione per procurare servizi sanitari o di assistenza medica in luoghi distanti.

In questo ambito si parla di **teleconsulto** quando interagiscono figure mediche mediante un sistema integrato di comunicazione che consente, oltre alla comunicazione audiovisiva, anche la trasmissione a distanza di dati o di bioimmagini (radiografie, scintigrafie, tac, ecografie, ecg), per realizzare un consulto clinico; di **telemonitoraggio** quando si ha la valutazione a distanza, mediante audio, video o mezzi di trasmissione digitale di funzioni vitali di un paziente (es. PA, f.c., ossimetria, ...).

Il termine E-HEALTH, che Watson sinteticamente definisce come "The integration of the internet into health care", comprende l'utilizzo di ICT nelle pratiche diagnostiche, terapeutiche, ma anche nelle applicazioni gestionali (cartella clinica, coordinamento fra sanitari) e amministrative (fornitura e acquisto beni e servizi), ovvero aree che non sempre sono strettamente 'mediche' e che non sempre implicano un coordinamento a distanza.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico FSE (Electronic Health Record) rappresenta un indice di documenti sanitari presenti in locazioni fisiche differenti.

Con esso va ad interagire l' Electronic Patient Record (EPR) o Cartella clinica elettronica: (CCE) applicazione software che permette di creare un documento legale di supporto ad una struttura sanitaria (poliambulatorio, Ospedale) o ad un singolo professionista (es: MMG o specialista). Può essere orientata per problemi, episodi od una combinazione dei due. Il Personal Medical Record (PMR) rappresenta la raccolta di eventi sanitari per uso personale del paziente

## ICT e sistemi assistenziali

Il modello tradizionale, largamente vigente nella realtà nazionale, è caratterizzato da due peculiarità che l'introduzione e diffusione di ICT dovrebbe modificare profondamente:

- 1) La continuità informativa nei percorsi assistenziali che, quando presente, è attualmente garantita dalla funzione del paziente che porta con sé informazioni e documentazione
- 2) I sistemi, sia informatici che non, che sono costruiti sulle esigenze degli erogatori di assistenza e delle istituzioni e istituzioni. L'evoluzione è a favore dello sviluppo di sistemi ed applicazioni centrati sul paziente, capaci di seguirne la vita "assistenziale" e supportarlo nei diversi percorsi diventando strumento fondamentale della continuità assistenziale.

L'uso e l'integrazione della comunicazione elettronica a tutti i livelli, nei sistemi sanitari, determina un importante meccanismo di riorganizzazione dei processi assistenziali e può costituire il fattore fondamentale per potenziare ed autonomizzare il ruolo del paziente rendendolo soggetto informato ed attivo nelle scelte e riducendo la componente di passività che per molti aspetti caratterizza i comportamenti del paziente stesso all'interno dei sistemi di cura.

Le applicazioni centrate sulla figura del paziente (Patient-centered Applications) sono definite come sistemi che sviluppano una partnership tra medici, pazienti e, quando necessario i loro familiari, per assicurare procedure e decisioni che rispettino i bisogni assistenziali e le preferenze del paziente stesso.

Queste applicazioni richiedono, nei percorsi di "disease management", lo scambio di dati clinici ed amministrativi, in sicurezza, da diversi database dei sistemi sanitari e dei diversi livelli di cure (E-DATA). La "White Paper" pubblicata dal "the AMIA Knowledge in Motion Working Group" costituisce base scientifica per la definizione degli standard propri degli scambi informativi delle Patient-centered Applications e identifica 5 TIPI DI STANDARD

- standard clinici da linee guida sugli interventi assistenziali nelle diverse patologie croniche oggetto di interventi di disease management
- standard linguistici: diverse terminologie usate nei diversi contesti da unificare in glossari univoci per analisi e statistiche omogenee
- standard relativi agli scambi elettronici di informazioni (es. HL7)
- standard sui flussi di lavoro e processi di assistenza sanitaria con dettagli su piani di lavoro, i soggetti interessati e la timeline, le interazioni necessarie, e le operazioni richieste.

- standard tecnici: infrastrutture, network, sistemi di sicurezza, protocolli (TCP/IP, XML)

Un recente documento europeo (June 2008 - European Commission Enterprise & Industry Directorate- General ICT for Competitiveness and Information) riporta le maggiori criticità circa il raggiungimento di standard europei nei sistemi E-Health indicando le difficoltà principali in:

- barriere politiche legate alle differenze tra i sistemi sanitari dei Paesi europei con differenze rilevanti negli approcci ai problemi e negli standard vigenti. Inoltre vi è uno scarso supporto governativo per sviluppare ed incentivare la realizzazione di standards europei di E-Health;
- barriere legate ai diversi sistemi di classificazione (SDO) esistenti
- barriere legate alle ditte produttrici dei prodotti ICT e alla interoperabilità dei sistemi
- barriere legate agli utilizzatori professionali dei sistemi ICT sia sul versante territoriale che ospedaliero per le difficoltà e i costi richiesti dalla standardizzazione dei sistemi e la necessità di modificare i software esistenti e convertire i dati dei database correnti. Una classificazione efficace dei sistemi assistenziali legati alla rete (E-CARE) è quella che distingue tra sistemica di E-DATA, E-INFORMATION ed E-SERVICES.

Riguardo i diversi tipi di rete possiamo distinguere:

- Le **reti di dati (E-DATA)** sono quelle che si fondano sulla creazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (Electronic Health Record EHR).

Il coinvolgimento dei diversi livelli e delle diverse componenti del sistema assistenziale assume, in questi sistemi, un'importanza rilevante e determina la capacità della rete di scambiare dati per funzioni prevalentemente amministrative o per funzioni cliniche più strettamente collegate ai percorsi ed alle esigenze assistenziali. Di questa categoria fanno anche parte le reti di accesso e-booking (CUP-teleprenotazione).

**Le reti di tipo E-INFORMATION**, si dividono, schematicamente, in

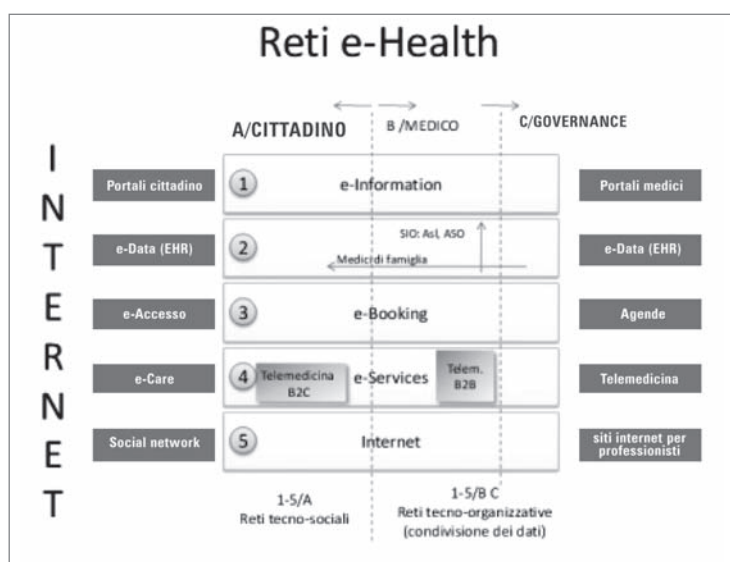
- progetti e sistemi orientati alle informazioni sull'accesso ed ai meccanismi di funzionamento delle risorse assistenziali,
- sistemi orientati all'empowerment del paziente, prevalentemente per le necessità di autogestione e miglioramento delle conoscenze sulle patologie che lo coinvolgono
- orientati all'informazione mediante coinvolgimento di professionisti.

**Le reti E-SERVICES-Home care** (Telemedicina; Teleassistenza / tele compagnia; Telesoccorso) sono rivolte, principalmente, a soggetti con necessità di monitoraggio e limitazione dell'autosufficienza per

- Monitoraggio condizioni cliniche
- Prevenzione condizioni di rischio
- Riduzione isolamento sociale e sanitario

La tabella 1 (blog Prof.Moruzzi, in corso di pubblicazione) riporta efficacemente la classificazione dei diversi tipi di rete e dei servizi sanitari connessi.

**Tabella I**



### Fascicolo Sanitario Elettronico e ruolo delle cure primarie

La creazione di un sistema basato su un Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE, equivalente dell'Electronic Health Record) è il pre-requisito e l'obiettivo per arrivare ad un sistema sanitario effettivamente centrato sul paziente e sui suoi percorsi.

La figura I evidenzia la posizione del paziente rispetto ai diversi sottosistemi in cui realizzare la necessaria continuità informativa

Il FSE è definito come "l'insieme dei documenti sanitari informatici del cittadino, firmati digitalmente, creati nella storia dei suoi contatti con i diversi attori del SSN".

È accessibile dal cittadino e dagli operatori sanitari giuridicamente autorizzati in qualunque luogo ed in qualunque momento nel rispetto della regolamentazione e

**Figura I**



rende disponibili le informazioni sanitarie dal momento in cui vengono generate sia per gli usi primari (emergenza, assistenza) che per gli usi secondari (amministrativi e di governo).

Nella sua accezione più elementare, può essere descritto come un “raccoltore logico” che permette agli operatori sanitari autorizzati di consultare la storia clinica del paziente di cui si stanno occupando.

Per un uso efficiente dell’informazione clinica del FSE è però necessario affiancare alla raccolta longitudinale di documenti clinici, la strutturazione della informazione clinica.

La definizione di una struttura comune per tutti i documenti clinici ammessi a circolare sulla rete, regionale o nazionale, consente una agevole interpretazione del loro contenuto ed apre la strada alla possibilità di riutilizzarlo, anche in modo automatico, all’interno di applicazioni gestionali di cartella clinica elettronica dei singoli soggetti assistenziali.

Per la ricerca di dati per un uso “storico”, può essere sufficiente utilizzare alcuni semplici metadati relativi ad esempio all’autore, alla struttura sanitaria, alla data di creazione, al tipo di evento.

Per la pratica professionale quotidiana, l’utilizzo del fascicolo potrebbe presentare ostacoli pratici notevoli a causa delle quantità cospicue di documenti sullo stesso paziente. Per questo assume particolare rilevanza ed è compito precipuo del MMG la creazione (non automatica), all’interno del FSE, di un documento di sintesi (Patient Summary) contenente le informazioni rilevanti relative al paziente in forma sintetica e fruibile nell’ambito del SSN.

La definizione di Patient Summary (PS) elaborata dalla Commissione informa-

tica della FIMMG, nell'ambito della collaborazione e partecipazione ai lavori della commissione ministeriale IBSE (Infrastruttura di Base per la Sanità Elettronica) coordinata dal Dipartimento dell'Innovazione Tecnologica (DIT), è la seguente:

“Documento informatico sanitario, firmato digitalmente e contenuto nel FSE, che riassume la storia clinica del paziente. È aggiornato dal MMG ogni qualvolta intervengono cambiamenti da lui ritenuti rilevanti ai fini della storia del paziente. Contiene un set predefinito di dati clinici significativi per l'emergenza (emergency data set)”.

Gli obiettivi principali del PS sono quindi la messa a disposizione del sistema del set informativo per

- contatti non previsti (emergenza/PS) in situazioni nelle quali il paziente può non poter presentare esaustivamente la propria storia clinica (allergie, intolleranze, terapie croniche...);
- necessaria continuità informativa legata all'avvicinarsi di figure professionali diverse nei diversi momenti assistenziali (disease management patologie croniche, ricoveri ospedalieri...)

Accanto all'importanza del ruolo legato alla capacità del MMG di mettere a disposizione il set di dati del PS vi sono diversi aspetti organizzativi e medico-legali da valutare compiutamente e legati alla valenza di quanto prodotto e firmato digitalmente (in questo caso il MMG diviene fonte del dato e ne risponde relativamente ad errori o omissioni) e al rispetto di quanto previsto in termini di privacy e riservatezza dei dati “sensibili” del cittadino.

È chiaro altresì che questo scenario richiede la riscrittura delle norme relative al concetto di Scheda Sanitaria Individuale e delle attribuzioni del MMG riguardo ai sistemi informativi regionali.

Un aspetto architettonico comunque da sottolineare è quello della necessità che il sistema di scambio informativo sia centrato sul FSE del singolo paziente e non sulle patologie da cui è affetto.

La figura II, illustrando le potenziali ripercussioni professionali per il MMG e le conseguenti opportunità e facilitazioni per il cittadino, evidenzia la necessità del ricondurre i flussi informativi al paziente ed al suo FSE.

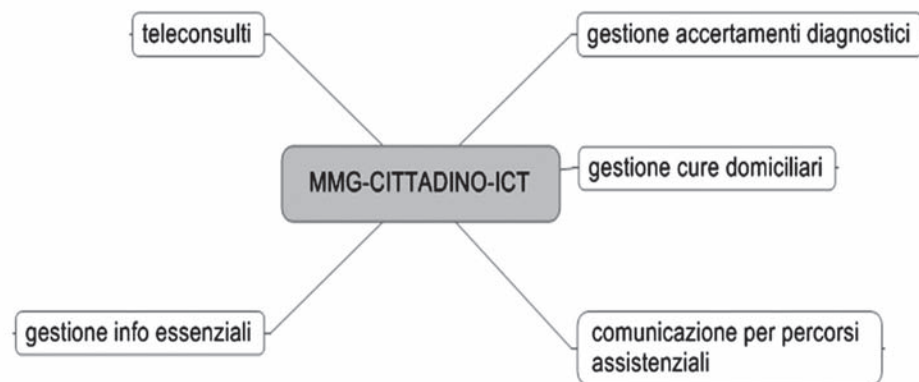
Nel caso di reti e scambi informativi legati a singole patologie (diabete, scompenso, bpc, etc.) in sistemi di e-data svincolati da un disegno unitario di FSE si creerebbe una situazione difficilmente gestibile da parte del MMG e del paziente stesso.

Se per la componente specialistica il rapporto è nei confronti del paziente e del suo MMG, da parte di questi ultimi il confronto e lo scambio informativo avviene con più interlocutori.

Questo è evidente se si pensa ad un paziente portatore, come spesso avviene, di più patologie ed alla gestione complessiva da parte del MMG delle molteplici patologie croniche.

L'unitarietà del percorso va quindi ricostruita nel FSE e i contributi di ogni professionista e branca specialistica ricondotti all'unitarietà informativa da esso assicurata.

**Figura II - MMG ed ICT le prospettive**



### ICT e MMG: tipologie di comunicazione

La medicina generale, al termine del percorso di rinnovamento in atto, avrà tre principali necessità comunicative:

- 1) INTERNE, proprie delle necessità di connessione interprofessionale tra gli stessi MMG sia operanti in sedi caratterizzate da maggiore complessità assistenziale che collegati funzionalmente da sistemi di rete in situazioni ove, per le necessità legate a popolazione sparsa, vi sia impossibilità a realizzare centri di erogazione concentrata dell'Assistenza Primaria. La connessione interprofessionale "interna" riguarda anche figure professionali diverse al MMG, coinvolgendo, ad esempio, specialisti ambulatoriali, infermieri, ostetriche, etc.
- 2) ESTERNE, riguardanti i rapporti con
  - a) strutture ospedaliere con attività di ricovero e/o ambulatoriale (legate in gran parte alla funzione del FSE e del Patient Summary)
  - b) strutture amministrative e direzionali del SSR per nuovi flussi di dati in grado di potenziare il processo di "accountability" (inteso come la capacità definire le responsabilità ed il ruolo della medicina generale in maniera non autoreferenziale) della medicina generale grazie a giuste ed appropriate rendicontazioni quantitative e qualitative dell'attività professionale svolta.

Lo sviluppo di reti regionali in Italia sta procedendo a macchia di leopardo con otto regioni (componenti del tavolo della sanità elettronica) che hanno in corso di realizzazione progetti di FSE ed altre ancora lontane da tali progettualità e, all'interno di questo nucleo, Regioni (come Emilia Romagna e Lombardia) che si trovano già in fase di avanzata realizzazione di queste infrastrutture (progetto SOLE, SISS lombardo) ed altre ancora in fase di progettazione. Il progetto SOLE, Sanità On LinE, è una rete informatica che, a regime, collegherà i circa 3.800 medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta con tutte le strutture e i medici specialisti delle aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna, favorendo la presa in carico degli oltre 4 milioni di cittadini della regione tramite la condivisione delle informazioni sanitarie tra i medici che hanno in cura il paziente. In Lombardia, con il Progetto CRS-SISS (Progetto Carta Regionale dei Servizi-Sistema Informativo Socio-Sanitario), la Regione ha realizzato una rete informatica regionale, in ambito sanitario, che consente l'interoperabilità e la cooperazione dei diversi sistemi informativi propri del sistema sanitario regionale, nel trattamento dei dati sanitari dei Cittadini. È ragionevole prevedere un grande sviluppo di reti e problematiche applicative nel futuro prossimo.

- c) soggetti in grado di ricevere documenti telematici in sostituzione degli attuali documenti cartacei
- i. certificazioni telematiche on-line (INAIL-INPS)
  - ii. e-prescription. Negli USA il Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act ha stanziato 50 milioni di dollari l'anno per il triennio 2007-2009, ed anche in Europa l'adozione della ricetta medica elettronica è parte di una più ampia politica europea di razionalizzazione della salute e dell'impiego dei farmaci tramite la diffusione di modalità di eHealth. Aspetti positivi derivanti da una corretta implementazione sono la riduzione della possibilità di errori legati alla prescrizione manuale (nome del farmaco, dose, posologia), la possibilità di un supporto alla decisione clinica in grado di controllare gli eventuali rischi di reazioni allergiche o di interazioni fra farmaci, di eccedenza delle dosi, la riduzione di possibili meccanismi di frode ed abuso dei medicinali. La speranza della medicina generale è quella di un corretto percorso di realizzazione dell'e-prescription in Italia che unisca maggior sicurezza e minor burocrazia, il rischio è quello di un sistema che non tenga conto dell'ergonomia professionale del MMG e sovraccarichi con ulteriori incombenze lo svolgimento dell'attività professionale ed il rapporto con il paziente.

Il precedente rappresentato dalle modalità certificative on-line approntate dall'INAIL non induce ad eccessivo ottimismo e alimenta la necessità di sorvegliare attentamente e coinvolgere la medicina generale nello sviluppo di nuove interfacce di comunicazione.



Il coinvolgimento e contributo della Commissione informatica della FIMMG (Federazione Italiana dei Medici di medicina generale) ai lavori del Tavolo di Sanità Elettronica (comprendente le otto regioni che hanno in corso progetti di realizzazione di FSE, che in passato aveva già elaborato due documenti: “Politica Condivisa per la Sanità Elettronica”, dell’ottobre 2005, e “IBSE - Strategia architeturale”, del 31 marzo 2006) per la realizzazione dei progetti di Rete dei Medici di medicina generale (RMMG), rappresentano un esempio di un approccio utile per evitare la realizzazione di progettualità scarsamente applicabili nella pratica professionale.

3) LEGATE A NUOVI PROCESSI COMUNICATIVI con gli stessi pazienti e caratterizzate da finalità cliniche e di empowerment del paziente stesso (teleconsulto, telemonitoraggi, informazioni personalizzate di tipo educativo, rinforzo per follow-up programmati...) e da finalità di tipo amministrativo-burocratico (teleprenotazione, agenda elettronica...).

Uno scenario di questo tipo rende necessaria, oltre all’evoluzione professionale della figura del MMG, la parallela attribuzione di ruoli e funzioni diverse anche al **personale di studio** che diventa strategico nel suo rapporto diretto e mediato da interfaccia telematica con le esigenze assistenziali ed informative della popolazione di assistiti.

Il percorso formativo del personale di studio rappresenterà senz’altro uno strumento importante per la realizzazione di un nuovo modello assistenziale.

### **MMG ed informatica: la realtà europea**

Qual’è la situazione delle applicazioni informatiche e telematiche nella realtà europea e quali le principali differenze nell’operatività della Assistenza Primaria tra i diversi Paesi? La domanda, complessa, trova molte risposte in un recente documento europeo.

In questo studio, DG INFOS Media, ha coinvolto quasi 6.000 medici di Assistenza Primaria con un questionario riguardante il loro uso delle ICT e di Internet per la comunicazione con i pazienti e nel rapporto tra Assistenza Primaria e specialistica.

L’analisi è stata effettuata in tutti i 27 Stati membri dell’Unione l’Unione Europea e in Norvegia e in Islanda con lo scopo di misurare, mediante sondaggi, l’uso delle ICT da parte di medici di Assistenza Primaria nell’UE e nei paesi SEE.

Ne derivano informazioni aggiornate e dati sugli sviluppi e-Health e un adeguato quadro di analisi comparativa.

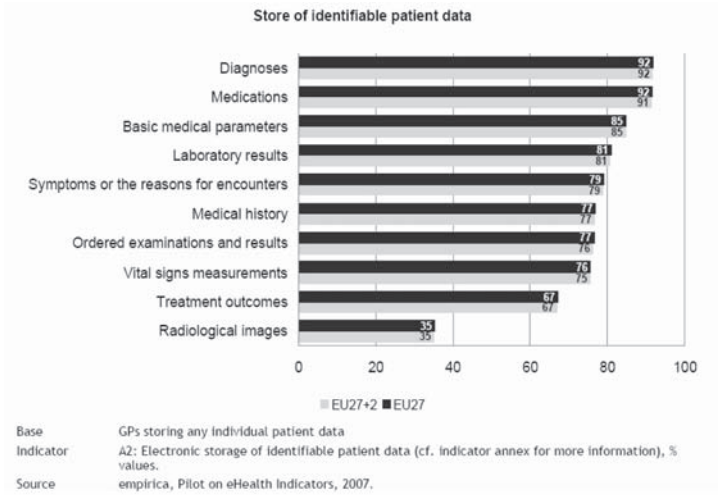
L’87% circa dei MMG europei ha un PC e il 70% una connessione ad Internet. I principali settori d’uso sono:

- Uso del PC per immagazzinare i dati identificativi dei pazienti
- Uso nella consultazione ambulatoriale con il paziente
- Uso della rete per il collegamento con altre figure assistenziali e per interazione con i pazienti

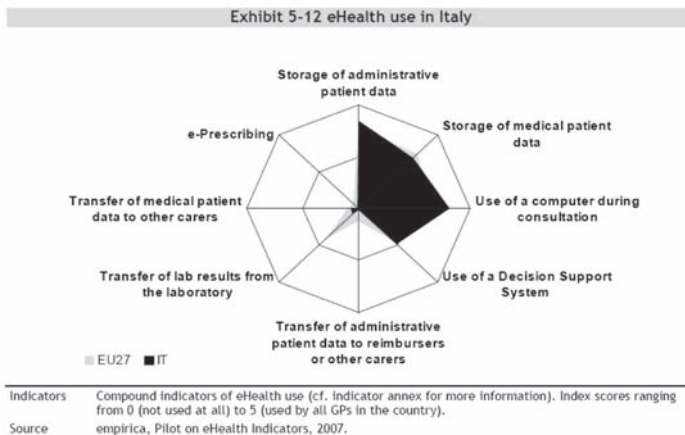
*segue*

- Trasferimento di dati relativi ai pazienti
- Uso per la formazione e lo sviluppo professionale

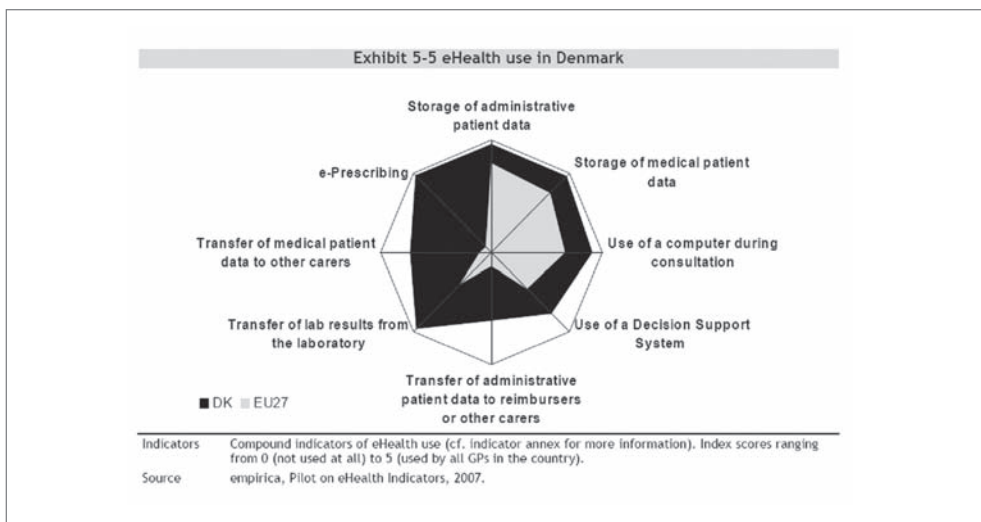
La figura 3 riporta i dati principali archiviati da parte dei general practitioner europei.



La figura 4, proveniente dallo stesso rapporto evidenzia efficacemente la situazione italiana nel confronto con la media dei Paesi Europei, riguardo i principali items individuati per il confronto tra i diversi sistemi nazionali ed il percorso da compiere nella parte più propriamente telematica relativa allo sviluppo dei sistemi e-health (scambio di dati tra i diversi soggetti ed e-prescribing). Per confronto si riporta anche, nella fig.5, la sintesi analitica relativa alla Danimarca.



segue



## Criticità potenziali

Ipotizzare scenari e potenzialità di sviluppo connesse alla implementazione di sistemi ICT in sanità e nella Assistenza Primaria richiede, parallelamente, la consapevolezza dei possibili ostacoli e momenti critici, alcuni già evidenziati nei documenti europei sinteticamente descritti in precedenza.

In particolare è necessario soffermarsi sulle tematiche connesse alla gestione del diritto alla privacy del cittadino, in relazione alla realizzazione di un FSE, e sulle ricadute operative e professionali sul MMG.

Riguardo il primo punto, un recente documento di linea guida (pubblicato in G.U. in data 26-03-09), ad opera del garante per la protezione dei dati personali, e sul quale l'Autorità stessa ha avviato una consultazione pubblica (fino al 31-05-09) da parte di organismi e professionisti sanitari pubblici e privati, organismi rappresentativi, associazioni di malati, fissa alcuni punti improntati al rispetto del diritto individuale alla riservatezza e protezione dei dati personali.

In tale documento il FSE ha esclusive finalità di diagnosi, prevenzione, cura e riabilitazione, escludendosi accessi ed impieghi dei dati da parte di compagnie assicurative, periti, datori di lavoro. Vi è il diritto assoluto da parte del cittadino alla scelta sulla stessa costituzione del fascicolo stesso con immissione parziale o totale dei dati che lo riguardano.

Vi è la selezione dei professionisti cui conferire la consultazione dei dati (parziali o totali) nei diversi percorsi assistenziali, mantenendo inalterato il diritto, anche in caso di rifiuto della costituzione del FSE, alla fruizione delle prestazioni del SSN.

Il tutto con il massimo livello di sicurezza delle infrastrutture e dell'accesso.

Il rischio è che la difesa di un livello totale di diritto individuale conduca ad un

“conflitto” con le ragioni e necessità collettive di un sistema sanitario nazionale che può trovare, nella realizzazione di un sistema basato sul FSE, opportunità importanti di riduzione di sprechi e ridondanze, valutazione di efficacia dei processi, possibilità di miglioramento della compatibilità economica del sistema stesso.

La stessa figura del MMG, scelto con atto fiduciario dal paziente, deve avere specificità di accesso ai dati relativi ai percorsi assistenziali in cui è coinvolto con meccanismi semplificati di consenso “una tantum”, pena la sostanziale perdita dei possibili benefici derivanti dalla continuità informativa e gestionale.

Il secondo punto, in parte connesso al primo, è legato alla necessità di valutazione accurata e conseguente pianificazione economica ed organizzativa, dei riflessi professionali sul MMG da parte dei sistemi di ICT.

La telematica può rappresentare per il MMG, al contempo, un fattore di potenziamento del processo di recupero di professionalità e riduzione della componente burocratica per una migliore integrazione del sistema e dei percorsi del paziente, o un ulteriore, e probabilmente definitivo, aggravio, nel caso si implementino sistemi che non tengano adeguatamente conto dell'impatto reale sull'operatività professionale.

Le notizie provenienti dalla vicina Germania, circa le difficoltà incontrate nel trovare la disponibilità da parte delle cure primarie, dovrebbero costituire un segnale da tenere nel debito conto.

Molti medici tedeschi si oppongono alla diffusione per una non adeguata valutazione economica di quanto tecnicamente necessario; molti pazienti trovano problemi nell'accesso e nella gestione di password e meccanismi di ingresso al sistema telematico.

La componente economica legata all'implementazione strumentale e professionale ed il modello professionale sono aspetti diversi e non scindibili necessari entrambi e non sufficienti singolarmente.

Il successo dell'implementazione dell'ICT in sanità e le ripercussioni favorevoli su efficienza del sistema, facilitazioni a medici e cittadini e miglioramento delle prestazioni sanitarie molto dipenderanno dal giusto valore attribuito a queste due variabili.

## Sintesi conclusiva

Diffusione delle tecnologie dell'informazione e comunicazione nell'ambito della Assistenza Primaria: **fattori favorenti:**

- Processo di “digitalizzazione” con teletrasporto delle informazioni e realizzazione di “patient centered applications”
- Aumento di complessità delle strutture eroganti le cure primarie con aumento degli scambi informativi “interni”

- Realizzazione di infrastrutture ICT regionali e necessità di scambi informativi di tipo clinico-assistenziale ed amministrativo
- Necessità di valutazione e rendicontazione attività professionale
- Necessità di continuità informativa nella gestione tipicamente interdisciplinare, multispecialistica e multiprofessionale delle patologie croniche
- Telematica e telemedicina scelte obbligate per la compatibilità economica ed organizzativa per un sistema di cure che dovrà affrontare (almeno fino al 2050) crescita della popolazione anziana con le relative patologie, la riduzione dell'autosufficienza, il disagio sociale
- Ampia diffusione dell'informatica nell'ambito delle cure primarie italiane

### **Fattori critici per il corretto sviluppo:**

- Carenza di programmazione e mancanza di investimenti adeguati a necessità di cambiamento-evoluzione delle cure primarie e delle conseguenti infrastrutture ICT
- Carenza di adeguato percorso formativo rivolto al complesso di professionisti operanti nelle cure primarie ed al personale
- Implementazione di applicazioni ICT non ergonomiche e poco gratificanti
- Implementazione di modellistiche non corrette (non centrate sul paziente, ma sulla patologia)
- Visione eccessivamente garantista della normativa privacy, svincolata da esigenze del SSN e peculiarità di ruolo della medicina generale
- Lentezza nel processo di empowerment del paziente con scarso stimolo al cambiamento del sistema di cure
- Mancanza di incentivazione sull'innovazione.

**Riferimenti bibliografici**

- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK et al. 2003: *Continuity of care: a multidisciplinary review*. British Medical Journal; 327: 1219-1221.
- AIM report on Assessment of the Needs and organizational Impact of the Patient Data Card. AIM Patient Data Card Working Group, 11 December 1990).
- J.Oates-H.Bierregaard Jensen *Building Regional Health Care Networks in Europe* 2000. “blog” di Mauro Moruzzi (CUP 2000), tabella in corso di pubblicazione.
- Metzger J. Using *Computerized Registries in Chronic Disease Care*. Oakland, California Healthcare Foundation; 2004.
- Watson Rory. *EU wants every member to develop a “roadmap” for ehealth*. BMJ. 2004 May 15;328(7449):1155. doi: 10.1136/bmj.328.7449.1155-b.
- (Perlin JB, Kolodner RM, Rosswell RH. *The Veterans Health Administration: quality value, accountability, and information as transforming strategies for patient-centered care*. Am J Manag Care 2004;10:828–36.).
- Shmittadiel J, Badenheimer T, Solomon AN et al. *Brief report: the prevalence and use of chronic diseases registries in Physicians organizations*. A national survey.  
[http://www.governo.it/governoinforma/dossier/piano\\_e\\_gov\\_2012/](http://www.governo.it/governoinforma/dossier/piano_e_gov_2012/)
- Wagner EH. 2004: *Chronic disease care*. British Medical Journal;328;177-178.
- Hans Oh, BSc, Carlos Rizo, Murray Enkin and Alejandro Jadad, Dphil. What Is eHealth: A Systematic Review of Published Definitions J Med Internet Res. 2005 Jan–Mar; 7(1): e1.
- ISTAT, 2005: *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*.  
*Strategia architetturale per la sanità elettronica – Tavolo di lavoro permanente sanità elettronica delle regioni e Province autonome (TSE) GdLT: IBSE Marzo 2006.*
- Nardi R. Seminario di studio IREF “*la rete oncologica lombarda. Integrazione tra cure specialistiche e cure primarie*” 17/10/2007.
- Definition of Disease Management. *Disease Management Association of America*. Available at: <http://www.dmaa.org/definition.html>. Accessed October 22, 2007.
- Special Study No. 1, 2008: *ICT standards in the health sector: current situation and prospects*. A Sectoral e-Business Watch study by empirica Final Report Version 3.0 June 2008 (European Commission Enterprise & Industry Directorate- General ICT for Competitiveness and Information).
- Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe*. Final Report, Bonn, April 2008. <Http://www.ehealth-indicators.eu>; <http://www.empirica.com>.
- Paolini I. *Il follow-up nel paziente con cardiopatia ischemica, momento essenziale nella comunicazione ospedale territorio*. Clinical Management Issues 2008; 2(4).
- Demiris G, Afrin BL, Speedie S, Courtney KL, Sondhi M, Vimarlund V, Lovis C, Goossen W, Lynch C. *Patient-centered applications: use of information technology to promote disease management and wellness*. a white paper by the amia knowledge in motion working group. J Am Med Inform Assoc. 2008;15:8–13. DOI 10.1197/jamia.M2492.
- Bollettino n.103/marzo 2009, garante per la protezione dei dati personali.  
*Annette Tuffs: plans to introduce electronic medical cards in Germany stall as doctors refuse to buy equipment*. BMJ 2009; 338: b1522.
- Il paziente con BPCO in medicina generale: le componenti della qualità assistenziale*; in stampa su MRM Supplement for GPs n° 2-2009.

## 9.2 *Aspetti organizzativi per la realizzazione della Assistenza Primaria*

# La corretta allocazione delle tecnologie per la salute: il ruolo dell'HTA

**Americo Cicchetti**

La creazione di un “secondo pilastro” nel sistema di erogazione dell’assistenza nel SSN a fianco a quello ospedaliero impone una riflessione profonda non solo inerente i modelli organizzativi per il governo del sistema di offerta ma anche una analisi relativa alla scelta della migliore collocazione ed uso delle “tecnologie sanitarie” nell’ambito delle funzioni del SSN.

Nell’attuale contesto del SSN, l’ospedale è la sede naturale della collocazione di tutte le tecnologie elettromedicali, da quelle più “tradizionali” (dall’ecografo all’ECG) a quelle più complesse (dalla RNM alla PET). Nell’ospedale, inoltre, si concentrano i principali investimenti e i maggiori consumi di medical devices, test diagnostici e farmaci tra i più costosi. In esso vengono eseguite le procedure chirurgiche a maggiore impatto.

Nella creazione di un modello di integrazione inter-organizzativa che permetta di realizzare la piena collaborazione tra strutture ospedaliere e strutture territoriali caratterizzate da una crescente complessità organizzativa e professionale, è opportuno rivedere la collocazione dell’uso delle tecnologie sanitarie in relazione ai livelli di complessità organizzativa del sistema.

Come in ogni esercizio orientato alla corretta allocazione delle risorse inerenti le tecnologie biomediche, anche in questo caso i principi e gli strumenti dell’*health technology assessment* (HTA) possono effettivamente contribuire a soluzioni efficaci, efficienti ed appropriate.

La valutazione delle tecnologie sanitarie, secondo la Carta di Trento sulla Valutazione delle Tecnologie Sanitarie “è la complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare (descrizione, esame e giudizio) delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel

lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione. Tradizionalmente, essa rappresenta il ponte tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori” (figura I).

**Figura I - L'Health technology assessment: il ponte tra scienza e decisione**



Fonte: Cicchetti A. (2008).

La Carta di Trento sulla Valutazione delle Tecnologie Sanitarie è stata elaborata dalle istituzioni che nel 2003 hanno dato vita al Network Italiano di Health Technology Assessment (NI-HTA). Dalle iniziative del NI-HTA è sorta la Società Italiana di Health Technology Assessment (SIHTA) che si ispira nei principi, nella missione e nelle modalità operative alla società scientifica Health Technology Assessment International da cui è patrocinata. La SIHTA ha adottato la Carta di Trento quale riferimento per le proprie attività istituzionali e quale fondamento per la propria proposta culturale a supporto della promozione dell'HTA nel contesto dell'SSN.

Tale Carta, in particolare, chiarisce i principi e i metodi dell'HTA individuando il chi, il cosa, il dove, il quando, il come e i perché dell'HTA (tabella 1).



**Tabella 1 - Il contenuto della Carta di Trento**

La valutazione delle tecnologie sanitarie deve coinvolgere tutte le parti interessate all'assistenza sanitaria.	CHI
La valutazione delle tecnologie sanitarie deve riguardare tutti gli elementi che concorrono all'assistenza sanitaria.	COSA
La valutazione delle tecnologie sanitarie deve riguardare tutti i livelli gestionali dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte.	DOVE
La valutazione delle tecnologie sanitarie deve essere un'attività continua che deve essere condotta prima della loro introduzione e durante l'intero ciclo di vita.	QUANDO
La valutazione delle tecnologie sanitarie è un processo multidisciplinare che deve svolgersi in modo coerente con gli altri processi assistenziali e tecnico-amministrativi dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte.	COME
La valutazione delle tecnologie sanitarie è una necessità e una opportunità per la <i>governance</i> integrata dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte.	PERCHÉ

Fonte: Società Italiana di Health Technology Assessment ([www.sihita.it](http://www.sihita.it))

La tecnologia sanitaria, nell'HTA, viene tradizionalmente definita come l'insieme dei componenti o qualsiasi altro elemento che permette l'erogazione dei servizi assistenziali, ovvero come "l'insieme di farmaci, strumenti, procedure mediche e chirurgiche utilizzate per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione della malattia" (Jonsson e Banta, 1999).

L'HTA non è semplicemente un insieme di metodi e di discipline per la valutazione della tecnologia ma rappresenta una vera e propria filosofia di governo per un sistema sanitario che intende legare le decisioni prese ai diversi livelli di sistema, alle evidenze scientifiche disponibili o comunque a meccanismi "trasparenti" in cui tutti gli *stakeholders* possano partecipare apportando la propria prospettiva. L'esperienza di questi ultimi trent'anni nell'applicazione dei metodi di HTA non ha permesso solo il miglioramento delle tecniche e delle pratiche di valutazione, ma ha via via chiarito la strada da percorrere affinché la scienza e la politica possano interagire in modo chiaro, trasparente e reciprocamente rispettoso.

Coerentemente con questi principi, nell'ambito della Assistenza Primaria, l'HTA può rappresentare un importante strumento con diverse valenze.

In primo luogo l'adozione di logiche di HTA può favorire la corretta allocazione delle tecnologie sanitarie strettamente intese, ovvero le apparecchiature elettromedicali, riconoscendo la possibilità di riallocare tra strutture ospedaliere e territoriali alcune tecnologie a minore complessità. Alcune tecnologie (es. ecografia, ECG, determinazioni diagnostiche, monitoraggio cardiaco ambulatoriale, piccola chirurgia ambula-

toriale) possono trovare una efficace collocazione in strutture territoriali che si caratterizzano per i costi fissi più contenuti, facendo quindi risultare l'uso della tecnologia più efficiente ma ugualmente efficace. Questa linea di intervento impone una revisione critica delle caratteristiche del patrimonio tecnologico degli ospedali italiani. Al tempo stesso è indispensabile progettare i nuovi modelli organizzativi per le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) tenendo conto dell'opportunità di ricollocare in esse alcune tecnologie oggi considerate tipicamente ospedaliere. Come già accaduto durante gli anni '90 negli Stati Uniti ed in diversi Paesi europei più di recente, il trasferimento dell'uso di tecnologie biomediche dal setting ospedaliero a quello territoriale dipende dall'analisi dell'impatto che questo trasferimento può avere su diverse dimensioni quali: la sicurezza d'uso, l'efficacia tecnica, i costi, gli aspetti legali, quelli etici e quelli sociali. Tutto questo deve essere legato a riflessioni che hanno a che fare non solo con gli aspetti infrastrutturali ed organizzativi ma anche con i percorsi formativi necessari per rendere l'uso delle tecnologie trasferite efficace, efficiente ed appropriato.

In secondo luogo l'adozione delle logiche di HTA può permettere di valutare comparativamente la realizzazione di procedure medico-chirurgiche tra *setting* assistenziali diversi e con modalità differenziate. Il trasferimento di attività e funzioni tra l'ospedale e il territorio è oggi continuamente evocato e rischia di generare una migrazione irrazionale di processi e risorse dall'ambito ospedaliero a quello territoriale senza alcuna valutazione di impatto. La valutazione dell'impatto di una nuova modalità organizzativa deve riguardare la comparazione tra la vecchia e la nuova modalità relativamente ad una molteplicità di dimensioni: la valutazione del differenziale di efficacia si deve accompagnare alla valutazione del differenziale di costo (e quindi di costo efficacia). È necessario tenere in debito conto le implicazioni organizzative per il sistema (modifica dei processi, delle strutture, delle responsabilità, della formazione del personale, ecc.) e l'impatto percepito da parte degli utenti del sistema con le conseguenti implicazioni sociali, legali ed etiche. A questo proposito è possibile fare riferimento a quanto concordato a livello europeo nell'ambito del progetto EUNEHTA.

In terzo luogo, come per qualsiasi altro ambito medico (dalla chirurgia, alla riabilitazione alle pratiche di sanità pubblica), si avverte il bisogno di radicare in maniera sempre più forte l'azione educativa, diagnostica e terapeutica del medico di medicina generale su evidenze scientifiche certificate che possano derivare da valutazioni di HTA dedicate allo scopo. L'*International journal of technology assessment in health care* ha ospitato e continua ad ospitare un numero crescente di contributi scientifici orientati alla valutazione multidimensionale dell'impatto delle pratiche di *primary care* nell'ambito dei sistemi sanitari.

In ultima analisi, i principi dell'HTA possono essere adottati per valutare in modo più ampio i modelli organizzativi che si stanno moltiplicando nell'ambito dell'Assistenza Primaria. A livello sia nazionale che internazionale siamo di fronte ad un fiorire continuo di modelli e soluzioni aggregative della *primary care* che spesso disorientano sia gli operatori che i cittadini. Quasi sempre, però, è assente qualsiasi tenta-

tivo di valutare l'impatto che diverse forme organizzative hanno poi sull'efficacia complessiva del sistema sanitario. Evidentemente la complessità di tale valutazione rende difficile questo tipo di analisi ma, considerando l'organizzazione di per se come una "tecnologia", è possibile - e quindi auspicabile - sperimentare le logiche dell'HTA in questo contesto.

La tabella 2 esemplifica le domande alle quali è necessario fornire risposta per giungere ad una corretta valutazione multidimensionale delle tecnologie sanitarie da applicare al contesto dell'Assistenza Primaria.

**Tabella 2 - Dimensioni della valutazione nelle tecnologie nell'ambito dell'Assistenza Primaria**

Dimensioni	Domande
Sicurezza	Di quali evidenze disponiamo in merito al fatto che una data tecnologia utilizzata in ambito di Assistenza Primaria sia sicura o più sicura rispetto ad altri contesti? Esistono evidenze circa il fatto che l'utilizzo di quella specifica tecnologia sia più sicuro in presenza di uno specialista piuttosto che di un medico di medicina generale?
Efficacia	Quali evidenze esistono circa la differenza in termini di efficacia clinica dell'utilizzo della tecnologia in un ambulatorio di un MG rispetto ad un setting ospedaliero? Quali skills e requisiti formativi sono necessari per l'utilizzo di quella data tecnologia da parte di un medico?
Costi	Quali evidenze ci sono circa il costo-efficacia dell'uso della medesima tecnologia in ambito ospedaliero o territoriale? Quali evidenze esistono circa il fatto che utilizzare una specifica tecnologia in un ambulatorio di un MG sia "cost saving" per il sistema sanitario?
Aspetti legali	Quali sono le responsabilità legali per il produttore della tecnologie e per l'utilizzatore nel momento in cui questa venga utilizzata in ambiente non ospedaliero?
Aspetti etici	Quali sono le implicazioni etico-professionali per l'auto-riferimento di un paziente per una specifica procedura presso lo studio del MG?
Aspetti organizzativi	Quali evidenze esistono in merito al cambiamento dei processi organizzativi di erogazione dell'assistenza nell'uso di una tecnologia in ambito territoriale rispetto a quello ospedaliero?
Aspetti sociali	Quali sono le possibili conseguenze sociali in merito all'accesso differenziato dei pazienti a tecnologie basate sul territorio nel caso queste prevedano una quota di pagamento out-of-pocket? La società è disposta ad accettare un eventuale maggiore rischio o una potenziale minore efficacia nell'utilizzo di una determinata tecnologia a fronte di una migliore accessibilità sul territorio della tecnologia medesima?

Fonte: Adattamento dell'autore da Young, Roe e Strauss (1989)

Questo schema può rappresentare una possibile linea guida per l'elaborazione di report di HTA da adottare in sede di programmazione dell'allocazione delle risorse per le tecnologie sanitarie in ambito aziendale o regionale.

A titolo di esempio, si immagini di dover riallocare le apparecchiature ecografiche in un territorio aziendale analogo a quello della AUSL di Bologna. La AUSL oggi assiste oltre 820.000 abitanti garantendo 2.391 posti letto in 9 presidi ospedalieri per acuti e 8 dipartimenti, e mettendo a disposizione del territorio 46 NCP in cui sono presenti globalmente 644 medici di famiglia (in media 14 per NCP) e 111 pediatri di libera scelta (circa 2,4 per NCP).

Globalmente nella AUSL sono disponibili oggi oltre 100 ecografi (dati aziendali, anno 2008). Ipotizzando una redistribuzione di un ecografo per ogni NCP della Asl, la dotazione rimarrebbe congrua e significativa per le attività ospedaliere e per le altre attività territoriali (es. consultori). Attraverso l'aggiornamento professionale dei MMG e la realizzazione di accordi con specialisti territoriali o con gli stessi specialisti ospedalieri attraverso l'ufficio di coordinamento distrettuale, sarebbe possibile erogare le stesse prestazioni oggi erogate in ospedale in contesti organizzativi altrettanto adeguati e certamente a condizioni economiche vantaggiose. È evidente che la decisione dello spostamento di questa capacità operativa passa per l'approfondimento di tutte le dimensioni già prima esplorate:

- Quale utilizzo oggi viene fatto della tecnologia ecografica, in quali contesti si adotta, per quali indicazioni?
- Quali standard di sicurezza devono essere adottati per la corretta realizzazione di indagini ecografiche?
- In quali condizioni e per quali diagnosi è considerato efficace l'uso dell'ecografia (cardiaca, ostetrico-ginecologica, ecc.) e quali sono, di conseguenza, i fabbisogni reali?
- La distribuzione in ambito territoriale degli ecografi (nei NCP, ad esempio) come modifica l'assetto organizzativo aziendale e distrettuale?
- Quali requisiti di professionalizzazione devono essere disponibili per gli operatori (endoscopisti) e quali percorsi di qualificazione dovrebbero essere seguiti dai Mdf per l'utilizzo efficace ed appropriato della tecnologia nelle diverse condizioni?
- Esistono delle conseguenze medico legali o implicazioni etiche nell'utilizzo di queste tecnologie in ambito extra-ospedaliero?
- Come viene percepito dall'utente finale il ricorso al MG per una indagine ecografica?
- Quale impatto economico ha la riallocazione delle attività di indagine ecografica da un setting ospedaliero ad uno territoriale?

Queste indicazioni, di carattere generale, dovranno essere approfondite e replicate per ognuna delle tecnologie sanitarie suscettibili di dislocazione sul territorio per giungere ad una effettiva valutazione del fabbisogno di tecnologie sanitarie nei diversi contesti delle cure primarie.

### **Riferimenti bibliografici**

Belsey R, Baer DM, & Sewell D. *Laboratory tests near the patient*. JAMA, 1986, 255, 775-86.

Stoeckle JD. *Primary care and Diagnostic testing outside the hospital*. Intl. J. of Technology Assessment in Health Care, 1989, 5, 21-30.

Young DA, Roe WI, Strauss MJ. *Technology and primary care in the united states: A Challenge for Technology Assessment*. Intl. J. of Technology Assessment in Health Care, 1989, 5, 9-19.

Jonsson E, Banta HD. *Management of health technologies: an international view*. BMJ 1999; 319: 1293.

Cicchetti A. *Introduzione all'Health Technology Assessment, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2008*.

Società Italiana di Health Technology Assessment ([www.sihta.it](http://www.sihta.it)).



## 9.2 *Aspetti organizzativi per la realizzazione della Assistenza Primaria*

# Indicatori di qualità in medicina generale

**Giampaolo Collecchia**

La valutazione di qualità è sempre più al centro dell'attenzione in medicina generale, sia per migliorare la pratica professionale, sia per altri motivi, ad esempio favorire lo sviluppo di una cultura di *accountability*, basata su modalità assistenziali verificabili e rendicontabili, in funzione del raggiungimento di obiettivi di salute prefissati. La valutazione della pratica è inoltre utile come stimolo per progetti di ricerca, indispensabili per una disciplina culturalmente autonoma che deve produrre conoscenza in risposta a domande derivanti dalla prassi quotidiana. È efficace come strumento di formazione, continua e specifica.

L'esigenza di valutare il livello di qualità professionale è nata soprattutto dall'osservazione della variabilità delle pratiche, fenomeno in realtà non spiegabile in modo esaustivo da diversità di ordine clinico od organizzativo, ma principalmente da analisi in grado di integrare componenti quantitative e qualitative e dimensioni oggettive e soggettive. In particolare la variabilità prescrittiva, spesso utilizzata come paradigma di comportamento inappropriato, non deriva semplicemente da ignoranza o errore ma è in buona parte espressione delle caratteristiche della medicina generale, disciplina caratterizzata da un *setting* turbolento e complesso. La pratica clinica è infatti distante da quella degli studi sperimentali, tanto che si parla di "*medicine-based evidence*" come prerequisito per una *evidence-based medicine*. In medicina generale si passa dalla medicina del possibile, della letteratura, alla medicina delle scelte condivise, si modula la conoscenza teorica alla pratica, tenendo conto dei diversi valori in gioco, individuali e collettivi.

Nei grandi trial, ad esempio, le malattie sono codificate, mentre in medicina generale spesso non si riesce a porre una diagnosi definitiva. Ciò non solo quando la patologia responsabile della sintomatologia viene osservata in una fase troppo precoce della sua storia naturale, ma anche nel caso in cui la malattia si stia sviluppando in una forma imprevedibile. Spesso è necessaria una ridefinizione del concetto di malattia e un ribaltamento dei presupposti della terapia, che non raramente inizia quando la diagnosi non è stata ancora posta. Come teorizzato da F.Olesen, la stessa diagnostica tradizionale non è sufficiente, occorre una valutazione a quattro dimensioni: biomedica, contestuale, psicologica, socio-relazionale. Il significato della diagnosi si colloca non solo nella storia biologica delle persone ma anche in quella biografica. Il processo diagnostico non è soltanto un'operazione scientifica, ma an-

che un evento negoziale tra un professionista, che ha interesse e obbligo per la diagnosi, e una persona interessata soprattutto alla prognosi e alla propria adeguatezza a vivere pienamente la vita. Come scrivono S. Bernabè, F. Benincasa e G. Danti: “*La diagnosi è quindi il risultato di un evento sociale rappresentato dalla relazione negoziale tra il curante e la persona che lo consulta, avente lo scopo di ricongiungere, nella ricostruzione mediante narrazione di una storia biologica condivisa, la visione delle componenti oggettive (la patologia, conosciuta dal medico per competenza disciplinare) e soggettive (l’infermità percepita), per concordare la presenza o meno di una malattia e definire strategie diagnostiche e terapeutiche condivise*”. La diagnosi ha lo scopo di rendere un momento particolare della storia del paziente coerente al suo sapere, dunque non in maniera astratta e atemporale ma, come affermato da G. Montagna, “*in flagranza di vita vissuta*”. Nel confronto tra un professionista, portatore di conoscenze scientifiche, e un paziente, che conosce se stesso, viene prodotta una “nuova” conoscenza, in assenza di una verità a priori, o meglio in presenza di “verità” scientifiche, ma insufficienti per il malato che non percepisce la malattia a livello astratto ma fisico, come interazione corpo-mente. La consultazione si fa strumento di coinvolgimento, condivisione, mezzo per restituire al paziente la reinterpretazione dei problemi e disagi offerti, talvolta per riorientare le sue scelte, quando inadeguate sul piano scientifico. La medicina generale è infatti ambito in cui si esprime in maniera forte il potere negoziale del paziente e ogni decisione viene negoziata e resa effettiva solo se condivisa. Tale condivisione è *conditio sine qua non*, obiettivo clinico oltre che obbligo giuridico, concreta strategia professionale per il raggiungimento di un fine che, per essere realmente perseguibile, deve essere condiviso.

Questo processo assomiglia a “fare una diagnosi” ma non è la stessa cosa, perché il paziente contribuisce a definire il problema e non viene solo definito passivamente in termini nosografici. Come concettualizzato da M. Tombesi, il problema da affrontare è come trasfigurato e non perfettamente definibile nei termini diagnostici classici: tutti gli aspetti sono infatti compresenti e intrecciati, non semplicemente sovrapposti. Se la malattia, in quanto tale, provoca una frattura di senso nell’esperienza esistenziale, incorporarla in un costruito narrativo, coerente con la storia di vita del paziente, diventa, di fatto, atto terapeutico, ed ogni evento che accade al paziente in seguito alla consultazione e ai provvedimenti assunti, anche non strettamente clinico, diventa “esito”, in quanto elemento che entra a far parte della sua storia.

### **Gli indicatori clinici: necessari ma non sufficienti**

Nell’ultimo contratto dei *General Practitioners* inglesi si è affermato per la prima volta che un sistema sanitario deve essere fondato sulla qualità delle cure fornite. Ciò ha spinto anche i medici di famiglia italiani a nuove riflessioni sulla qualità dell’attività professionale. Tuttavia, il modo di intendere la qualità nel contratto dei *General Practitioners* è accettabile solo in parte: vengono infatti proposti prevalentemente indicatori di performance clinica, fortemente orientati alla patologia, mentre hanno mi-



nore rilievo componenti più specifiche della medicina generale, ad esempio quelle identificate dalla Definizione Europea della WONCA (vedi box, in particolare i punti 3,4,8,11), che delinea gli elementi essenziali della disciplina e fornisce un riferimento autorevole sui servizi che i medici di famiglia europei dovrebbero fornire ai pazienti.

### WONCA 2002 - Le caratteristiche della medicina generale

1. Luogo di primo contatto col sistema sanitario
2. Utilizzo efficiente delle risorse
3. Approccio centrato sulla persona
4. Processo di consultazione unico
5. Cure longitudinali e continue
6. Specifico processo decisionale
7. Problemi di salute acuti e cronici
8. Malesseri aspecifici e ad uno stadio iniziale
9. Promozione della salute con interventi appropriati ed efficaci
10. Responsabilità sulla salute della comunità
11. Problemi di salute nella dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale

Così, nel contratto inglese, la qualità nella gestione dell'ipertensione arteriosa (vedi figura I) viene valutata sulla base di criteri e standard non differenti da quelli che dovrebbe utilizzare uno specialista cardiologo o internista.

Gli indicatori peraltro non sono la qualità: la indicano, per definizione, in quanto

**Figura I - Indicatori e standard utilizzati nel contratto dei General Practitioners inglesi per l'ipertensione arteriosa**

<b>Hypertension</b> All minimum thresholds are 25%		
Indicator	Points	Maximum threshold
<b>Records</b>		
BP 1. The practice can produce a register of patients with established hypertension	9	
<b>Diagnosis and initial management</b>		
BP 2. The percentage of patients with hypertension whose notes record smoking status at least once	10	90%
BP 3. The percentage of patients with hypertension who smoke, whose notes contain a record that smoking cessation advice has been offered at least once	10	90%
<b>Ongoing Management</b>		
BP 4. The percentage of patients with hypertension in which there is a record of the blood pressure in the past 9 months	20	90%
BP 5. The percentage of patients with hypertension in whom the last blood pressure (measured in last 9 months) is 150/90 or less	56	70%

variabili in grado di valutare efficacemente i livelli di performance raggiunti, ma, essendo predefiniti, possono perdere la funzione di testimoni a posteriori della qualità realizzata, trasformandosi negli unici obiettivi da perseguire. Il legame tra indicatori e qualità è infatti bidirezionale: gli indicatori permettono di misurarla ma indicano anche la tipologia di qualità che si vuole raggiungere, cioè i valori di riferimento in quell'ambito. Gli indicatori clinici derivano da linee guida e trial controllati e randomizzati, condotti in contesti specialistici, su popolazioni selezionate, ad esempio per quanto riguarda età e comorbidità, da medici selezionati. La conoscenza basata su tali studi viene costruita mediante semplificazioni, "sterilizzando" le variabili individuali e contestuali allo scopo di bilanciarle per ottenere una influenza media. I "rumori di fondo" vengono limitati, mentre la pratica clinica si applica su una realtà complessa, *fuzzy*, nella quale lo sfondo è un elemento fondamentale. Nel prendere decisioni di natura terapeutica, il medico di medicina generale deve infatti prestare attenzione ai singoli pazienti, si deve basare anche su fattori non clinici, confrontarsi con le numerose variabili individuali che possono condizionare le scelte terapeutiche, ad esempio la percezione del desiderio talvolta non dichiarato ma implicito del paziente di assumere farmaci. Si tratta di passare dall'efficacia teorica all'effettività, dai dati oggettivi, preliminari e probabili, ai giudizi soggettivi, condivisi con l'assistito. La cura, "ideale" secondo i dati di letteratura, deve essere giudicata fattibile, le prove pesate su una diversa bilancia, con una taratura differente. La trasferibilità di un risultato alla pratica quotidiana deve implicare un giudizio di valore: il sapere "cosa" fare. La dimostrazione di efficacia di un determinato intervento non determina automaticamente la decisione di utilizzarlo in qualunque contesto. Non implica che esso sia il migliore nel caso specifico, cioè che sia l'intervento giusto al momento giusto, per la persona giusta, o che intervenire, in un caso specifico, sia meglio di non fare nulla, né se il trattamento teoricamente indicato è riconosciuto tale dal paziente. La trasferibilità della conoscenza prodotta per mezzo dei trial alla realtà della pratica quotidiana è per questo spesso difficilmente realizzabile. Il mancato raggiungimento degli standard può così determinare l'attribuzione di giudizi negativi sui medici, quando può in realtà essere causato da variabilità contestuali o particolare composizione della popolazione assistita (*case-mix*).

Teoricamente i migliori indicatori di qualità sarebbero quelli riguardanti gli esiti clinici, tuttavia in medicina generale sono relativamente rari da osservare, distanti nel tempo, influenzati da molte variabili, talvolta indipendenti dalle cure, pertanto inadatti a monitorare e migliorare la qualità delle cure. Per questo sono generalmente utilizzati gli indicatori di processo e di *performance* che peraltro, pur indispensabili per oggettivare la pratica e favorire l'autovalutazione e la responsabilizzazione dei medici, non esauriscono la "clinica" della medicina generale, il cui sistema valoriale determina una complessità assistenziale non riducibile in *items* misurabili. Uno dei rischi insiti nella scelta di indicatori clinici è ad esempio quello di frammentare l'assistenza, di valutare soltanto aspetti facilmente misurabili, omologati alla cultura specialistica.

La medicina generale si caratterizza per l'integrazione tra il misurabile e ciò che

non lo è, identifica e persegue altri obiettivi assistenziali oltre a quelli tradizionalmente adottati in ambito sanitario, valorizza componenti specifiche del suo statuto epistemologico quali la consultazione, intesa come processo relazionale, anche (soprattutto) quando si conclude senza prescrizioni. Il “non fatto”, così come i “non eventi”, fondamento della prevenzione, sono infatti tra gli elementi che meglio definiscono le qualità della medicina generale. Sono aspetti scarsamente oggettivabili ma non per questo non valutabili e descrivibili, pena il rischio di negare la consistenza di molte altre caratteristiche specifiche della Medicina di Famiglia: l’orientamento alla qualità di vita del paziente, l’autonomia, il rapporto di fiducia, l’integrazione con altre figure professionali, il sapiente utilizzo del tempo. Peculiare a questo proposito l’impiego di strategie di lunga durata, a volte al prezzo di un parziale conflitto con gli stessi risultati clinici, ad esempio nella rinuncia a pratiche che, appropriate in termini biomedici, potrebbero compromettere la relazione sul lungo periodo con certe tipologie di pazienti. Condividere l’impostazione di una dieta con un diabetico, insegnare l’automisurazione agli ipertesi, favorire l’autogestione, la capacità di  *coping*  dei malati cronici, il controllo sulla propria vita, informare in maniera obiettiva le persone sui limiti e i rischi degli screening, favorire scelte qualificate in quanto autonome e responsabili sono interventi del medico di medicina generale in grado di realizzare una qualità assistenziale che, pur sostanzialmente immateriale, può essere descritta e valutata, ad esempio mediante strumenti utilizzati e validati in diversi studi (vedi figure II e III).

**Figura II - The patient enablement instrument (tratto da Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, et al. BMJ, 1999)**

<b>The Patient enablement instrument</b>				
<b>As a result of your visit to the doctor today do you feel you are</b>	<b>Much better</b>	<b>Better</b>	<b>Same or less</b>	<b>Not applicable</b>
able to cope with life?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to understand your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to cope with your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to keep yourself healthy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Much more</b>	<b>More</b>	<b>Same or less</b>	<b>Not applicable</b>
confident about your health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to help yourself?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient enablement instrument

**Figura III - Questionario sul “locus of control” (tratto da Bobak M et al. Soc Sci Med, 2000)**

	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Neutrale	Concordo	Concordo fortemente
Sul lavoro sento di avere il controllo di ciò che accade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quello che mi succede nella vita è spesso causato da fattori fuori dal mio controllo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nei prossimi 5-10 anni mi aspetto più esperienze positive che negative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso ho la sensazione di essere trattato male	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negli ultimi 10 anni ho avuto una vita piena di cambiamenti senza sapere cosa sarebbe successo dopo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho smesso da molto tempo di cercare di realizzare grandi miglioramenti nella mia vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Molti lavori suggeriscono inoltre che una minore capacità del paziente di occuparsi della propria salute si traduce in un utilizzo inappropriato dei servizi sanitari e in peggiori esiti. L'orientamento al paziente, tipico della medicina generale, può dunque ottenere risultati positivi anche in termini di *outcome* clinici.

### La soddisfazione del paziente

Diversi studi hanno rilevato che non esiste correlazione tra indicatori di esiti clinici e valutazioni del paziente: la qualità clinica, giudicata con i migliori indicatori di performance, risulta del tutto indipendente dalla soddisfazione del paziente valutata dopo la consultazione. È dunque indispensabile che tali indicatori, e anche quelli degli standard organizzativi, siano integrati da strumenti in grado di valutare l'esperienza diretta dei pazienti, la qualità intesa come capacità di aderire ai bisogni degli assistiti e ottenere la loro soddisfazione per le cure ricevute.

Le indagini di soddisfazione, utilizzate da molti anni nei contesti industriali, sono entrate di recente come indicatori di qualità nell'ambito dei servizi sanitari e sociali. Tale evoluzione, perfettamente in sintonia con le esigenze e le priorità della medicina generale, può essere riconducibile a due tendenze complementari, anche se spesso non coincidenti negli obiettivi: il crescente riconoscimento del diritto alla partecipazione-condivisione delle decisioni da parte dei cittadini; lo sviluppo di una concezione sempre più di mercato di tutta l'area dei servizi, il raggiungimento della *customer satisfaction*. L'accento preferenziale sull'una o l'altra di tali tendenze influenza peraltro sia i contenuti sia le metodologie delle misure di soddisfazione: diverso è definire e

**Figura IV - Il questionario EUROPEP-ITA (tratto da Milano M, Mola E, Collecchia G et al. The European Journal of General Practice, 2007)**

**Questionario EUROPEP-ITA**

**Quale è la sua opinione sul suo medico di famiglia e sul suo ambulatorio?**

Vorremo conoscere la Sua opinione al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati. Nel questionario, già utilizzato in molti paesi d'Europa\*, Le chiediamo di valutare la qualità delle cure che Lei ha ricevuto dal suo medico di famiglia nell'ambulatorio presso il quale si è recato/a abitualmente nell'ultimo anno.

Le informazioni che ci darà saranno assolutamente anonime, infatti non deve assolutamente apporre il suo cognome e nome sul questionario.

Si assicuri di aver risposto a tutte le domande e di aver segnato soltanto una risposta per ogni domanda apponendo un segno (ad esempio una X ) sulla risposta che rappresenta meglio la sua opinione.

Se giudica una delle domande non pertinente al suo caso metta il segno sulla casella dell'ultima colonna ( Non applicabile / Non pertinente ).

\* Grol R, Wenzig M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnsbaw H, Hjortdahl P, Okun F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract 2000.

Età di chi compila il questionario | \_\_\_\_\_ |

Sesso                                    | M | F |

**Qual è il suo parere sul suo medico di famiglia e/o sullo studio del suo medico nell'ultimo anno in relazione a:**

	Scorso ←	Medio	→	Eccellente	Non applicabile / Non pertinente
1. l'impressione che Le sia stato dedicato abbastanza tempo durante le visite ?					
2. l'interesse per la sua situazione personale ?					
3. metterLa a proprio agio per raccontare i suoi problemi ?					
4. coinvolgerLa nelle decisioni riguardanti le sue cure ?					
5. la disponibilità ad ascoltarLa ?					
6. la riservatezza della sua cartella e dei suoi dati ?					
7. il rapido sollievo dei suoi disturbi ?					
8. l'aiuto a sentirsi meglio tanto da permetterLe di svolgere le normali attività quotidiane ?					
9. la scrupolosità ?					
10. il modo di visitarLa ?					
11. la proposta di servizi per la prevenzione (ad es. screening, esami, vaccinazioni) ?					
12. le spiegazioni sullo scopo degli esami e delle cure ?					
13. dirLe ciò che ha desiderato sapere dei suoi disturbi e della sua malattia ?					
14. l'aiuto ad affrontare i problemi emotivi legati alle sue condizioni di salute ?					
15. aiutarLa a capire l'importanza di seguirne i consigli ?					
16. il ricordo di ciò che Le ha detto o prescritto in occasioni precedenti ?					
17. prepararLa a quello che deve aspettarsi dallo specialista o dalle cure ospedaliere ?					
18. la disponibilità del personale dello studio ?					
19. ottenere un appuntamento secondo le sue esigenze ?					
20. contattare telefonicamente lo studio medico ?					
21. la possibilità di parlare al telefono con il medico ?					
22. il tempo dell'attesa in sala di attesa ?					
23. predisporre rapidamente servizi per problemi di salute urgenti ?					

valutare i comportamenti di persone intese come clienti rispetto al tener conto delle percezioni e dei giudizi di pazienti coinvolti nelle scelte riguardanti la loro salute.

L'aspetto fondamentale della valutazione della soddisfazione non è, come spesso avviene, ricercare in maniera acritica la conferma della prassi corrente ma stimolare l'autonomia di giudizio, la dialettica, la crescita di una cultura di partecipazione costruttiva. È dunque necessario incorporare il monitoraggio della soddisfazione del paziente nel percorso di cura, sia come *outcome* in sé, sia come efficace strumento per valutare la percezione dell'assistito nei confronti della qualità delle cure e per ottenere migliori esiti clinici attraverso il miglioramento dell'adesione ai trattamenti e ai controlli. Il livello di soddisfazione del paziente dovrebbe pertanto far parte di tutte le concezioni della qualità in medicina generale, anche se gli indicatori relativi sono difficili da ottenere: il paziente non sempre è in grado di valutare la competenza tecnica del medico e degli altri operatori sanitari, le percezioni e i giudizi sono spesso condizionati dallo stato emotivo e psico-fisico.

La valutazione della soddisfazione dovrebbe essere rivolta non alla prestazione in sé ma alle aspettative e ai bisogni delle persone che la ricevono. Le misure di soddisfazione dipendono infatti sia dal grado e tipo di attesa, sia dal livello di partecipazione del paziente al processo oggetto di valutazione, oltre che ovviamente dal risultato del progetto stesso. Fondamentale è dunque un sistema di rilevazione dei bisogni, espressi e inespressi, la descrizione di quella epidemiologia della domanda in grado di indirizzare le risposte secondo un approccio globale, incentrato sulla condivisione di valori, senso, obiettivi. La soddisfazione non deve essere ricercata in astratto ma utilizzata in situazioni assistenziali precise, spesso, ma non sempre, cliniche, mediante strumenti validati e preferibilmente adattati alla nostra realtà, ad esempio la versione italiana dello strumento multidimensionale EUROPEP (figura IV).

## Conclusioni

Nell'ambito della medicina generale la qualità delle cure non deve essere valutata in astratto ma concretamente orientata al paziente e ai suoi bisogni, per soddisfare le sue esigenze e aspettative. Concetto multidimensionale, soggettivo, a volte ineffabile, in genere difficilmente misurabile, è più utile declinarla in termini di responsabilità, fiducia, continuità, competenza. Affermava Edo Parma: *“La qualità ... deve essere uno stile, un metodo di lavoro, un atteggiamento culturale: non va raggiunta, ma va praticata”*. La si deve ricercare costruendo rapporti tra la storia dei soggetti e gli obiettivi che il medico ritiene utile perseguire nell'interesse del paziente. Una costruzione che deve passare, inevitabilmente, attraverso la condivisione di valori, senso, responsabilità, allo scopo di perseguire obiettivi di salute anche clinici, *evidence-based*, testimoni indiretti della qualità dei percorsi sottostanti. Il processo di coinvolgimento del paziente, nelle modalità con cui vengono perseguiti gli obiettivi, è un determinante della qualità in medicina generale. Gli stessi indicatori clinici possono essere perseguiti solo se

si realizza una condivisione della loro importanza con il paziente. Le modalità di condivisione si collocano in un rapporto di fiducia che si costruisce nel tempo e si basano su attività difficili da oggettivare ma in grado di “indicare” un alto livello di professionalità e di testimoniare indirettamente la qualità delle cure mediante l’integrazione tra *performance* cliniche e competenze specifiche della medicina generale. Accettare la logica della valutazione è necessario e auspicabile, per modificare, quando necessario, la propria pratica professionale, naturalmente con la curiosità e le cautele che questo richiede, ad esempio accettando di mettersi nella logica della sperimentazione, inclusa la valutazione dei possibili effetti avversi.

## Riferimenti bibliografici e sitografici

- Parma E. *La variabilità prescrittiva in medicina generale*. Basi razionali terapeutiche 1995; 25: 1-4.
- Greenhalgh T. *Is my practice evidence-based?* BMJ 1996; 313:957-958.
- Parma E, Caimi V. *Medicina delle prove di efficacia e medicina generale*. In Liberati A (a cura di): "La Medicina delle prove di efficacia". Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1997.
- Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, et al. *Quality at general practice consultations: cross sectional survey*. BMJ 1999; 319:738-43.
- Bobak M et al. *Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven postcommunist countries*. Soc Sci Med 2000; 51: 1343-1350.
- WONCA Europe (The European Society of General Practice / Family Medicine). *La Definizione europea della medicina generale/di Famiglia*. Con il supporto e la cooperazione del WHO Europe Office, Barcellona, Spagna, 2002. [http://www.csermeg.it/allegato/462\\_20071103-212815.pdf](http://www.csermeg.it/allegato/462_20071103-212815.pdf)
- Milano M, Collecchia G. *Trasferibilità della letteratura alla Medicina generale: una griglia di valutazione*. Ricerca & Pratica 2002; 18: 211-216.
- Heaney DJ, Walker JJ, Howie JGR et al. *The development of a routine NHS data-based index of performance in general practice (NHSPPJ)*. Fam Pract 2002; 19:77- 84.
- Olesen F. *A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline*. Family Practice 2003; 20: 318-323.
- Collecchia G, Milano M. *Trasferibilità della letteratura alla medicina generale (II parte)*. Ricerca & Pratica 2003; 19: 142-150.
- Bernabè S, Benincasa F, Danti G. *Il processo diagnostico*. In: Caimi V, Tombesi M. *Medicina generale*. Torino: UTET, 2003.
- Tombesi M. *Lo scenario della qualità, gli indicatori e le trappole*. Qualità in medicina generale: indicatori, scenari, trappole. XVII Congresso CSERMEG. Costermano (VR) 22-23 ottobre 2004.
- Rosengren A et al. *Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11.119 cases and 13.648 controls from 52 countries (the Interheart study): case-control study*. Lancet 2004; 364: 953-962.
- Collecchia G. *Dalla medicina del possibile alla medicina delle scelte condivise*. Tempo medico cuore 2005; 1: 14.
- Valerio M, Di Matteo A, Corrado D, Tognoni G. *Dai bisogni alla soddisfazione*. Prospettive sociali e sanitarie 2006; 18-19: 15-17.
- Milano M, Mola E, Collecchia G et al. *Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of General practice care*. The European Journal of General Practice 2007; 13: 92-94.
- [http://www.csermeg.it/allegato/648\\_20081029-190734.pdf](http://www.csermeg.it/allegato/648_20081029-190734.pdf).



# Il Governo clinico e l'Assistenza Primaria

**Elio Guzzanti**

*Evoluzione dei concetti, della terminologia e della modalità di attuazione, nel passato, nell'ultimo decennio e nelle prospettive del federalismo fiscale*

Parlare del Governo clinico oggi richiama subito le origini della *clinical governance* introdotta dal Libro Bianco *The new NHS: modern, dependable*, che è stato uno dei primi atti del Governo Laburista nel 1997. Nel documento si afferma, tra l'altro che ogni Trust del NHS deve conformarsi al concetto della *clinical governance*, cioè che la qualità sia l'elemento centrale, sia della responsabilità del Trust come organizzazione, sia di ciascuno dei professionisti che ne compongono lo staff.

Nel corso dell'articolo si tornerà, approfondendolo, sul tema ora ricordato, che costituisce peraltro lo spunto per sottolineare che il concetto di responsabilità dei medici nell'ambito delle loro competenze è stato già sancito, sin dal V secolo a.C., nel Giuramento di Ippocrate, con l'affermazione che «regolerò il regime dei malati a loro vantaggio secondo le mie capacità e il mio giudizio, e mi asterrò da ogni mala azione e da ogni ingiustizia».

Nel corso dei secoli, però, e particolarmente dalla fine del XVIII secolo, questa responsabilità si è estesa dal rapporto medico-malato anche alle relazioni con le istituzioni, dal momento che lo Stato ha assunto il compito di assistere le persone, prima quelle indigenti e, progressivamente, la grande maggioranza, se non la totalità dei cittadini.

Usciti da un periodo difficile di confusione tra i medici e gli empirici, dovuta sia alle limitate conoscenze e possibilità della scienza medica, sia alla ignoranza delle popolazioni, verso la fine dell'Ottocento in Italia il ruolo e la responsabilità dei medici hanno ricevuto un formale e solenne riconoscimento da parte dello Stato.

Il Presidente del Consiglio Francesco Crispi, nel presentare il 18 giugno 1888 al Parlamento il testo di quella che verrà poi approvata il successivo 22 dicembre come la legge sulla tutela dell'Igiene e della Sanità pubblica, affermava che il servizio pubblico che ha per scopo la tutela dell'igiene e della salute della popolazione doveva essere affidato, almeno in parte, a cultori delle discipline sanitarie dotati di un sapere tecnico ed una pratica che non sono comuni a persone di altra cultura, così da

provvedere sia ad un lavoro di informazioni e statistico, indispensabile ai legislatori e al Governo per conoscere le condizioni sanitarie del Paese, sia per vigilare sull'esecuzione delle leggi sanitarie ed applicare i provvedimenti che il Governo nell'interesse pubblico crede opportuno di emanare.

Crispi affermava, inoltre, che non essendo chiamato ad interessarsi dell'igiene pubblica l'elemento tecnico che nei Comuni ha l'assistenza clinica degli infermi, l'Italia è un Paese pressoché ignoto dal punto di vista della statistica generale e locale sanitaria.

Come si rileverà da quanto descritto nel presente capitolo, queste affermazioni suonano del tutto attuali, ma il cammino verso il concetto della responsabilizzazione dei medici ha seguito un lungo percorso ed ha interessato diversi Paesi, a cominciare dagli Stati Uniti d'America che hanno assunto specifiche iniziative all'epoca della Prima Guerra Mondiale, con l'adozione, nel dicembre del 1919, di cinque standard ufficiali, collettivamente conosciuti come *The Minimum Standard*, da parte del Board of Regents dell'American College of Surgeons (ACS). Facevano parte del Board eminenti chirurghi di fama mondiale, quali Harvey Cushing, i fratelli Mayo e George Crile, che dettarono le seguenti cinque regole da applicare negli ospedali quale condizione per essere riconosciuti idonei. La *prima regola* richiedeva che i medici e i chirurghi degli ospedali fossero organizzati come un corpo ben definito o staff.

La *seconda regola* indicava i requisiti richiesti per essere ammessi a far parte dello staff, vale a dire la laurea e la abilitazione, ma anche una dimostrata competenza nella branca di esercizio nonché adeguate doti di carattere e di etica professionale. La *terza regola* stabiliva che lo staff doveva proporre norme e regole che, approvate dal Consiglio di Amministrazione dell'ospedale, rendevano effettive le seguenti misure:

- riunioni dello staff da tenere almeno una volta al mese, con la previsione che nei grandi ospedali i dipartimenti potevano tenere riunioni specifiche;
- revisione ed analisi, ad intervalli regolari, dell'attività clinica dei dipartimenti, fondata sull'esame delle cartelle cliniche.

La *quarta regola* precisava in modo analitico le caratteristiche della cartella clinica, tra cui l'anamnesi in dettaglio, la diagnosi provvisoria, la diagnosi definitiva, le condizioni all'atto della dimissione, il follow-up e i riscontri delle autopsie ove effettuate. La *quinta regola* sottolineava l'esigenza di dotare gli ospedali di adeguate strutture diagnostiche e terapeutiche, come minimo consistenti in un laboratorio clinico e un dipartimento radiologico.

L'attività dell'ACS è stata continua ed intensa, tanto che dagli 89 ospedali approvati nel 1919, nel 1950 si era arrivati a 3290, più della metà degli ospedali degli Stati Uniti.

Non essendo più in grado il College di seguire questo programma, soprattutto a seguito del moltiplicarsi di strutture ospedaliere ed extraospedaliere per gli effetti della legge Hill-Burton del 1946 promulgata per potenziare l'intera rete assistenziale, su richiesta dell'ACS e l'adesione dell'American College of Physicians, dell'American Hospital Association e dell'American Medical Association, il programma è stato

affidato ad un organismo privato che ha assunto la denominazione di Joint Commission on Accreditation of Hospitals, la cui attività è stata avviata nel 1953. Praticamente poco o nulla di queste attività è stato adottato in Europa, come dimostra il Regio Decreto promulgato in Italia nel 1938, che, per la prima volta, ha dato una precisa connotazione tecnico-organizzativa alla configurazione e strutturazione edilizia della rete ospedaliera del Paese, nonché alle figure professionali operanti nella stessa, senza però estendersi verso modelli di valutazione delle attività professionali.

Circa trent'anni più tardi, però, anche l'Europa si rese conto che i processi di specializzazione e subspecializzazione in corso, e le nuove possibilità terapeutiche e tecnologiche, richiedevano una profonda revisione dell'organizzazione e del funzionamento degli ospedali, anche in questo caso tenendo conto che negli Stati Uniti era in corso l'adozione della *progressive patient care*, vale a dire quello che recentemente in Italia si definisce come l'ospedale organizzato per intensità di cure, quasi fosse una novità.

Furono pubblicati nel Regno Unito taluni rapporti, di cui il più significativo è quello inglese del 1967 comunemente denominato *Cogwheel Report* dall'ingranaggio a ruote dentate che appariva sulla copertina, a significare che era oramai tempo di raggruppare le specialità in dipartimenti, che il loro funzionamento integrato rappresentava il modo migliore per affrontare patologie sempre più complesse con mezzi diagnostici nuovi, efficaci, ma anche costosi, tali da rendere necessarie sia la periodica *review of the clinical practice*, per rendersi conto di quanto si andassero intrecciando i problemi clinici con quelli di un uso razionale delle risorse, sia l'istituzione della figura del *chairman* del dipartimento e la costituzione di un *executive committee* che comprendeva tutti i *chairmen*.

Nel 1968 in Italia veniva attuata una seconda riforma ospedaliera, anch'essa dettata dall'evoluzione scientifica e tecnologica, ed è importante ricordare alcuni punti di queste normative che hanno attinenza con la questione del cosiddetto governo clinico, ma anche con le attività in grado di controllare da vicino il rischio clinico.

La Legge 132 del 1968, infatti, includeva tra gli "organi" dei costituiti Enti Ospedalieri anche il Consiglio dei sanitari, quale «organo di consulenza tecnica del consiglio di amministrazione», e ne indicava i compiti e la composizione. Una circolare del Ministero della Sanità specificava che «il Consiglio dei sanitari, oltre ad essere l'organo di consulenza tecnica dell'Ente Ospedaliero, ha un autonomo potere di iniziativa che non può non avere un peso rilevante nell'orientare le deliberazioni del Consiglio di amministrazione». Tra le norme collegate alla citata legge, quella relativa all'ordinamento interno dei servizi ospedalieri (DPR 27 marzo 1969, n. 128) dava (art. 10), inoltre, la possibilità di «realizzare, nell'ambito di ciascun ospedale, strutture organizzative a carattere dipartimentale tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, al fine della loro migliore efficienza operativa, economia di gestione e del progresso tecnico e scientifico».

Esistevano quindi le condizioni per una responsabilizzazione dei medici, sia a

livello strategico, con il Consiglio dei sanitari, sia a livello di prima linea, con le possibili costituzioni dei dipartimenti. Questi ultimi hanno stentato ad affermarsi, ma i Consigli dei sanitari hanno in genere coinvolto i professionisti nelle decisioni delle amministrazioni circa la politica sanitaria degli enti, in parte perseguendo anche taluni obiettivi che erano stati proposti. Tra questi figuravano la razionalizzazione dell'uso dei posti letto, l'uso appropriato delle procedure di accertamento diagnostico, la istituzione di incontri periodici dei sanitari, per facilitarne il costante aggiornamento e stimolarne il senso critico, così da ridurre i margini di errore, di rischio e di negligenza.

In materia di rischio, il citato DPR del 1969 introduceva il servizio di fisica sanitaria, tra i cui compiti rientrava, tra l'altro, «la sorveglianza fisica per la protezione contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti». Dieci anni dopo la riforma ospedaliera, la Legge 833 del 1978 istituiva il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), superando il modello dell'assicurazione sociale di malattia e affermando il principio della tutela della salute, da realizzare attraverso le Unità sanitarie locali, i cui compiti comprendevano anche quelli in precedenza svolti dagli Enti Ospedalieri, che quindi venivano aboliti, e con essi scomparivano anche i Consigli dei sanitari, e quindi la partecipazione dei professionisti alle scelte effettuate dagli organi istituzionali in materia di organizzazione sanitaria. Le Unità sanitarie locali venivano articolate in Distretti sanitari di base «quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento», con l'obiettivo di realizzare e coordinare nel territorio le attività precedentemente svolte dai medici delle mutue e di costituirne altre a seconda dei bisogni rilevati. Veniva, altresì, stabilito che «le Regioni nell'ambito della programmazione sanitaria disciplinano l'ordinamento degli ospedali in dipartimenti, in base al principio dell'integrazione tra divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, alla gestione dei dipartimenti sulla base dell'integrazione delle competenze anche attraverso il lavoro di gruppo, nonché al principio del collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri». Vi erano tutti i presupposti, quindi, per organizzare in modo effettivo la medicina del territorio, oggi denominata “cure primarie” per una probabile distorsione interpretativa del termine inglese *care*. Anche il passaggio dal dipartimento “facoltativo” della riforma ospedaliera ad un dipartimento come forma organizzativa “istituzionale” faceva ben sperare, perché il lavoro di gruppo avrebbe potuto costituire l'essenza per la verifica delle attività svolte e delle prestazioni erogate, nonché degli eventi avversi e delle difettualità organizzative interne al dipartimento e/o all'istituzione che lo ospitava. In realtà, per una serie di motivi istituzionali, gestionali e culturali, non molto è stato concretizzato al riguardo, anche se alcuni settori costituiti da medici che avevano avuto esperienze all'estero, come i cardiocirurghi e i cardiologi, si sono adoperati per l'adozione del modello dipartimentale. A seguito dell'avvio del “dipartimento medico-chirurgico di cardiologia pediatrica”, inaugurato l'8 giugno 1982 presso l'Ospedale del Bambino Gesù a Roma dal Pontefice Giovanni Paolo II, veniva anche proposta la seguente

definizione “Il dipartimento è costituito dalla federazione di unità operative che mantengono la loro autonomia, indipendenza e responsabilità, così come quella dei membri che la costituiscono, ma che riconoscono la loro interdipendenza adottando un comune codice di comportamento clinico-assistenziale, didattico e di ricerca, dai profondi risvolti etici, medico-legali ed economici”. Il rilievo dato in questo scritto al problema del dipartimento e l'accento alla cardiologia pediatrica potrebbero apparire irrilevanti rispetto all'argomento di cui si tratta, ed invece così non è. Tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta in Inghilterra, infatti, è esploso il cosiddetto *Bristol case*, cioè gli errori compiuti ai vari livelli di responsabilità presso la Bristol Royal Infirmary, accusata di avere causato la morte di circa 30 bambini e di averne gravemente danneggiati altri perché operati da cardiocirurghi non competenti nello specifico settore. I mezzi di informazione hanno dato ampio risalto alla questione, che era in prima pagina del *Daily Telegraph* nell'aprile del 1995, ed è così che la pubblica opinione ha preso coscienza che molte cose non andavano nel NHS, e che l'affidare al solo General Medical Council il giudizio circa il comportamento dei medici, non era più ritenuto un metodo adeguato rispetto alle nuove ed evolute caratteristiche della medicina e della società. Confermano l'importanza di questo episodio alcune affermazioni apparse nel *British Medical Journal*, tra le quali *il caso dei tre dottori di Bristol rappresenta una pietra miliare nella storia dell'autoregolazione della professione medica nel Regno Unito* (R. Klein nel giugno 1998), oppure editoriali intitolati: *Tutto è cambiato ed è cambiato in modo assoluto; la medicina britannica sarà trasformata dal caso di Bristol* (R. Smith nel giugno 1998); ma anche alcuni commenti sul *Lancet* che attribuivano i fatti alla “mancanza di procedure locali di audit” (R. Sweetman, President of the Royal College of Surgeons). È in questo contesto che il Governo inglese ha presentato al Parlamento il documento *The new NHS: modern, dependable*, un cui paragrafo afferma il concetto del “governo clinico” quale processo capace di far sì che la qualità venga posta al centro della responsabilità sia dei Trusts, sia di ciascuno dei professionisti appartenenti agli stessi. Tra le componenti del governo clinico vengono citate alcune attività, quali l'audit clinico per il miglioramento della qualità da integrare nel programma per la qualità dei Trust e la adozione di interventi per la riduzione del rischio clinico, così da evidenziare gli eventi avversi, risalire alle cause e trarre gli elementi per evitare che si ripetano. Infine, si stabiliva che il Consiglio di Amministrazione del Trust doveva ricevere dal Direttore Generale un rapporto mensile sulla qualità, così come già era in uso per la gestione finanziaria. Il caso di Bristol ha impegnato per tre anni una Commissione di inchiesta, la più rilevante nella storia del NHS, e si è concluso il 18 luglio 2001 con la presentazione del “Kennedy Report”, nel quale si rileva che i gravi fatti accaduti hanno avuto alla radice un ospedale che costituiva un “mondo chiuso”, dove i problemi non erano né identificati né risolti, visto che i clinici non avevano l'abitudine di riflettere sulla loro attività, ma altrettanto carente si presentava la direzione generale nella capacità di comprendere la gravità di quanto stava accadendo. Per impedire che in futuro

possano ripetersi episodi come quello della Bristol Royal Infirmary, che non è un ospedale qualunque, ma un centro di terzo livello di riferimento per circa 7 milioni di residenti nel sudovest dell'Inghilterra e nel Galles del sud, il Kennedy Report ha presentato 198 raccomandazioni per il miglioramento dell'organizzazione e della cultura del NHS. Tra queste, la raccomandazione 57 sottolinea l'importanza dello sviluppo del *teamwork*, nonché del *clinical audit and reflective practice*. Per quanto riguarda l'Italia, chi scrive ha predisposto, come Ministro della Sanità, le linee di guida n. 1/1995 sull'applicazione delle tariffe di assistenza ospedaliera sulla base dei DRG, nelle quali, tra l'altro, si affermava che l'istituzione di un sistema di remunerazione fondato su tariffe predeterminate avrebbe potuto indurre variazioni significative nella condotta clinico-assistenziale tali da influire sulle prestazioni erogate, ed era opportuno dare attuazione operativa al modello organizzativo dipartimentale, nell'ambito del quale avviare sistematiche iniziative di audit medico, finalizzate alla valutazione dell'assistenza prestata, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- tipologia e numerosità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate;
- impiego di risorse umane, strumentali e finanziarie;
- risultati clinici ottenuti, monitorati, su base campionaria, anche nei 30 giorni successivi alla dimissione;
- risultati conseguiti in merito alla qualità della vita dei pazienti.

Si trattava, quindi, di applicare una metodologia, l'audit, che nella sua essenza è stato definito come «l'analisi sistematica e critica della qualità dell'assistenza sanitaria, comprese le procedure usate per la diagnosi e il trattamento, l'uso delle risorse, e i conseguenti risultati clinici e per la qualità della vita del paziente». Come è stato affermato più tardi, infatti, *patient safety and quality of care are indistinguishable*, ma la sicurezza del paziente non dipende solo da errori clinici e dall'assenza o grave carenza della periodica revisione della qualità, perché può essere negativamente influenzata anche dagli stretti rapporti che negli ultimi trent'anni si sono venuti a determinare tra l'attività assistenziale e l'uso delle risorse, in particolare di quelle finanziarie. L'avvio di tale processo ha avuto anch'esso luogo negli Stati Uniti, e precisamente nel Johns Hopkins Hospital, uno dei più famosi ospedali d'insegnamento degli Stati Uniti sin dal 1889. L'ospedale, infatti, sotto la pressione del contenimento delle spese sanitarie reso necessario in tutto il mondo dalla crisi petrolifera dei primi anni Settanta, decise, nel 1973, di darsi un nuovo assetto organizzativo fondato sui dipartimenti, ai quali vennero attribuite anche responsabilità gestionali, esercitate dal capo dipartimento con la collaborazione di dirigenti infermieristici ed amministrativi. L'esperienza del Johns Hopkins è stata colta nella sua importanza in molti Paesi europei, in primo luogo presso il Guy's Hospital di Londra, altro famoso ospedale d'insegnamento sin dal 1820, il cui modello ha largamente influenzato i contenuti del *NHS and Community Care Act* del 1990. Tale norma, dal 1991, ha avviato l'aziendalizzazione e la istituzione dei

NHS Trust, nei quali è previsto un *medical director* che siede nel Consiglio di Amministrazione e coordina i *Clinical Directorates*, cioè i dipartimenti clinico-gestionali ospedalieri con a capo il *Clinical Director*, che tra i loro compiti di responsabilità e partecipazione devono praticare l'audit, quest'ultimo altresì esteso alla medicina del territorio. Nel nostro ordinamento, il Decreto Legislativo 229 del 1999 ha giustamente rilanciato il ruolo del Distretto che, pur definito sin dalla Legge 833 del 1978, ha stentato a decollare, e ha ribadito che l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie. Sulla linea dell'ordinamento inglese, poi, definisce "direttore" il responsabile del dipartimento che, assieme ai colleghi aventi analoghe funzioni, e accanto ai direttori di Distretto e di presidio, partecipa al "Collegio di direzione", di cui il direttore generale dell'azienda si avvale per il "governo delle attività cliniche" e per altre importanti funzioni strategiche, compresa la «valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi». Nel citato D.lgs è ancora presente il Consiglio dei sanitari, ma come "organismo" elettivo aziendale, mentre attualmente, in alcune leggi regionali, il Collegio di direzione ha già assunto la veste di "organo" dell'azienda. La questione dei Distretti non è meno importante ai fini della complessiva prevenzione, identificazione e gestione dei rischi inerenti l'ambito sanitario, eppure in Italia non è ancora stata avviata una politica sanitaria tale da rendere pari alle esigenze la cosiddetta medicina del territorio, che è certamente evoluta in termini di compiti, di attività, di servizi e di strutture, ma non ha ancora un adeguato modello di riferimento che ne assicuri il coordinamento complessivo ed il formale collegamento con l'assistenza ospedaliera. Ancora una volta il riferimento è quello degli Stati Uniti, dove la già ricordata Joint Commission on Accreditation of Hospitals dal 1987 non accredita più solo gli ospedali ma anche strutture e servizi del territorio, per un complessivo di circa 18.000 organizzazioni sanitarie, e per questo ha mutato la denominazione in Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Nel tempo, tuttavia, anche in Italia non sono mancate iniziative per affrontare questa manifesta carenza; ed infatti nelle linee di guida n. 1/1995, ricordate a proposito dell'avvio della remunerazione mediante tariffe predeterminate dei ricoveri ospedalieri, nelle considerazioni finali si affermava l'esigenza di «un nuovo rapporto collaborativo ed integrativo tra i servizi ospedalieri ed i presidi e servizi extraospedalieri, compresa la funzione dei medici e pediatri di base». Nella stessa direzione andava anche l'Atto di intesa tra Stato e Regioni, Linee di guida n. 1/ 1996, che definiva in modo puntuale il Sistema di emergenza sanitaria quale complesso di servizi e prestazioni di emergenza e di urgenza, adeguatamente articolate a livello territoriale ed ospedaliero, con il coordinamento della Centrale operativa. Anche per quanto riguarda i rapporti dei medici di medicina generale è stato scritto che a distanza di quasi vent'anni dalla prima convenzione uscita nel 1978, che segna il passaggio del rapporto giuridico dei medici generali dagli Enti mutualistici alle Regioni, il DPR 484/1996 introduce alcuni fondamentali elementi innovativi, volti a trasformare questo rapporto da meramente istituzionale

a concreta condizione professionale, mediante la puntuale elencazione dei compiti del medico del Distretto. Dei contenuti al riguardo del D.lgs 229 del 1999 si è già fatto cenno, ma solo ora si cominciano a delineare con maggiore precisione e attenzione la funzione, i compiti e le prevedibili modalità di realizzazione di un'effettiva assistenza primaria e sociosanitaria, con la possibilità di istituire un'Area di Medicina generale che comprende i settori dell'assistenza primaria, della continuità assistenziale e della medicina dei servizi. Ne consegue l'esigenza di costituire l'area dell'Assistenza Primaria, che comprenderà anche i pediatri di libera scelta, e che verosimilmente parteciperà, a livello dei Distretti e delle Aziende Unità Sanitarie Locali, all'esercizio del governo clinico. È un'esigenza oramai non più differibile questa, perché la tendenza alla riduzione del numero di posti letto ospedalieri è una realtà, così come lo sono le indicazioni a diminuire i ricoveri ordinari e a disciplinare in modo puntuale il day hospital e la day surgery, la cui attività si tende ad avviare verso il settore ambulatoriale in tutti i casi nei quali ciò sia possibile. Gli ospedali, quindi, dovranno sopportare un particolare carico di lavoro, visto che nelle età più avanzate, oltre alle disabilità più gravi, si manifestano anche episodi di acuzie complessi e critici, e ne è una riprova il fatto che circa la metà dei ricoveri ordinari avviene attraverso il pronto soccorso, in parte considerevole proprio in soggetti anziani. I dipartimenti, quindi, dovranno valutare periodicamente la appropriatezza dei ricoveri, ordinari e diurni, e al tempo stesso vigilare con metodi e mezzi adeguati su tutte le possibili cause di rischio clinico, tra le quali quelle legate all'uso dei farmaci sono rilevanti ma non sono le uniche, in ospedale e nel territorio.

È vero, infatti, che il noto Rapporto *To Err is Human* (IOM, 2000) considera una priorità la riduzione dei rischi ed errori legati all'uso dei farmaci in ambiente ospedaliero, che non sono però meno frequenti nelle strutture per anziani, nelle quali si può verificare un perverso intreccio tra l'uso dei farmaci e dei mezzi di contenzione e la frequenza e gravità delle cadute.

Si consideri che operano nell'ambito distrettuale circa 132 libero-professionisti convenzionati con il SSN, rispetto ai 130.000 dirigenti sanitari del SSN, di cui 111.000 sono medici, e che in questo contesto si contano oltre 270.000 posti residenziali dedicati agli anziani, alla psichiatria e alla riabilitazione ex art. 26 della Legge 833/1978, cioè un numero di posti superiore alla attuale dotazione della rete ospedaliera nazionale. Inoltre, annualmente, più del 60% dei decessi avviene nel domicilio eletto dalla persona, sia il proprio alloggio o quello di congiunti, oppure una residenza, e oltre la metà dei decessi si riferisce alla fascia di età di anni 80 e oltre, nella quale i tumori costituiscono la causa di morte nel 16,5% dei casi rispetto al 52,7% delle malattie del sistema circolatorio. Occorre, quindi, stabilire nuovi, formali ed efficienti rapporti tra la rete ospedaliera e la medicina del territorio, che necessita però di una profonda riorganizzazione affinché sia operativa in modo più ampio e continuo, nel corso della giornata e durante l'anno. Si tratta, infatti, di coprire attività che vanno dalla prevenzione alla diagnosi e cura degli acuti, in ambulatorio e a domicilio, fino alla continuità assistenziale per i pazienti con malattie croniche o non autosufficienti,



accompagnandoli anche nelle fasi terminali, siano essi presso un domicilio familiare o una residenza. In tutte queste circostanze, le possibili condizioni di rischio, e di eventuali errori e loro conseguenze, sono talmente numerose, poco note e in continua evoluzione che, partendo dal rischio clinico, sarà possibile affrontare con metodi e strumenti adeguati tutte le forme di rischio che possono causare danno alle persone assistite, al personale che le assiste e alle persone che a qualunque titolo accedono ai servizi e alle strutture sanitarie e sociosanitarie.

\*\*\*

A seguito della Legge 5 maggio 2009, n. 42, recante «Delega al Governo in materia di federalismo fiscale», viene stabilito il superamento graduale, per tutti i livelli istituzionali, del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno standard per il finanziamento dei livelli essenziali di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera *m*) della Costituzione, che comprendono i livelli essenziali di assistenza sanitaria. A tale riguardo è richiesta la determinazione del costo e del fabbisogno standard quale costo e fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica. In altri articoli e commi della medesima legge si fa riferimento al rispetto dei costi standard associati ai livelli essenziali delle prestazioni fissati dalla legge statale in piena collaborazione con le regioni e gli enti locali, da erogare in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale, nonché delle premialità o delle sanzionabilità degli enti riguardo alla assicurazione dei livelli essenziali delle prestazioni e al rispetto degli equilibri economico-finanziari.

Considerato quanto sopra, e tenendo presente che fino a questo momento le misure adottate hanno avuto in genere carattere normativo e limitativo delle strutture, delle spese e delle tipologie di alcuni settori del SSN, quali gli ospedali ed i farmaci, è indispensabile che avvenga un processo diffuso di «rendersi conto per rendere conto ad altri», cioè ai cittadini ed alle istituzioni, di quanto avviene in ogni attività o servizio del SSN, un mondo oggi praticamente sconosciuto.

Ne è un esempio quello che è l'argomento del presente volume, cioè l'Assistenza Primaria, che essendo praticamente inesistente come tale, è impossibile rinvenirne le tracce nella cosiddetta spesa storica, che al massimo cita l'assistenza di base quale costo delle convenzioni.

Ma il futuro che nel mondo si va preparando è quello di una Assistenza Primaria estesa, che valorizza ogni libero-professionista che stabilisce rapporti formali con il proprio servizio sanitario, non impedisce l'esercizio individuale, ma lo collega ad altri compiti, tempi, attività e doveri da svolgere all'interno di strutture centralizzate dove opera in squadra con altri professionisti, medici e non.

Per facilitare, quindi, la conoscenza delle realtà locali, nei Dipartimenti di Prevenzione, nei Dipartimenti Ospedalieri e nelle attività a carattere dipartimentale da svolgere nella Assistenza Primaria che verrà, è indispensabile che partano da

subito delle iniziative volte a far sì che i professionisti si «rendano conto per rendere conto», un processo essenziale per valutare i fabbisogni, i modi come soddisfarli, la appropriatezza delle prestazioni, la loro efficacia e la economicità possibile nelle singole situazioni di contesto, nazionali, regionali e locali.

\*\*\*\*\*

Nella originaria formulazione della *Clinical Governance*, il *clinical audit* viene portato come esempio per il miglioramento della qualità e questa metodologia può essere adottata dal nostro SSN per verificare se e come le prestazioni garantite dai LEA vengano erogate. Le Regioni, perciò, dovrebbero richiedere alle Aziende sanitarie la documentazione della avvenuta attivazione dell'audit clinico, dimostrata dai rapporti delle riunioni, che debbono essere periodiche e verbalizzate. Dai rapporti dovrebbe emergere come vengono valutate le prestazioni, prima e dopo la loro erogazione, considerando aspetti diversi nelle due fasi di seguito descritte.

### **Valutazione preliminare**

- Il giudizio sulle prestazioni da erogare tenendo conto dell'età, del genere, delle comorbilità, dei fattori di rischio e della situazione familiare e logistica dell'assistito, per definire i tempi e le modalità di erogazione delle prestazioni, considerando anche la capacità tecnica, l'esperienza e l'organizzazione dei diversi setting assistenziali.
- La adozione di linee guida e di percorsi clinico-assistenziali provenienti da fonti affidabili e adatte al contesto.
- La individuazione dei casi nei quali sarà necessaria la continuità assistenziale, domiciliare e residenziale, per la post acuzie, la riabilitazione, la terminalità e la non autosufficienza, così da predisporre tempestivamente gli interventi sanitari e socio-sanitari.

### **Valutazione successiva**

- L'esame della tipologia, complessità e numerosità delle prestazioni erogate.
- La verifica dei risultati clinico-assistenziali ottenuti, nell'immediato e nei successivi controlli.
- La individuazione di eventi avversi, accaduti o evitati, e delle misure adottate per ridurre i rischi.
- Il giudizio sul comportamento del team, nell'insieme e nei singoli componenti, nel rispetto dei ruoli, delle competenze, delle capacità tecniche, dei comportamenti e della comunicazione, e soprattutto dei principi etici e deontologici.

- Il bilancio delle risorse impiegate, in termini di personale, tecnologie, accertamenti diagnostici, farmaci, beni e servizi.
- Il confronto con l'assistito e/o i familiari sulla percezione della qualità della vita a seguito della prestazione, sulla comprensibilità e completezza delle informazioni ricevute, per il consenso informato e per i trattamenti successivi, ma anche sulle condizioni ambientali, logistiche e di rapporti umani riscontrati nel contesto assistenziale.

La conferma, o meno, che la continuità assistenziale è stata realizzata, e la adozione delle modifiche ed integrazioni da apportare al processo per migliorarne i risultati.

Le Regioni, esaminando i risultati dell'audit clinico, potrebbero:

- definire realisticamente le soglie di appropriatezza delle prestazioni da erogare nei diversi ambiti assistenziali;
- valutare le differenze esistenti tra le varie strutture nella capacità tecnica, nel lavoro in team, nella gestione delle risorse, nel favorire l'accesso e l'equità di trattamento degli assistiti, in senso clinico, di rapporti umani e organizzativi;
- assegnare, quindi, su basi più oggettive i budget alle Aziende sanitarie, impegnandole ad attribuire gli incarichi e le retribuzioni di risultato a chi ha operato in modo efficace, efficiente e trasparente.

I **professionisti** potrebbero fare del Governo Clinico non solo un mezzo per partecipare alle scelte strategiche del SSN e per rendere evidenti, a se stessi e agli altri, i risultati della loro attività quotidiana, ma anche uno strumento per promuovere la traslationalità della ricerca, quindi, l'innovazione, oggi ostacolata da due "blocchi".

Il primo di questi ostacola il *bench to bedside*, cioè l'interfaccia tra la ricerca di base e la medicina clinica, e questo aspetto è importante particolarmente per i Policlinici, le Aziende integrate ospedale-università e gli IRCCS, che erogano la maggior parte delle prestazioni di alta specializzazione.

Il secondo blocco non è meno rilevante, perché ostacola il trasferimento degli studi clinici nella pratica assistenziale quotidiana e nella politica sanitaria, quindi problemi che investono sia l'intera rete ospedaliera, sia tutte le attività e i servizi territoriali.

Per i professionisti, quindi, il Governo Clinico e l'audit clinico rappresentano l'occasione per un loro rilancio culturale, scientifico ed operativo, proprio ciò che serve al SSN per tutelare la salute dei cittadini in questo secolo ricco di sfide, quali l'evoluzione demografica ed epidemiologica, ma anche di opportunità, quelle che nascono dalla ricerca e portano all'innovazione.

### Riferimenti bibliografici

- U.S. Public Health Service: *Elements of progressive patient care*. Washington D.C. 1962.
- Organization of Medical Work in Hospitals. HMSO., Londra 1967.
- Guzzanti E. *Considerazioni sulla struttura e sulle funzioni dei Consigli dei sanitari*. L'Ospedale 1968; 12:1-8.
- Heyssel R. et al. *Decentralized management in a teaching hospital*. N. Engl. J. Med 1984; 310:1477-1480.
- Guzzanti E. *Lineamenti di un moderno dipartimento medicochirurgico di cardiologia*. Relazione del centro studi del Ministero della Sanità sulla organizzazione cardiologica del Paese, Roma 1984.
- Guzzanti E. *Il Dipartimento*. Atti dell'XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca e Vascolare, Milano 1985.
- Guzzanti E, Longhi T. *Medicina di base e Medicina ospedaliera*. Federazione Medica 1985; 9:1005-1011.
- Roberts J, Coale J, Redman R. *A History of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Jama 1987; 258:936-940.
- Department of Health. *Working for Patients: Medical Audit*, HMSO, Londra 1989.
- Baker M. *The role of medical directors in Trust Management for hospital doctors*. Butterworth, Oxford 1994.
- The new NHS Modern, Dependable*, Department of Health 1997.
- Bondonio P, Giustini SE, Panti A. *Il medico generale e l'uso efficiente delle risorse*. C.G. Edizioni Scientifiche 1998.
- Gurwitz JH, Field TS, Avorn J. *Incidence and preventability of adverse drug events in the nursing home settings*. Am J Med 2000; 105: 87-94.
- Institute of Medicine's Clinical Research Roundtable JAMA, 2003; 289(10):1278-1287
- Aspden P. *IOM Committee on Patient Safety*. Washington D.C. 2004.
- Fletcher M., Hafner V. *The World Alliance for Patient Safety*. Italian Journal of Public Health 2005; 2:16-19.
- Skeynek G, Bootman L. *Patient safety and medication errors*. Italian Journal of Public Health 2005; 2:25-33.
- Guzzanti E. *L'Ospedale del futuro: origini, evoluzione, prospettive*. Recenti Progressi in Medicina 2006; 97:549-603.
- Guzzanti E. *Le origini, l'evoluzione e le prospettive del Servizio Sanitario Nazionale*. Analysis, 2/3 2009.

## 9.3 La proposta FIMMG

**Giacomo Milillo, Pietro Claudio Rovescala,  
Maria Concetta Mazzeo**

L'analisi FIMMG delle criticità della medicina generale in Italia ha permesso di evidenziare la necessità di non indicare singoli correttivi a ciascun specifico problema, ma di individuare una soluzione di sistema, organizzata, strutturata e articolata. Ecco il perché della scelta del termine Ri-fondazione, per esprimere l'idea di ripensare la medicina generale dalle fondamenta, cercando soprattutto l'obiettivo di ridare motivazione e dignità alla categoria.

La ri-fondazione della medicina generale non è da considerare tanto come una proposta di modelli organizzativi, per i quali la FIMMG prevede la massima flessibilità, quanto come un insieme di provvedimenti che, agendo sull'attuale assetto e interagendo fra loro, sono orientati a creare nuove condizioni di finanziamento, di operatività, di motivazione nella categoria, per consentire alla medicina generale di esprimere al massimo le sue potenzialità assistenziali in funzione delle esigenze della persona assistita e del Servizio Sanitario Nazionale.

La proposta che la FIMMG ha elaborato consiste, quindi, in un progetto articolato che, valorizzando le caratteristiche positive dell'attuale medicina generale, quali il rapporto di fiducia continuato nel tempo e la distribuzione capillare sul territorio, attraverso la messa in atto di una serie di interventi, intende raggiungere tre obiettivi fondamentali:

- portare i medici di medicina generale a lavorare in squadra per superare la condizione di isolamento e autoreferenzialità;
- riscoprire gli stimoli motivazionali capaci di rinnovare lo slancio professionale, il sentimento di dignità e di soddisfazione verso la propria professione;
- consentire ai professionisti stessi e ai committenti di verificare, analizzare, e valutare, attraverso idonei indicatori, l'attività assistenziale erogata, sia in termini di output che di out come, anche per poterla appropriatamente programmare.

L'insieme dei contenuti della ri-fondazione della medicina generale ha rappresentato la base di una progettualità che sta improntando la linea di politica sanitaria del sindacato, anche per la definizione dei contenuti del rinnovo del presente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per il biennio 2006-2007, nell'ambito del quale sono state introdotte, in forma preliminare, soluzioni organizzative ed operative ispirate

alle proposte della ri-fondazione, che si prevede possano trovare una più compiuta realizzazione nel prossimo rinnovo del secondo biennio 2008-2009.

## LAVORARE IN SQUADRA

La medicina generale in Italia è riuscita a garantire negli ultimi 30 anni, caratterizzati da grandi cambiamenti economici, sociali e culturali, un punto di riferimento costante e personalizzato per i singoli cittadini e per le loro famiglie. Questi soggetti, pur confermando la fiducia nel loro medico della “persona”, fanno ormai parte di una società profondamente cambiata nella struttura epidemiologica, nella composizione sociale, nei valori culturali, particolarmente in rapporto al “bene salute”.

Ciò necessariamente comporta un’evoluzione del ruolo della medicina generale, visto che l’obiettivo più urgente rimane sempre quello di dare appropriate risposte di politica sanitaria, e quindi professionali ed organizzative, al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione, garantendo unitamente il contenimento o almeno la razionalizzazione della spesa sanitaria.

Un ruolo complesso, quindi, quello attuale del medico di medicina generale, composto da funzioni, compiti ed attività in continua evoluzione, che, per essere compreso e poi ri-formato, richiede una analisi sistemica, rispetto alle quattro direzioni classiche:

- gestione delle malattie;
- governo della domanda;
- fornitura di servizi di base;
- integrazione di sistema.

Si tratta quindi di progettare ed accompagnare la progressiva trasformazione di una professione finora svolta e gestita isolatamente dal medico solista, che da ora in poi dovrà strutturarsi in una nuova dimensione organizzativa e relazionale.

La stessa aumentata richiesta di assistenza integrata socio-sanitaria come forma di Assistenza Primaria comporta necessariamente un lavoro in team, che richiede un coordinamento fra medici di medicina generale, altri professionisti e altre professionalità, tutto da costruire.

Sarà presto necessario e irrinunciabile un orientamento di politica sanitaria che preveda un ripensamento rispetto al ruolo tradizionale del medico di medicina generale, comprendendo nuovi compiti sia clinici che di prevenzione e quindi con una visione orientata verso la medicina di iniziativa organizzata e sistematica su tutto il territorio nazionale.

La formazione professionale della medicina generale è oggi ancora tutta impostata su un paradigma di ruolo “classico”, derivato dalla formazione universitaria di base prelaurea, strutturata come **medicina clinica “di attesa” individuale**, tipico della gestione delle malattie acute.

Invece il cambiamento dello scenario epidemiologico, con l'aumento esponenziale delle patologie croniche e della necessità di prevenirle sistematicamente, richiede una rapida ri-conversione della formazione verso altri modelli, integrabili sul ruolo tradizionale, quali la **medicina “di iniziativa”** organizzata in team multiprofessionali.

Per fornire una chiara definizione dei termini su indicati, si riporta quanto delineato dal Professor Gavino Maciocco, uno dei massimi esperti e cultori italiani in materia, “...Il paradigma dell’attesa è quello tipico delle malattie acute: attesa di un evento su cui intervenire, su cui mobilitarsi per risolvere il problema. L’attesa è il paradigma classico del modello bio-medico di sanità, quello su cui da sempre si fonda la formazione universitaria, e non deve stupire che sia il paradigma dominante anche nell’ambito della medicina territoriale e delle cure primarie. La medicina di iniziativa è quella che meglio si adatta alla gestione delle cure primarie in generale e delle malattie croniche in particolare (comprese le malattie mentali e l’assistenza ai soggetti tossicodipendenti), dove l’assistenza è per la gran parte “estensiva” e caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, dove il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizio e utenti, tra terapeuta e paziente”.

Pertanto ci si può rifare a tre orientamenti di politica sanitaria internazionalmente accettati che possono guidare il cambiamento:

- **PATIENT-CENTERED:** Centrato sulla persona;
- **CHRONIC CARE MODEL:** Centrato sulla cronicità;
- **COMMUNITY ORIENTED Primary Care model:** Centrato sulla comunità.

---

## La medicina d’iniziativa

### Caratteristiche delle medicina d’iniziativa

- presa in carico a lungo termine
- continuità delle cure e qualità della relazione medico-paziente
- superamento di un modello di medicina d’attesa per acuti e di carattere ospedaliero

### Come realizzare la medicina d’iniziativa (CCM)

- costruire sistema
- ideare strategie specifiche
- definire bisogni stratificati per gravità
- identificare il case manager
- registrare le patologie
- incentivare in linea con la community oriented primary care

## La medicina d'iniziativa

La medicina d'iniziativa costituisce dunque un approccio particolarmente adatto alla gestione preventiva delle complicanze delle malattie croniche, che può favorire un aumento dell'efficienza del sistema se si considera che attualmente i malati cronici, pur costituendo solo il 25% dei pazienti, consumano l'80% delle risorse. Un modello tuttavia che inserisce le esigenze del singolo paziente, quanto più possibile informato e consapevole e capace di autogestione, anche nella più ampia dimensione della comunità attraverso il piano integrato di salute e l'integrazione socio-sanitaria. Occorre potenziare sia la proattività degli interventi sanitari sia il follow up della cronicità.

---

### Box. Le patologie croniche in Italia

**In Italia i malati cronici sono in continuo aumento. Attualmente le malattie croniche interessano:**

- il 36,6% della popolazione totale;
- l'80,7% della popolazione anziana;
- il 9,9% dei giovani sotto i 24 anni contro il 9,7% del 2001.
- il 35% degli uomini sopra i 60 anni che ha due o più malattie croniche, con una situazione che si aggrava negli anni, soprattutto nelle donne

*Fonte: VII edizione annuale del Rapporto sulle Politiche della Cronicità - Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici - Cittadinanzattiva. Anno 2007*

---

### Box. Le patologie croniche in Europa

**In Europa le patologie croniche:**

- Provocano l'86% dei decessi e il 77% del carico di malattia;
- Assorbono il 70-80% delle spese sanitarie;
- Hanno un crescente impatto economico sui sistemi socio-sanitari;
  - In Danimarca rappresentano il 70-80% delle spese per l'assistenza sanitaria;
  - In Svezia il 90% dei costi totali per le condizioni osteoarticolari è composto da costi indiretti (congedi per la malattia 32%; pensionamenti precoci 59%);
  - In Olanda più di 15 miliardi di euro dedicati.

*Fonte: OMS - "Gaining Health", presentato in occasione del comitato regionale per l'Europa - 56° sessione - La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche. Copenhagen, 11-14 settembre 2006.*

Il modello di assistenza ai cronici deve trovare spazio, oltre che nella programmazione sanitaria, nella stessa convenzione dei medici generali. Un siffatto modello assistenziale porta con sé alcune questioni di fondo da affrontare e risolvere.



Intanto la riorganizzazione dell'ambulatorio e la definizione dei compiti del personale infermieristico e di altro personale non medico come i dietisti, i fisioterapisti e altro. Inoltre la definizione di indicatori di processo e di risultato sui quali misurare le performances dei medici (compresa la loro capacità di gestire un team multidisciplinare) anche al fine della retribuzione, non più ancorata soltanto alla quota capitaria. Infine la capacità di intervenire sulla collettività dei pazienti mediante un'opera di educazione alla salute e di induzione di forme di autogestione della malattia.

Pertanto, visto che l'approccio più adeguato alla gestione diretta delle patologie croniche si è dimostrato essere la medicina di iniziativa, i medici di medicina generale, con l'utilizzo degli archivi di dati dei loro assistiti ed il supporto dei collaboratori di studio, formati ad hoc, sono in grado di convocare, coinvolgere e cooptare direttamente i pazienti cronici e i pazienti che rientrano nei percorsi preventivi, operando nell'ambito di un rapporto fiduciario già strutturato nel tempo, con percentuali di adesione al "richiamo" assolutamente impensabili per qualsiasi altro professionista della salute.

La caratteristica di questa attività è la sua altissima efficacia nel lungo periodo rispetto agli altri interventi del SSN, perché sostenuta dal rapporto fiduciario del MMG, specie per quanto riguarda il rinforzo del messaggio per la aderenza alla terapia ed alle modifiche comportamentali, sia nel momento del richiamo diretto, che negli altri accessi occasionali, potendo anche agire ed interagire con i componenti del gruppo familiare, al fine di effettuare una vera e propria formazione in itinere sugli assistiti.

Pertanto, il rapporto medico-assistito si dovrà connotare di ulteriori contenuti professionali che comportano un background di cultura organizzativa che supporti la capacità del medico a "guidare ed accompagnare" l'assistito nel percorso assistenziale che si compie fuori dal suo studio, nell'assistenza domiciliare, nella presa in carico della tutela e promozione della salute con un'impostazione di "medicina di iniziativa", e non di semplice "attesa" del manifestarsi dei bisogni.

La tabella 1-derivata dall'analisi del V REPORT Health Search, Istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina generale, Anni 2007- 2008 - data base riferito a 900

**Tabella 1**

<b>Cluster di attività del medico con attività tradizionale</b>	<b>% Impegno orario sul totale</b>
Attività clinica in studio su pazienti acuti e cronici in "medicina d'attesa"	45%
Domiciliarità estemporanea e programmata	5%
Attività burocratico-amministrativo-istituzionale	45%
Medicina preventiva "di attesa" o "di occasione"	5%

Fonte: V Report Health Search - Istituto di ricerca della Società Italiana di medicina generale – 2007-2008

medici di famiglia distribuiti sul territorio italiano-permette di visualizzare sinteticamente la struttura operativa della medicina generale attuale.

In un quadro epidemiologico come quello del nostro Paese (vedi capitolo 3) risulta evidente come il ruolo tradizionale del medico di famiglia sia sovraccaricato da attività di tipo “burocratico-amministrativo-istituzionale”, che limitano il tempo che il medico dovrebbe dedicare alle reali necessità di prevenzione e cura delle malattie, e, in particolare, ai nuovi compiti di medicina di iniziativa per la gestione delle patologie croniche e della prevenzione.

Pertanto, alle attività domiciliari, alla presa in carico della cronicità e alla medicina preventiva il medico può dedicare tempi considerati da tutti gli osservatori, medici stessi, altri professionisti del settore, persone assistite (vedi capitolo sulle criticità della MG), assolutamente insufficienti a coprire il cambiamento dei fabbisogni sanitari della popolazione.

Analizzando infatti l'attività del medico di medicina generale e riconducendola ad una modellistica in grandi linee, utile a scopo esemplificativo, che classifichi clusters di attività, quello “**burocratico amministrativo istituzionale**” comprende attività che dovrebbero necessariamente essere, in gran parte, delegate, più appropriatamente, a collaboratori di tipo segretariale.

Il tempo recuperato dalla riduzione di tali attività può essere utilmente impegnato dai medici di medicina generale per altre tipologie concretamente innovative di attività clinica, relazionale e gestionale, sia a domicilio che in studio.

Il lavoro di gruppo, che si esprime alla massima potenzialità con il lavoro di squadra, nasce dalla esigenza di ricomporre periodicamente il lavoro dopo averlo frammentato, per scopi organizzativi e funzionali di maggiore risultato rispetto al lavoro del singolo.

Ogni organizzazione, infatti ha l'esigenza di attribuire alle persone/risorse che la compongono quote di incarichi differenziati, se si debbono raggiungere obiettivi superiori alle capacità operative individuali, come nel caso della medicina di iniziativa organizzata, quando si deve procedere periodicamente ad una analisi sistemica della situazione nel lavoro di natura professionale.

I principali obiettivi del lavoro dei team diventano quindi: verificare autonomamente i risultati, garantire un metodo di lavoro condiviso, interpretare moderatamente le esigenze della comunità e delle persone, adeguando la risposta professionale alla trasformazione dei bisogni della popolazione.

Un'evoluzione della sanità di tale portata, in assenza di una programmazione nazionale e regionale, di una coerente ri-formazione dei professionisti e di un sistema di verifica dei risultati, rischia di generare salti evolutivi nel buio, con fughe di intere generazioni di professionisti maturi, ormai potenzialmente prossimi alla fine della carriera, verso il pensionamento ed il conseguente svuotamento del prezioso rapporto fiduciario sul territorio.

Uno dei compiti essenziali dei programmatori nazionali e regionali consiste

quindi nell'operare scelte politiche sanitarie efficaci ed eque, progettando e realizzando, con una tempistica adeguata, un sistema formativo coerente nella strategia e nei contenuti a quanto siglato negli accordi nazionali, mirato alla ri-formazione dei medici di medicina generale, a partire dalle funzioni di coordinamento.

L'obiettivo finale del lavoro di squadra e proattivo è quello di creare i presupposti di una interazione tra un paziente informato e un MG messo nelle condizioni di erogare Assistenza Primaria di qualità adeguata alle risorse disponibili, realizzando un miglioramento dello stato di salute della popolazione ed una maggiore soddisfazione delle persone assistite, sia a livello individuale che di comunità di cittadini.

## **IL PROBLEMA DELLA CONCORRENZA TRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE. PROPOSTA DI ACCESSO UNICO E DI EVOLUZIONE DELL'ASSETTO PROFESSIONALE**

Eliminare o attenuare la concorrenza fra singoli medici di medicina generale è condizione essenziale per consentire loro di lavorare in squadra. Fino a quando l'indicatore fondamentale di successo professionale ed economico sarà il numero degli assistiti in carico, non potrà esserci vero gioco di squadra fra i medici di medicina generale.

La soluzione più semplice, fra l'altro quella fino ad ora proposta dalle organizzazioni sindacali più rappresentative, potrebbe essere ridurre la differenza fra rapporto ottimale (numero degli assistibili che consente l'inserimento in convenzione di un medico) e massimale (numero massimo di scelte acquisibili dal singolo professionista convenzionato).

Questa soluzione ha però sempre trovato forte opposizione nelle categorie di medici in attesa di inserimento nel convenzionamento della medicina generale, in quanto riduce le loro possibilità di accesso agli incarichi nel settore di Assistenza Primaria.

La proposta FIMMG prevede invece che per attenuare il fenomeno della concorrenza sia necessario garantire al medico, fin da quando assume la convenzione, un'attività professionale che preveda una piena occupazione e introdurre un meccanismo rispetto al quale non siano l'acquisizione delle scelte in carico, o la loro riduzione, elementi capaci di determinare significative variazioni nell'entità della retribuzione.

Ciò implica, da un lato la revisione della struttura del compenso, e dall'altro la previsione di opportunità di affermazione professionale anche diverse dal semplice aumento o conservazione del numero di scelte in carico.

Come è stato evidenziato nel capitolo delle criticità, il medico inizia la sua attività nella medicina generale assumendo l'incarico di continuità assistenziale (ex guardia medica) con 28 ore settimanali; attualmente è previsto che nel momento in cui a tale incarico si aggiunge quello dell'Assistenza Primaria con acquisizione di scelte, si debba ridurre l'attività oraria, fino ad interromperla completamente al raggiungimento di 650 scelte

in carico. Da quel momento il medico perde la possibilità di effettuare attività oraria di continuità assistenziale, ed il relativo compenso, ed è costretto ad impegnarsi per aumentare rapidamente il numero di scelte in carico, fino al massimale.

Se il medico potesse acquisire la convenzione in medicina generale con un incarico equivalente alla piena occupazione, proponendo lo stesso debito orario previsto per la dipendenza medica, cioè con 38 ore settimanali, potrebbe articolare il suo impegno in attività di continuità assistenziale e/o in altre attività su base oraria. Si propone quindi di attivare un meccanismo per cui all'aumento del numero di scelte corrisponda la riduzione dell'attività oraria e, viceversa, alla diminuzione del numero di scelte corrisponda un aumento dell'attività oraria. In tal modo l'entità del compenso professionale rimarrebbe sostanzialmente invariata, perché connessa ad un'attività complessiva, benché articolata nella composizione fra componente assistenziale e altre attività.

Per realizzare questa condizione è però necessario superare la distinzione dei medici di medicina generale in diversi settori.

La proposta della Ri-fondazione di introdurre il cosiddetto "accesso unico" all'area della medicina generale prevede il superamento dell'attuale distinzione fra il rapporto convenzionale della continuità (ex guardia medica) e quello dell'Assistenza Primaria (medici di famiglia) che attualmente vengono assunti in due momenti diversi sulla base di distinte graduatorie. Dopo la formazione specifica, dovrebbe essere prevista un'unica graduatoria di accesso all'incarico convenzionale a tempo indeterminato per la medicina generale.

Secondo la proposta, in fase iniziale il medico dovrebbe essere impegnato esclusivamente in attività orarie, in analogia a quanto previsto per il tempo pieno del medico dipendente (38 ore settimanali). Tale debito orario inizialmente potrebbe essere impiegato in prevalenza per garantire la funzione di continuità assistenziale, ma anche per erogare alla popolazione prestazioni di assistenza domiciliare o di prevenzione o per collaborare con gli altri medici di medicina generale alla realizzazione di specifici progetti assistenziali che prevedano attività programmate e d'iniziativa, quali l'assistenza a patologie croniche.

Nel corso degli anni successivi, dopo un periodo di tempo di durata che andrà negoziata e che potrebbe ragionevolmente corrispondere a 3-4 anni, il medico dovrebbe poter acquisire scelte da parte degli assistibili e contemporaneamente essere ammesso a funzioni diverse. Con il passare degli anni, la maturazione dell'esperienza e l'acquisizione di specifici titoli di formazione, il medico di medicina generale potrebbe essere impegnato, con attività oraria specificamente determinata su base settimanale allo svolgimento di funzioni quali:

- la facilitazione dell'audit clinico;
- la gestione del sistema informativo;
- l'animazione della formazione specifica;
- l'esecuzione di prestazioni diagnostiche o terapeutiche che prevedono l'impiego di tecnologie (elettrocardiogrammi, spirometrie, ecodoppler, telemedicina, ecc.);

- l'esercizio di competenze specialistiche vocazionali, compresa la piccola chirurgia;
- il coordinamento di specifici progetti assistenziali, con particolare attenzione all'integrazione con i servizi specialistici e ospedalieri;
- la ricerca in medicina generale e la sperimentazione di farmaci e/o la farmacovigilanza;
- il coordinamento della squadra;
- la formazione specifica e permanente, anche in ambiente universitario;
- la partecipazione ad organismi aziendali, regionali e ministeriali di programmazione e gestione.

Lo svolgimento delle diverse funzioni dovrebbe essere dimensionato e coordinato nella squadra in relazione alle esigenze organizzative e assistenziali. L'assunzione delle particolari funzioni da parte dei singoli medici dovrebbe avvenire sia su base volontaria ed attitudinale, sia in applicazione di una regolamentazione che preveda criteri di esperienza e di formazione per l'esercizio di ciascuna funzione specifica.

A tale proposito si cita l'esperienza del Regno Unito, ove a partire dal 2002 è stato introdotto un nuovo profilo clinico-professionale per il medico di medicina generale definito "General Practitioner with Special Interests" (GPwSI), cioè il medico di famiglia con interessi clinici speciali. Tale nuovo profilo, oltre a svolgere le funzioni tradizionali del suo ruolo esprime anche un particolare interesse, avendo in dotazione delle specifiche competenze, in un'altra disciplina, più propriamente in alcuni aspetti della disciplina specialistica (vedi Box). Anche studi condotti in Australia confermano che l'ultraspecializzazione della medicina ospedaliera lascia al territorio la gestione di spazi di cura di minore intensità per la medicina ospedaliera, ma di maggiore complessità per gli standard della medicina di famiglia. Di tali ambiti si possono occupare i medici di famiglia competenti "negli aspetti più complessi della medicina".

Esistono anche in Italia prime applicazioni sperimentali di coinvolgimento di medici di medicina generale con speciale vocazione e competenze, come l'esperienza della UTAP di Zugliano o quella di tutorship della provincia di Trento.

---

### **Box. Schema professionale orientativo per il GPwSI**

Il Department of Health e il Royal College of General Practitioners nell'aprile 2002 hanno elaborato uno schema professionale orientativo per il GPwSI fornendo precisi criteri di accreditamento e di impiego, così sintetizzabili, alla luce di successive revisioni:

- Garantire un ruolo di leadership e di coordinamento nei servizi;
- Erogare assistenza specialistica intermedia relativamente solo ad alcune patologie nell'ambito delle specialità;
- Promuovere l'aggiornamento, la formazione e la tutorship nella disciplina di proprio interesse rispetto agli altri GP e ad altre figure del team;
- Continuare a svolgere le funzioni di GP.

Nella realtà italiana l'adozione di tale figura richiederà la previsione di un idoneo accreditamento (vedi Box rispetto a quanto avvenuto nel Regno Unito), nonché l'approfondimento delle modalità organizzative più appropriate a realizzare un'integrazione fra questo nuovo profilo e la specialistica territoriale.

Le ore da dedicare a queste diverse funzioni possono essere distribuite tenendo conto di un equilibrio dinamico fra attività oraria e numero di scelte, ponendo come assunto una equiparazione delle 38 ore settimanali al valore del rapporto ottimale corrispondente a 1.000 scelte. Rispetto a tale punto di partenza si propone che all'aumentare del numero di scelte si riduca proporzionalmente, secondo parametri predeterminati, il numero delle ore impiegate in funzioni diverse da quella della medicina di famiglia e viceversa, lasciando possibile la ri-acquisizione dell'attività oraria in caso di riduzione, anche volontaria, del numero delle scelte.

Una volta che sia stato istituito l'Accesso Unico, e quindi il ruolo unico, in quest'ultimo potrebbero confluire anche i medici attualmente convenzionati per il settore della Medicina dei Servizi, settore posto "in esaurimento" dal D.lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

Si creerebbe così la possibilità di realizzare un'**Evoluzione dell'Assetto Professionale (E.A.P.)**.

Ciò rappresenta una risposta adeguata alla ormai diffusa demotivazione nella categoria, anche legata, come già descritto, alla crescente burocratizzazione del lavoro e, soprattutto, alla mancanza di una prospettiva di progressione professionale. In nessun altro campo lavorativo, i professionisti si attendono di lasciare l'attività a 70 anni allo stesso livello di carriera con cui avevano iniziato 30 o 40 anni prima.

Considerando che da anni il MG svolge anche funzioni non strettamente di Assistenza Primaria, legate alla didattica (animatore, tutore, docente, audit), alla ricerca, al management sanitario (gruppi di lavoro, commissioni distrettuali, aziendali o regionali), "si avverte fortemente, oggi, la necessità di riscrivere tutte queste funzioni che ruotano attorno all'attività "core" del MMG (il prendersi cura del paziente, della salute della comunità, della gestione delle cure primarie), fondamentali per favorire la crescita professionale".

Pertanto la previsione di un percorso evolutivo della professione, denominato **Evoluzione dell'Assetto Professionale**, rappresenta un elemento imprescindibile della motivazione professionale oltre che una necessità per valorizzare e per assolvere in modo più efficace le attività emergenti di insegnamento e ricerca, accanto all'assistenza.

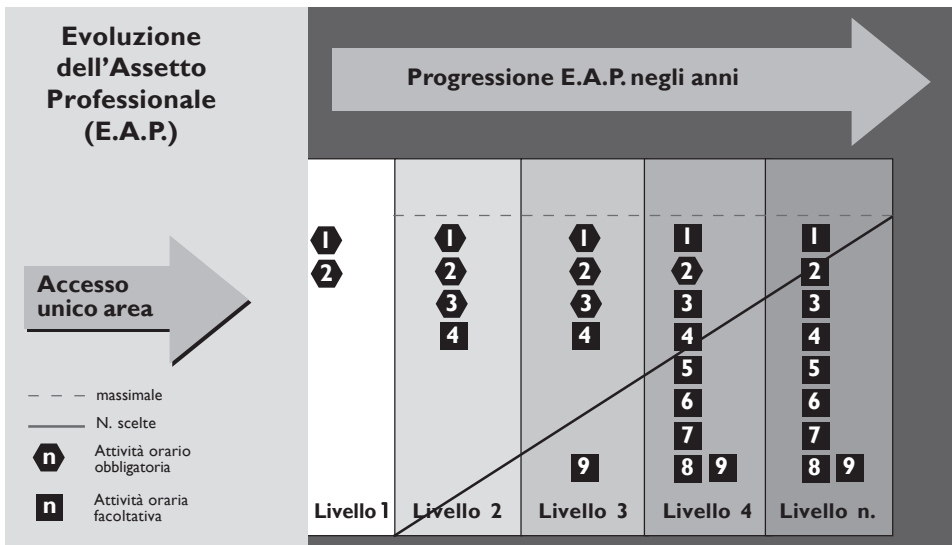
Nella figura I è rappresentata schematicamente una ipotesi di come si potrebbe articolare nei contenuti e nel tempo l'Evoluzione dell'Assetto Professionale del medico di medicina generale.

Ogni livello (identificato a scopo puramente esemplificativo), che si prevede distanziato dal successivo da un intervallo di tempo di durata da definire (si propone di circa 3-5 anni), comprenderà corrispondenti attività orarie obbligatorie e/o fa-

coltative. In particolare, si prevede possano essere obbligatorie le attività di continuità assistenziale nei primi anni della storia professionale del medico, mentre le stesse attività possono diventare facoltative per il medico più anziano. Altre attività, quali quelle relative al coordinamento o alla formazione saranno sempre facoltative, nel senso che possono essere accettate o meno dal singolo medico. Per poterle svolgere il MG dovrà aver maturato un certo grado di esperienza e/o aver acquisito titoli di formazione che potrebbero essere identificati nell'ambito degli ACN.

L'andamento regolarmente ascendente della linea continua della figura rappresenta una ipotetica progressione, costante, del numero delle scelte in carico. Nella realtà, questa linea potrebbe assumere un andamento irregolare, magari caratterizzato da una deflessione, con il passare del tempo e l'aumento della esperienza, a causa dell'assunzione di ore, per esempio, di attività di coordinamento o di insegnamento.

**Figura I - Schema esemplificativo della Evoluzione dell'Assetto Professionale**



1. Attività di continuità assistenziale notturna, diurna, feriale e festiva, domiciliare e ambulatoriale
2. Attività di assistenza domiciliare programmata, integrata e residenziale
3. Attività assistenziali programmate quali progetti prevenzione, ambulatori dedicati a malattie croniche, prelievi o PPIP (ecg, eco, TAO)
4. Attività relative alla gestione del sistema informativo (analisi epidemiologiche, ecc.)
5. Attività di formazione, docenza e audit (dentro e fuori l'UMG)
6. Attività organizzative e gestionali dentro l' UMG (coordinatore UMG) e fuori dall' UMG (attività dirigenziale)
7. Tutoraggio ed attività seminariale universitaria e di formazione specifica
8. Attività valutativa per l'esame di stato.
9. Attività di ricerca

## L'UNITÀ DI MEDICINA GENERALE

La necessità del lavoro in team dei medici di medicina generale è sostanziata nel documento della FIMMG con la proposta di costituzione delle Unità di medicina generale (UMG), denominate nel nuovo ACN Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della medicina generale. L'UMG/AFT è una squadra, un team; non è un'associazione nel senso consueto del termine. Per comprendere i motivi che hanno determinato nel progetto di ri-fondazione il passaggio dall'associazionismo, già previsto e diffuso in molte realtà regionali, alle UMG/AFT è necessario evidenziare le sostanziali differenze fra il concetto di associazione, sia essa semplice, in rete o in gruppo, e il concetto di UMG/AFT.

L'associazione, così come definita nei vari ACN, prevede che più medici di medicina generale possano avviare un rapporto di collaborazione e di collegamento a carattere volontario, libero e paritario tra colleghi, rispetto al quale sono individuati incentivi specifici. Nelle forme associative, i compiti comuni a tutti i componenti sono limitati sostanzialmente al coordinamento degli orari di accesso agli studi in modo da garantire almeno 6 ore al giorno. Per il resto i medici continuano a svolgere esclusivamente i compiti convenzionali individuali, non essendo previsti criteri o requisiti specifici in termini di organizzazione del lavoro finalizzati alla definizione di una mission comune delle attività.

L'UMG/AFT rappresenta di fatto il superamento delle attuali forme associative previste dall'ACN.

La medicina di gruppo viene anch'essa superata dalla UMG/AFT sul piano del riconoscimento convenzionale e dei relativi incentivi, ma avendo come caratteristica fondamentale la sede unica, può essere ricompresa all'interno e nell'ambito della UMG/AFT, attraverso la messa a disposizione della sede e della logistica che possono costituire un substrato strutturale ed organizzativo di una parte della definitiva UMG/AFT.

Per il vincolo imposto dal doppio accesso al settore della continuità assistenziale e a quello dell'Assistenza Primaria, le associazioni sono composte esclusivamente da medici di medicina generale del settore di Assistenza Primaria. Come conseguenza di ciò sono escluse le prestazioni di competenza della continuità assistenziale e quindi le 12 ore di accessibilità allo studio medico e le 24 ore di assistenza domiciliare.

Le UMG/AFT, come definite nell'ultimo ACN, rappresentano un elemento di progresso che permette di coniugare il superamento del lavoro isolato con la necessità di garantire alla popolazione assistita in modo unitario e coordinato tutte le funzioni e i compiti della medicina generale, non solo assistenziali, ma anche di formazione e ricerca, rispondendo così alla necessità di identificare la mission comune della squadra.

L'UMG/AFT potrà pertanto rappresentare uno strumento finalizzato a consentire il coordinamento dell'azione dei singoli MMG, in modo da garantire la



massima sinergia e la realizzazione efficace ed efficiente di quei livelli di assistenza che il professionista non può assicurare in un assetto da solista, il tutto nel pieno rispetto della irrinunciabile autonomia professionale individuale.

La necessità di erogare l'Assistenza Primaria garantita dalla medicina generale secondo principi e criteri di equità di accesso e di uniformità a tutti i cittadini, come da livelli essenziali di assistenza, è il presupposto alla obbligatorietà di adozione di tale modello erogativo elementare, così come concordato tra medici di medicina generale e parte pubblica. È evidente che ciò rappresenta un primo passo fortemente innovativo, vero e concreto segnale che il cambiamento debba essere orientato tanto verso le esigenze assistenziali dei cittadini, quanto verso l'identificazione di forme organizzative capaci di garantire un livello omogeneo di efficienza ed efficacia, come solo il lavoro in team può garantire.

L'Unità di medicina generale è quindi l'unità organizzativa elementare a cui afferiscono i medici dell'area della medicina generale. L'Unità di medicina generale si configura, quindi, come un sistema di relazioni fra MMG, estremamente flessibile, che potrà essere configurato in qualsiasi modello erogativo, identificato in relazione agli orientamenti delle singole regioni, alle caratteristiche oro-geografiche ed ai bisogni della popolazione assistita.

Una descrizione dell'UMG/AFT può essere sintetizzata nei seguenti punti:

- è composta indicativamente da 10 a 20 medici di MMG (a seconda del contesto oro-geografico e della programmazione regionale e aziendale);
- assiste la popolazione individuata dall'insieme di iscritti alle liste dei MMG che la compongono (quindi da 15 a 30.000 cittadini);
- al suo interno, ciascun MMG è titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato con previsione di piena occupazione, articolabile in attività oraria e attività fiduciaria (vedi classificazione seguente);
- nell'ambito di competenza, ciascun MMG garantisce agli assistiti che lo hanno scelto le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura previste nell'ambito del rapporto fiduciario e contribuisce in modo coordinato ad erogare le prestazioni che gli accordi nazionali, regionali e aziendali attribuiranno al team (continuità dell'assistenza, ADI, gestione delle patologie croniche e integrazione ospedale/territorio, ecc.);
- è priva di personalità giuridica, ma può essere supportata da società di servizio, anche di tipo cooperativo, relativamente alla funzione di garantire ai MMG dell'UMG/AFT l'acquisizione efficiente dei fattori di produzione.

L'attività del MMG nell'UMG/AFT può essere distinta in due categorie fondamentali, cui corrispondono diversi e più articolati sistemi di retribuzione:

- **Attività di tipo fiduciario**

Connesse alla scelta elettiva del cittadino, sulla base di un rapporto di fiducia

nei confronti del singolo professionista. Il MMG acquisisce assistiti in carico secondo modalità corrispondenti all'ultimo Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 previste per i MMG del settore Assistenza Primaria, rispettando un meccanismo flessibile di compensazione scelte/ore. Tale attività andrà organizzata dal MMG secondo criteri di congruità che risultino funzionali al complesso dei compiti assistenziali da erogare nei confronti delle persone assistite.

- **Attività di tipo orario o per obiettivo**

Non direttamente connesse alla scelta elettiva da parte di un cittadino, ma necessarie sia a supportare efficacemente le attività di assistenza fiduciaria, sia a realizzare attività assistenziali comuni a tutta la popolazione assistita dall'UMG/AFT, comprese alcune attività attualmente svolte dai medici della Medicina dei Servizi.

L'attività oraria, organizzata all'interno dell'Unità, potrebbe comprendere:

- attività di continuità assistenziale notturna, diurna, feriale e festiva, domiciliare e ambulatoriale;
- attività di assistenza domiciliare programmata, integrata e residenziale, attività assistenziali programmate quali progetti prevenzione, ambulatori dedicati a malattie croniche, prelievi o prestazioni PPIP (ecg, eco, TAO);
- attività di audit, all'interno e al di fuori dell'UMG/AFT;
- attività relative alla gestione del sistema informativo (analisi epidemiologiche, ecc.);
- attività di formazione;
- attività di docenza;
- attività organizzative e gestionali all'interno dell' UMG/AFT (coordinatore UMG/AFT) e al di fuori dall'UMG/AFT (partecipazione alle attività di programmazione e gestione distrettuali e aziendali);
- “tutoring” ed attività seminariale universitaria e di formazione specifica, attività valutativa per l'esame di stato;
- attività di ricerca.

Come già illustrato precedentemente la proposta prevede complementarietà fra attività oraria e attività fiduciaria, in modo che all'aumentare del numero delle scelte diminuisca proporzionalmente il carico orario da svolgere e viceversa, prendendo spunto dal meccanismo a riguardo già previsto dall'ultimo ACN 23 marzo 2005, articolo 39 comma 5.

A regime, tutti i MMG dovrebbero arrivare ad articolare la propria attività professionale fra attività fiduciaria e oraria o per obiettivo secondo equilibri corrispondenti a parametri prestabiliti.

Una certa flessibilità sarà comunque necessaria, a garanzia dell'unitarietà funzionale dell'UMG/AFT, da realizzare attraverso l'autodeterminazione dei profes-

sionisti nell'ambito di un coordinamento demandato all'UMG/AFT stessa. Fermi restando i livelli di assistenza che l'UMG/AFT deve necessariamente garantire, la soluzione ottimale potrebbe essere individuata nella possibilità di personalizzare l'impegno del singolo professionista tenendo conto anche di particolari condizioni (età, maternità, salute, competenze specifiche, ecc.).

Per lo svolgimento delle attività attribuite è necessario che ogni UMG/AFT:

- possieda un proprio sistema informativo con collegamento in rete, ove possibile connesso al sistema aziendale e/o regionale;
- sia coordinata da un MMG, che svolga anche funzioni di interfaccia tra l'UMG/AFT e la struttura aziendale di riferimento (Distretto, Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali);
- preveda, al suo interno, figure di coordinamento di specifiche attività (informative, formative, progetti assistenziali, ecc.); tutte figure di ordine funzionale e non gerarchico.

I compiti affidati dagli accordi alle UMG/AFT possono essere schematizzati come segue:

- garantire la continuità dell'assistenza domiciliare nelle 24 ore e tutti i giorni della settimana;
- garantire un ampliamento degli orari di accesso alla consultazione ambulatoriale della medicina generale fino a 12 ore diurne o alle 24 ore;
- valutare i bisogni della popolazione assistita e la qualità dell'assistenza erogata (governance clinica);
- realizzare progetti di medicina di iniziativa su patologie croniche rilevanti (diabete, rischio cardiovascolare, bpc, ecc.);
- sviluppare un sistema di relazioni tra professionisti medici di medicina generale e pediatri di libera scelta con specialisti e ospedalieri e altri profili professionali, che riconosca da un lato gli ambiti di responsabilità professionale della medicina generale, come condizione per assicurare continuità ai percorsi diagnostico-terapeutici degli assistiti, e valorizzi dall'altro la competenza specifica degli specialisti nell'ambito di linee guida condivise;
- attivare la partecipazione a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione.

È evidente che l'UMG/AFT per lo svolgimento delle funzioni e compiti sopra elencati dovrà prevedere la presenza di collaboratori di studio, nonché di tecnologie e strutture adeguate, la cui distribuzione dovrà corrispondere a criteri di allocazione orientati all'Health Technology Assessment (HTA).

## UNITÀ COMPLESSA DI CURE PRIMARIE (UCCP)

In base a quanto finora descritto, appare evidente che l'UMG/AFT debba integrare la propria attività con quella di altri professionisti convenzionati del territorio, di altre professionalità e dell'ospedale.

Questo tipo di integrazione può avvenire nell'ambito di organizzazioni che la proposta di Ri-fondazione ha denominato “modelli erogativi” e che il nuovo ACN ha chiamato “Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)”. Questa denominazione, proposta e sostenuta dalla S.I.S.A.C. (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati), che gestisce per la parte pubblica i rinnovi convenzionali, che in origine aveva addirittura avanzato l'ipotesi di Unità Operativa Complessa di Cure Primarie, non ha trovato il gradimento della categoria perché troppo ricca di analogie con l'organizzazione della dipendenza e suggestiva dell'ipotesi che possa essere individuato un analogo di un responsabile di struttura complessa nella categoria dei liberi professionisti, prospettiva categoricamente esclusa da tutte le Organizzazioni Sindacali della medicina generale.

Nell'ambito del nuovo ACN ed in prospettiva, l'UMG/AFT potrebbe costituire il modello erogativo più semplice.

Secondo l'ultimo ACN, la differenza fra AFT e UCCP consiste nelle categorie di professionisti che ne entrano a far parte. La prima è un'entità omogenea per categoria, essendo composta solo da medici di medicina generale, la seconda coinvolge, con modalità diverse, i pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati.

Neppure l'UCCP si struttura in una configurazione prestabilita; può, infatti, avere una sede unica in cui sono concentrate tutte le attività dei professionisti e degli operatori, oppure essere caratterizzata da una struttura a rete consistente in più sedi distribuite sul territorio, con una di riferimento in cui sono accentrate alcune attività, tecnologie e servizi. L'UCCP viene a configurarsi come una “squadra allargata” di professionisti che, pur assolvendo ciascuno i propri compiti, riferisce la mission comune alla stessa popolazione definita.

## LA RISTRUTTURAZIONE DEL COMPENSO

**Giacomo Milillo, Dario Grisillo, Silvestro Scotti, Raffaele Vanacore**

La ristrutturazione del compenso rappresenta uno dei passaggi più importanti e complessi della proposta di ri-fondazione della medicina generale. L'obiettivo della ristrutturazione del compenso è correggere diversi aspetti critici di sistema della medicina generale:

- ridurre la concorrenza fra medici sulla singola scelta;
- costruire un sistema premiale orientato al carico di lavoro ed alla qualità;

- garantire continuità e progressione nell'evoluzione dell'assetto professionale;
- distinguere quanto spettante al medico quale onorario per la sua attività professionale, da quanto è finalizzato al finanziamento dei fattori di produzione (strutture, personale, attrezzature, ecc.);

Un primo elemento di complessità è dovuto al fatto che, mentre oggi ad ogni settore della medicina generale corrisponde uno specifico sistema di retribuzione, con l'introduzione, prevista dalla proposta di ri-fondazione, dell'accesso e del "ruolo" unico, lo stesso individuo potrà trovarsi a svolgere contemporaneamente funzioni diverse nell'ambito di un lavoro di squadra, e i diversi meccanismi dovranno essere resi fra loro coerenti.

L'ipotesi prevista dalla proposta di ri-fondazione della FIMMG prevede due fasce distinte:

- una che remunera l'attività professionale;
- una che finanzia le spese per l'acquisizione dei fattori di produzione, compreso il personale.

### **Remunerazione dell'attività professionale**

Le voci che concorrono a comporre questa parte di compenso corrispondono a funzioni e compiti del medico di medicina generale.

Le attività che devono essere remunerate sono classificabili in due categorie fondamentali:

1. quelle correlate all'assistenza che il singolo medico assicura a ciascuno degli assistiti che lo hanno scelto nell'ambito del ciclo di fiducia (di seguito chiamata per brevità "attività fiduciaria"), non direttamente correlabili ad attività oraria uniformemente distribuita nel tempo;
2. tutte le altre, quali la continuità assistenziale, la medicina dei servizi, le attività riconducibili a quelle dei General Practitioner with Special Interest inglesi, quelle dedicate a specifici servizi a supporto dell'attività della squadra, come le attività di coordinamento del sistema informativo piuttosto che di specifici progetti assistenziali, prevalentemente organizzate, o comunque organizzabili, in attività orarie settimanali.

Si può assumere che la retribuzione delle attività fiduciarie potrebbe essere conservata in forma di quota capitaria, purché opportunamente articolata in modo da premiare il carico di lavoro e associata a forme di compenso finalizzate ad incentivare la qualità (pay for performance) oltre che corretta estrapolando le spese per la fornitura

dei fattori di produzione. La conservazione della quota capitaria si impone anche per non determinare, in un periodo caratterizzato da diversi cambiamenti, un alto livello di imprevedibilità della spesa complessiva. Del resto, in un contesto in cui la concorrenza è ridotta o eliminata attraverso altri meccanismi e il rimborso delle spese è oggetto di specifico finanziamento, la quota capitaria esprime appieno i vantaggi della semplicità di calcolo e di proporzionalità del compenso al numero delle scelte in carico, e richiede una correzione solo per la promozione della qualità dell'assistenza.

Esiste comunque l'esigenza di una ponderazione più appropriata della quota capitaria, rispetto a come prevista attualmente, risultando collegata solo alle fasce di età con conseguente attribuzione di una quota aggiuntiva per ogni assistito di età uguale o superiore a 75 anni o inferiore ai quattordici; si potrebbe ad esempio far riferimento a coefficienti di ponderazione che tengano conto il più possibile del reale carico assistenziale, cioè della reale quantità e complessità di prestazioni che le persone assistite di quella età richiedono.

Pertanto, la proposta riguarda la possibilità di associare alle fasce di età un coefficiente di ponderazione legato all'assorbimento di risorse, come ad esempio un indice indiretto del carico assistenziale derivante dalla presenza di patologie croniche, secondo un meccanismo attualmente adottato dalle regioni per il finanziamento dei SSR.

A questo proposito potrebbe risultare utile all'intero sistema, l'avvio di uno studio osservazionale nazionale che permettesse di rilevare la prevalenza e il reale "carico assistenziale" di ciascuna patologia cronica, almeno di quelle a più alto impatto socio-assistenziale, in un campione statisticamente rappresentativo della popolazione distinto per fasce di età.

Comunque, assumendo come punto di partenza quello sopra descritto, in un'area professionale omogenea dove lo stesso professionista può svolgere in parte "attività fiduciarie" ed in parte attività oraria è importante poter mettere in relazione queste due diverse organizzazioni del lavoro, nonché la loro valorizzazione economica, trovando un punto di equivalenza tra tariffa oraria e quote capitarie che permetta di dare coerenza al sistema di retribuzione.

Fino ad ora gli ACN hanno individuato tale punto di equivalenza nel rapporto tra il massimo numero di ore settimanali (40 nel 1980, epoca della sua definizione) e il valore del massimale (1.500), stabilendo arbitrariamente che ogni ora di attività settimanale corrispondesse all'assistenza di 37,5 assistiti. Non c'è però una chiara dimostrazione a favore di questa soluzione, anche perché il tempo medio per assistito non è mai stato individuato da studi accurati, nè è detto che sia possibile individuarlo in modo preciso, per la grande variabilità e imprevedibilità del dato. Sulla base di calcoli fondati sul valore economico attuale dell'attività oraria e fiduciaria, è invece possibile formulare un'ipotesi funzionale a creare una coerenza retributiva fra le varie funzioni. Con questo metodo, il punto di equivalenza più idoneo risulta essere di 1.000 quote capitarie equiparabili a 38 ore settimanali. Assumendo tale parametro, infatti, si realizza una equa corrispondenza tra l'attuale valore della quota

capitaria, (circa 40 euro/anno) e la retribuzione della attività oraria svolta dal medico di C.A. (circa 22 euro). Inoltre si metterebbe in relazione il rapporto ottimale vigente di 1.000 scelte, che corrisponde grosso modo all'attuale media nazionale di attribuzione dei pazienti ai MMG, con la attività a "tempo pieno" della C.A.

Secondo questa ipotesi il medico di medicina generale svolgerebbe un'attività clinica riferibile a 38 ore settimanali o 1.000 scelte o a un mix delle due e la remunerazione corrispondente al compenso minimo che il professionista acquisirebbe con l'assunzione dell'incarico convenzionale, sarebbe equivalente a 1.000 quote capitarie.

Un sistema così congegnato offrirebbe al medico, fin dall'ingresso in convenzione, una retribuzione dignitosa. Inoltre, il meccanismo di compensazione economica per cui al crescere delle scelte diminuisce il numero delle ore settimanali retribuite e, al contrario, alla diminuzione delle scelte corrisponde un recupero delle ore, attenuerebbe fortemente, fino quasi ad annullarlo, il fenomeno della concorrenza fra medici.

La retribuzione complessiva del medico potrebbe aumentare nel tempo con la sua maturazione professionale, in parte attraverso il superamento delle 1.000 scelte, in parte attraverso una maggiore valorizzazione delle ore dedicate ad attività più complesse di quella di continuità assistenziale, quali quelle di coordinamento, di formazione, insegnamento, ricerca ed altre ancora.

Alla quota capitaria ed al compenso orario, potrebbero comunque essere affiancati altri sistemi di retribuzione diversi al fine di premiare rispettivamente la quantità e la qualità del lavoro, quali ad esempio il *fee for service*, il pagamento per singola prestazione, e il *pay for performance*, in cui la remunerazione è legata al conseguimento di indicatori di performance.

Tutte le forme di compenso dell'attività professionale possono trovare adeguata sede di aggiornamento nell'ambito del rinnovo degli Accordi Collettivi Nazionali, che in Italia ricevono finanziamenti paragonabili, se non identici, a quelli riconosciuti al comparto del pubblico impiego.

## **Finanziamento dei fattori di produzione**

La necessità di distinguere il finanziamento dei fattori di produzione dall'onorario professionale, abbandonando la formula della quota capitaria omnicomprensiva, è determinata dalla necessità di renderli concretamente sostenibili, commisurando il finanziamento ai costi reali piuttosto che alle cosiddette dinamiche salariali.

Tale obiettivo può essere raggiunto con modalità diverse di finanziamento, sostanzialmente distinguibili in tre categorie: il rimborso a pie' di lista, il rimborso forfettario e la fornitura diretta dei fattori di produzione da parte dell'azienda sanitaria. Le tre modalità non sono necessariamente fra loro incompatibili ed è possibile anche ipotizzare la loro contemporaneità, con livelli di espressione di ciascuna calibrata in relazione alle condizioni oro-geografiche, socio-demografiche e di disponibilità di risorse umane ed economiche del contesto.

Il **rimborso a piè' di lista** comporta una rendicontazione molto dettagliata che aggiunge incombenze burocratico-amministrative ai medici e alle aziende sanitarie, ma presenta il vantaggio di garantire la completa copertura delle spese sostenute. Per evitare un'eccessiva espansione dei costi devono essere previsti precisi standard strutturali e di servizio ammessi al rimborso. Questi dovranno essere oggetto di contrattazione periodica, indipendentemente dall'evoluzione dei costi dei beni e servizi relativi. Questo meccanismo, se applicato in modo estensivo, comporta la più bassa prevedibilità della spesa finale complessiva. Il rimborso a piè di lista è più adatto al finanziamento dei costi del personale di studio, sia dei collaboratori che degli infermieri, quando sia stato individuato il fabbisogno orario di queste professionalità.

Il **rimborso forfettario** consentirebbe di evitare una rendicontazione precisa delle spese, ma deve essere fondato su un preventivo dettagliato di beni e servizi necessari all'attività professionale, commisurato agli standard desiderati e in qualche modo verificabili. Con questo sistema il medico assume su di sé il rischio di dover spendere più di quanto riceve, ma anche l'opportunità di gestire autonomamente, da solo o con altri colleghi, l'acquisizione dei fattori di produzione e di poter realizzare economie che gli consentano di acquisire più beni e servizi di quelli previsti o di migliore qualità. Un altro vantaggio di questa forma di rimborso consiste nel fatto che l'azienda sanitaria è sollevata da qualsiasi incombenza burocratico-amministrativa, che comporta costi non facili da quantificare. La necessità di garantire livelli almeno costanti, se non crescenti, di standard organizzativi, impone una rivalutazione periodica di tali finanziamenti totalmente disgiunta dalle dinamiche salariali e di inflazione programmata, ma assolutamente vincolata all'evoluzione dei costi reali, siano essi in aumento che in diminuzione. La spesa finale dell'azienda, dopo la contrattazione, è totalmente prevedibile.

Infine, si propone la **fornitura diretta dei fattori di produzione** da parte dell'azienda sanitaria, che peraltro risulta la modalità meno gradita alla categoria, che teme possa comportare interferenze da parte della azienda, con dinamiche di lavoro tipiche della gerarchia aziendale, e quindi meno adatte alla necessaria flessibilità del lavoro del professionista convenzionato. Inoltre, tale modalità presenta complessità giuridiche in merito ai problemi di responsabilità, sicurezza del lavoro, per quanto riguarda il personale, pur comportando il vantaggio di poter dedicare alla medicina generale risorse umane, strutturali e attrezzature già esistenti nelle aziende sanitarie e non diversamente utilizzabili o alienabili. La scelta di questa soluzione richiederebbe necessariamente una precisa regolamentazione, tutta da produrre ex novo, delle condizioni di uso di strutture e attrezzature e di impiego del personale.

Un argomento importante a favore di un finanziamento separato dal compenso dei fattori di produzione è rappresentato dalla differenza dei loro costi in luoghi diversi del territorio nazionale, ma anche all'interno della stessa regione. Soprattutto



i costi di locazione e di alcuni servizi sono molto diversi in un contesto metropolitano, rispetto a quello di un piccolo centro o di insediamenti a bassa densità di popolazione, in zone di forte sviluppo economico rispetto ad altre depresse. Questi vincoli, fra l'altro, suggeriscono l'opportunità di prevedere un decentramento a livello regionale e aziendale della negoziazione di standard e/o entità del finanziamento, a partire da un livello di base uniforme a livello nazionale.

Le prospettive di evoluzione della medicina generale, che la vedono sempre di più organizzata in aggregazioni che dovranno condividere almeno parte delle attrezzature, del personale e dei servizi indispensabili all'erogazione dell'assistenza, pone la necessità di una approfondita riflessione sul ruolo importante che potrebbero svolgere "società di servizio", anche non-profit, non solo nella gestione e fornitura dei fattori di produzione della medicina generale, su richiesta degli stessi medici o delle aziende sanitarie, ma anche dei servizi di integrazione socio-sanitaria, per i quali società cooperative sociali possono costituire partner di importante interesse. L'argomento sarà approfondito nel capitolo dedicato al ruolo del terzo settore (7.7), in particolare nella parte riguardante le cooperative sociali e le cooperative di servizi.

## **LA PARTECIPAZIONE AI MOMENTI DECISIONALI**

La proposta sottolinea la necessità di altre forme di integrazione e partecipazione dei medici di medicina generale utili a superare isolamento, autoreferenzialità e disagio della categoria. Pertanto, accanto alla proposta del lavoro in squadra e dei relativi modelli erogativi si richiede la creazione delle condizioni necessarie a realizzare una efficace ed incisiva partecipazione dei MMG ai momenti di programmazione e gestione del SSN, attraverso un riconosciuto ruolo consulenziale nell'ambito dei vari organismi, nonché l'introduzione di meccanismi di partecipazione garantita e strutturata dei professionisti convenzionati alle attività di programmazione a livello distrettuale, aziendale e regionale ed al governo clinico, affidando ai medici convenzionati le funzioni di management organizzativo all'interno delle aggregazioni funzionali e dei modelli erogativi.

In particolare si conferma la necessità di attivazione sistematica degli Uffici di Coordinamento dell'Assistenza Distrettuale, previsti ma non presenti nella maggior parte delle sedi e comunque finora efficaci solo in poche realtà.

## **L'INTEGRAZIONE CON ALTRE FIGURE PROFESSIONALI**

La ricerca della migliore sinergia fra i professionisti convenzionati della sanità (medici di medicina generale, pediatri, specialisti ambulatoriali) per evitare duplicazione

di prestazioni e inutili conflittualità sui rispettivi compiti, deve poter trovare momenti di condivisione già a partire dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali, nell'ambito dei quali possono essere previsti articoli che individuino il miglior coordinamento dei compiti di ciascuno, con la previsione di "messe a punto" regionali ed aziendali.

Rispetto alla relazione con la rete delle farmacie convenzionate, siano esse private o comunali, la FIMMG si farà parte attiva di un reciproco riconoscimento e coordinamento dei rispettivi compiti assistenziali, affinché il cittadino possa usufruire di una rete di professionisti fra loro complementari e coerentemente orientati nelle azioni, nei messaggi, nelle facilitazioni agli accessi alle prestazioni, in linea con quanto previsto dal DDL sulle *"Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, nonché in materia di processo civile"* in particolare all'art. 11 (delega al Governo in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del SSN nonché disposizioni concernenti i Comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti), che prevede al punto a) la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia a supporto delle attività del medico di medicina generale.

Anche per quanto riguarda il rapporto con le professioni sanitarie dal profilo riconosciuto è arrivato il momento di definire modelli diversi di collaborazione, che consentano a ciascun professionista l'esercizio dell'autonomia necessaria in relazione ai diversi livelli di responsabilità, da definire e ripensare in particolare nei casi in cui dovessero trovarsi a collaborare medici liberi professionisti convenzionati con infermieri dipendenti di enti pubblici o privati.

La medicina generale è ormai da tempo consapevole che la riqualificazione della propria figura professionale necessita della valorizzazione delle funzioni e dei compiti di tutti i professionisti e degli operatori che compongono la rete dei servizi di tutela della salute dei cittadini, con particolare riguardo alla figura dell'assistente sociale, ma anche alle cooperative sociali e alle associazioni di volontariato, tutte risorse fondamentali per consentire di andare incontro ai bisogni di Assistenza Primaria, spesso bisogni integrati socio-sanitari, complessi e quindi necessitanti di un approccio specifico e multidisciplinare.

## **PRINCIPI E CRITERI PER LA VALUTAZIONE DELLA ATTIVITÀ DELLA MEDICINA GENERALE NELLA ASSISTENZA PRIMARIA**

La parte più significativa del lavoro svolto dai medici di medicina generale, non risulta attualmente misurabile e analizzabile, con la sola eccezione delle prescrizioni di accertamenti, consulenze, ricoveri e farmaci.

Da ciò emerge la necessità di identificare indicatori specifici che consentano di valutare in senso qualitativo e quantitativo l'attività della medicina generale, sia a livello nazionale che locale, nell'ambito di un sistema di raccolta e inserimento di dati

di attività omogenei fra loro, in modo da consentirne l'analisi, individuare standard, programmare e pianificare eventuali correttivi.

Pertanto l'intera categoria dei medici di medicina generale si deve mostrare capace di "accountability", cioè capace di conoscere e valutare la propria attività, nei confronti di:

- committenti;
- istituzioni preposte al monitoraggio e all'attivazione di strumenti di miglioramento della qualità;
- propri pazienti e comunità locale in genere;
- altre figure professionali del team.

Si rendono pertanto necessari una serie di passaggi per raggiungere obiettivi attualmente solo prefigurati o parzialmente raggiunti solo in alcune realtà di eccellenza, ma certamente non ancora sistematici.

Gli aspetti da sviluppare e gli obiettivi da realizzare si possono sintetizzare come segue:

1. identificazione di indicatori specifici dell'attività della medicina generale a cura di una Commissione permanente che comprenda il Ministero della salute, le regioni e i rappresentanti della categoria, con il coinvolgimento delle società scientifiche del settore. Gli standard di riferimento di ciascun indicatore, in particolare di quelli relativi agli outcome, dovranno invece essere definiti a livello periferico, in relazione al contesto e ai bisogni specifici della comunità locale; una volta messo a regime tale sistema di indicatori e relativi standard, sarebbe ipotizzabile prevedere l'introduzione nella struttura del compenso di incentivi correlati al raggiungimento di standard negoziati; ciò naturalmente tenendo conto di luci ed ombre, vantaggi e svantaggi, dell'esperienza inglese.
2. Sul piano organizzativo, quanto riportato dalla letteratura relativa all'esperienza inglese, sottolinea la necessità che i medici dedichino tempo aggiuntivo, rispetto a quello destinato alle attività tradizionali, necessario per l'inserimento dei dati, per la ricerca delle evidenze, per i corsi formativi, per le riunioni di audit. L'esigenza di ottenere dati omogenei fra loro, inoltre, ha suggerito la necessità di identificare figure preposte a supervisionare il sistema informativo, per la standardizzazione dei dati e la produzione di presentazioni in formato comprensibile; come anche si conferma la necessità, già prevista in Italia, di un responsabile per la sicurezza e la riservatezza dei dati sensibili per il rispetto della normativa sulla privacy.
3. Per quanto riguarda la dotazione tecnologica dei medici di medicina generale la situazione di partenza è caratterizzata da una certa disomogeneità, sia in termini di hardware che di software, ma anche riguardo alle competenze specifiche dei

medici, per alcuni dei quali è lavoro già abituale, mentre per altri rappresenterà lavoro aggiuntivo. Anche nell'esperienza inglese tale disomogeneità ha rappresentato un ostacolo significativo; ciò conferma quindi la necessità, anche in Italia, di prevedere una dotazione di base delle tecnologie informatiche, sia hardware che software, oltre ad una formazione specifica.

È evidente, quindi, la grande importanza che assume il processo di informatizzazione degli studi medici al fine di realizzare audit e accountability con impiego di risorse umane ed economiche dedicato.

Gli attuali livelli di informatizzazione sono il risultato di oltre 10 anni di incentivi economici all'uso facoltativo del computer nella pratica clinica, uso divenuto obbligatorio a partire dall'ACN del 2000.

La categoria presenta un elevato livello di informatizzazione, stando a dati del 2008 riferibili ad una serie di indagini informali condotte da soggetti diversi, che riportano che il 70% dei medici di famiglia dispone di un computer e di un programma di gestione della scheda sanitaria individuale, fra questi, solo il 40% circa è in grado, direttamente o affidando il compito a collaboratori di studio, di sfruttare a pieno l'attrezzatura informatica nella sua attività clinica di studio, e meno del 20% è capace di utilizzarla in rete.

È quindi necessaria una notevole accelerazione del processo di piena informatizzazione della medicina generale attraverso due linee fondamentali: da un lato si chiede al Governo e alle regioni di prevedere investimenti strutturali che possano garantire ai medici attrezzature, personale e funzionalità, dall'altro i medici di medicina generale devono raggiungere la consapevolezza che tali attività rappresentano parte integrante e irrinunciabile dei loro compiti. L'Accordo Collettivo Nazionale recentemente firmato il 27 maggio 2009, si muove in modo sensibile in questa direzione. Infatti, prevede l'obbligo per il medico di trasmettere la ricetta on line e un primo, elementare, set di specifiche informazioni, denominato flusso informativo, a partire dal momento in cui le regioni avranno creato le condizioni per renderlo possibile sul piano logistico e tecnologico.

Lo sviluppo dell'Information and Communication Technology (ICT) apre ulteriori orizzonti alla medicina generale e opportunità di maggiore integrazione con tutti i livelli del SSN, oltre che la possibilità di offrire al cittadino di accedere a tutta una serie di servizi assistenziali direttamente dallo studio del medico, senza doversi recare personalmente di sede in sede (come per esempio tele prenotazioni di esami diagnostici e visite specialistiche).

Le possibilità offerte dall'ICT in medicina generale sono esposte in modo più sistematico e completo nel capitolo dedicato.

## Riferimenti bibliografici

- Crocchiolo D, de Belvis AG. *I nuovi strumenti di Clinical Governance nell'Assistenza Primaria nel Regno Unito. Quali indicazioni per l'Italia*, 74-99, Il nuovo ruolo del medico di famiglia e i nuovi strumenti di gestione delle cure primarie e delle cure intermedie.
- Salvestroni F. *Il medico della persona*. Vallecchi, Firenze 1968, pp. 203-204.
- Un paese alla ricerca del "medico nuovo"*, Tempo Medico, n. 94 luglio 1971, pp. 48-49.
- Avvenire Medico n. 4 aprile 1977.
- Declaration of Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978.
- Pagni A. *L'equipe residente*. LaNuovaItaliaScientifica, Roma 1980.
- Guzzanti E, Longhi T. *Medicina di base e medicina ospedaliera*. Federazione Medica; 9:1005-1011 (editoriale), 1985.
- Trecca P. *In risposta a Mario Boni: I medici dipendenti non temono il futuro*. Il Medico Condotta, a. 84, febbraio 1985.
- Rovescala PC, Gruppo di Ricerca SIMG Pavia. *Medico di paese e medico di città. Valutazione della attività assistenziale svolta dal medico di medicina generale in realtà geograficamente e demograficamente dissimili*. Rivista nazionale SIMG 48/648 Ottobre 1990.
- Gallini R. *Schola Medici: basi e tecniche dell'apprendimento formativo*. Roma: NIS 1991.
- Toon P, *What is good general practice?*, London: Royal College of General Practitioners, 1994.
- Panti A. 1996: *Il Medico di Medicina Generale*. Hippocrates, Vademecum - I edizione.
- Panti A. 1996: *Il Medico di Medicina Generale*. Hippocrates, Vademecum - I edizione.
- Turziani G, a cura di, 1996: *Fimmg. 50 anni di storia. 1946-1996*.
- AAVV. *Fimmg 1997-2006: la storia continua. Altri 10 anni vissuti intensamente*, 2006.
- Mc Coll A, Smith H, White P, Field J. *GP's perceptions of the route to evidence-based medicine: a questionnaire survey*, BMJ, 1998, 316, pp 361-365.
- Sclay G, Donaldson J, *Clinical Governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*, BMJ, 1998, 317, pp 61-65.
- Retsas A, Nolan M. *Barriers to nurses' use of research: an Australian hospital study*, International Journal of Nursing Studies, 1999, 36, pp 335-343.
- Parahoo K. *Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland*, Journal of Advanced Nursing, 2000, 31, pp 89-98.
- Rosen R. *Clinical governance in primary care: Improving quality in the changing world of primary care*, BMJ, 2000, 321, pp 551-554.
- Huntington J, Gillam S, Rosen R. *Clinical Governance in Primary Care: Organisational the development for Clinical Governance*, in BMJ, 2000, 321, pp 679-682.
- Mc Coll A, Roland M. *Clinical Governance in Primary Care: knowledge and information for clinical governance*, BMJ, 2000, 321, 871-874.
- Allen P. *Clinical Governance in Primary Care: Accountability for clinical governance developing collective responsibility for quality in Primary Care*, BMJ, 2000, 321, 608-611.

- Pringle M. *Clinical Governance in Primary Care: Participating in clinical governance*, BMJ, 2000, 321, pp 737-740.
- Lupo A. *Il governo clinico*, 2000 [www.gimbe.org](http://www.gimbe.org).
- Ventriglia G. *Dall'aggiornamento allo sviluppo professionale continuo*, SIMG 2001.
- McColl Institute for Health Care Innovation, Chronic care model, OMS-WHO 2002.
- Quaglino GP, Cortese CG. *Gioco di squadra*. Università di Torino, edizioni Raffaello Cortina Editore, 2003.
- Ventriglia G, Turbil E. *Educazione continua in medicina. Progettare e costruire un evento formativo*. Masson, Milano, 2003.
- Pringle M. *Clinical Governance in Primary Care: Participating in clinical governance*, BMJ, 2000, 321, pp 737-740.
- Sessa E, Samani F, Medea G. *Diabete mellito: dati epidemiologici e gestionali in medicina generale*, Me&dia, 2003, 4.
- Grilli R, Taroni F. *Governo clinico*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004.
- Wagner EH. Chronic disease care. *British Medical Journal*; 328; 177-178, 2004.
- Smith P, York N. *Quality Incentives: The Case Of U.K. General Practicioners*, *Health Affairs*, 2004, 23, 3 pp 112-118.
- Mc Kenna P, Ashton S, Keney S. *Barriers to evidence-based practice in primary care*, *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 45, pp 178-189.
- Smith P. *Paying for quality in the U.K.: new models 2004*. [www.academyhealth.org/2004/ppt/smithpeter.ppt](http://www.academyhealth.org/2004/ppt/smithpeter.ppt).
- Gallini R. *I peer group ARP per la formazione continua medica*, SIMG 2005 ;1:32-40.
- American college of Physicians. *The advanced medical Home: a Patient – centered, physician guided model of health care*, 2006.
- OMS. *Gaining Health. La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche*. Copenhagen, 11-14 settembre 2006.
- Camboa P, Rollo R. *Il Distretto sanitario tra sviluppo e innovazione. Esperienze, opinioni e modelli a confronto*. P@ginæ Edizione, 2006.
- Crocchio D, de Belvis AG. *I nuovi strumenti di Clinical Governance nell'Assistenza Primaria nel Regno Unito. Quali indicatori per l'Italia?*, in Camboa P, Rollo R. *Il Distretto sanitario tra sviluppo e innovazione. Esperienze, opinioni e modelli a confronto*. P@ginæ Edizione, 2006.
- Consiglio Nazionale FIMMG, *La Ri-fondazione della medicina generale*, Documento approvato all'unanimità, Roma, 9 giugno 2007.
- De Maeseener et al. *Le cure primarie come strategia per raggiungere una assistenza equa*, 2007
- Maciocco G. *Dal paradigma dell'attesa a quello dell'iniziativa. La strada per costruire il secondo pilastro della sanità* - Ann. Ig. 2007; 19: 551-557.
- Cittadinanzattiva, *Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici*, VII edizione annuale del Rapporto sulle Politiche della Cronicità, giugno 2007.

- Cicchetti A, Ceccarelli A, Palmieri A, Vanacore R. *Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale*; in: Rapporto Osservasalute 2007.
- Royal College of General Practitioners, *The future Direction of General Practic.* A roadmap. London 2007.
- Damiani G, et al. *Assistenza primaria: significato e prospettive di sviluppo organizzativo*. Organizzazione Sanitaria n°2, 2007.
- Istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina generale. *V REPORT Health Search*, Anni 2007-2008.
- Milillo G, Panti A, Mazzeo MC. *Come è cambiata la medicina di famiglia*. In: 1978-2008: trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale e di Fondazione Smith Kline. Il Mulino, Bologna 2008.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. *La vita buona nella società attiva*. Libro verde sul futuro del modello Sociale. Documento per la consultazione pubblica, Roma, 25 luglio 2008.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. *La vita buona nella società attiva*. Libro Bianco sul futuro del modello Sociale. Roma, 6 maggio 2009.
- Padula MS, Ilari G, Baraldi S, Guaraldi G, Ferretti E, Musiani V, Svampa E, Venuta M. *Il burn-out nella medicina generale: personalità del medico e personalità del paziente*. Rivista della Società Italiana di Medicina generale, agosto 2008.
- Maciocco G. *Politica, salute e sistemi sanitari*. Il pensiero scientifico editore, febbraio 2008.
- Milillo G. *Il nuovo ruolo dei medici di medicina generale nell'Assistenza Primaria in Italia*; in: Monitor, Trimestrale dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, Anno VII numero 20, 2008.
- Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009. 25 marzo 2009.





## 9.4 La formazione del medico di medicina generale

**Alessandro Rossi, Giacomo Milillo**

### Premessa

Affrontare il tema della *Formazione Specifica* per la medicina generale, vale a dire di una formazione professionale specificatamente indirizzata a chi vuole diventare medico di medicina generale, comporta anche la risposta alla domanda se ed in quale misura esista una **disciplina autonoma**, riconosciuta in tal senso, nell'ambito delle discipline e professioni mediche. Domanda che potrebbe apparire superflua nella maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea (vedi Box), ma che in Italia, per come è nata e si è sviluppata questa area professionale, dalla medicina mutualistica in poi, ha solo negli ultimi anni avuto una risposta certa e condivisa.

---

### Box. La formazione specifica in medicina generale - quadro internazionale

In Europa, Usa e Canada l'insegnamento della medicina generale è presente sia durante il corso di laurea in Medicina sia come specializzazione post-laurea.

Scuole di specializzazione in medicina generale in alcuni Paesi europei e relativa durata:

- in Finlandia 5 anni
- in Inghilterra 4 anni
- in Olanda 3 anni
- in Spagna 4 anni (specializzazione in Assistenza Primaria)

Esamineremo successivamente, in modo necessariamente sintetico, l'ampio panorama legislativo che si riferisce a questo argomento. Ora ci preme rispondere alla preannunciata domanda: *esiste una disciplina autonoma della medicina generale?*

Il modello tecnologico e scientifico della medicina moderna si caratterizza per l'inevitabile frammentazione e parcellizzazione del sapere e dell'agire in senso specialistico.

La medicina generale si pone come disciplina autonoma in grado di garantire e

mantenere nel tempo una visione integrata ed olistica dei problemi, centrata sulla persona e sul processo di cura, non soltanto sulla malattia.

La medicina generale è il punto di primo contatto medico nell'ambito del sistema sanitario, fornendo accesso libero alle persone assistite e trattando tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso o da qualsiasi altra caratteristica dell'individuo.

Tale disciplina:

- a) si fonda su un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla comunità di appartenenza;
- b) si fonda su una relazione individuale che si sviluppa nel tempo attraverso una comunicazione efficace tra medico e paziente;
- c) garantisce la continuità longitudinale delle cure;
- d) utilizza uno specifico processo decisionale condizionato dalle modalità di presentazione dei problemi e dal contesto specifico in cui sono affrontati;
- e) si occupa dei problemi di salute acuti e cronici dei singoli pazienti in modo indifferenziato;
- f) promuove la salute e il benessere dell'individuo e della collettività mediante interventi di prevenzione e di promozione della salute;
- g) tratta i problemi di salute nelle loro dimensioni fisiche, psicologiche, sociali, antropologiche;
- h) tiene in considerazione, nel contesto della gestione dell'Assistenza Primaria, l'ottimizzazione dell'uso delle risorse sanitarie coordinando l'assistenza e collaborando con gli altri professionisti della salute.

In riferimento al panorama internazionale, l'insieme di queste caratteristiche si accorda pienamente con la definizione data nel congresso Europa 2002 da WONCA - acronimo di World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioner and Family Physicians, ora semplificato in World Organization of Family Doctors; si tratta dell'associazione mondiale dei medici di famiglia, fondata nel 1972, che comprende le associazioni dei 53 Paesi membri: *“la medicina generale è una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi, di ricerca, una propria attività clinica basata sulle prove e una specialità clinica orientata all'Assistenza Primaria”*.

Secondo questa visione pertanto, accanto al tradizionale ruolo clinico, svolto all'interno del SSN, si rende necessario anche il riconoscimento istituzionale del **ruolo didattico e di ricerca** dei medici di famiglia.

A tali medesime conclusioni è pervenuta l'intera comunità scientifica e professionale della medicina generale italiana, che, per la prima volta in modo unitario e condiviso, sottoscrisse un documento sviluppato in due riunioni a Roma ed a Firenze nei primi mesi del 2007 (vedi allegato 1).

## LA FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

### Quadro normativo di riferimento

L'anno 1986 viene unanimemente riconosciuto come l'anno "fondante" la Formazione finalizzata all'esercizio della medicina generale nei Paesi aderenti alla Cee.

Con la **Direttiva 86/457** si sancisce per la prima volta l'obbligatorietà di detta Formazione. Vengono concessi alcuni anni agli Stati membri per il suo recepimento ma, a partire dal 1° gennaio 1995, sarebbe dovuto divenire titolo indispensabile per l'esercizio professionale della medicina generale (fatta salva l'autonomia dei singoli Stati relativa ai diritti acquisiti).

In realtà tale Direttiva, pur fondamentale da un punto di vista legislativo, risultava ancora molto carente sotto l'aspetto dell'inquadramento didattico e dei contenuti formativi. Inoltre, la durata del corso fu allora stabilita in "non meno di due anni", inferiore a qualsiasi altra specializzazione universitaria.

Il dispositivo all'art. 2 della Direttiva prevedeva:

- compimento di un ciclo di formazione universitaria di almeno sei anni;
- durata della formazione specifica di almeno due anni;
- orientamento maggiormente pratico che teorico;
- attività professionalizzante con compartecipazione del candidato alle responsabilità dei professionisti con cui lavora.

In Italia, il primo atto che recepiva, sia pur in modo sperimentale e non definitivo, le Direttive europee risale al 1988, in cui venivano bandite 7500 borse di studio per la Formazione specifica. Questo atto coinvolse nella fase attuativa gli Ordini dei Medici, il cui ruolo si rivelò fondamentale nel portare a termine la sperimentazione pur in presenza di una grande confusione e frammentarietà legislativa ed organizzativa.

Il primo atto legislativo che costituì il vero avvio della Formazione Specifica è costituito dal **D.lgs 256/91**. In esso viene definito il percorso didattico e normativo, sostanzialmente tramite i seguenti punti:

- affidamento alle regioni della competenza del Corso;
- affidamento alle regioni dell'individuazione del fabbisogno numerico e degli aspetti organizzativi e gestionali;
- attribuzione al Diploma conseguito di valore legale e titolo formativo indispensabile all'esercizio della professione di Medico Generale all'interno del SSN;
- definizione dell'articolazione del Corso per un numero complessivo di 3200 ore suddivise per 2/3 in attività pratiche e 1/3 in attività teoriche.

A livello europeo il passo successivo è stato fatto con la **Direttiva 16 del 1993**, volta ad agevolare la libera circolazione dei medici ed il reciproco riconoscimento dei loro diplomi. Dal punto di vista della Formazione dei Medici Generali, nulla viene modificato rispetto alla precedente Direttiva.

A completamento dell'iter legislativo inerente questo argomento, va individuato il **D.lgs 368/99** che chiarisce in modo definitivo l'obbligatorietà del possesso del Diploma ai fini dell'esercizio della professione e perfeziona l'articolazione operativa dei corsi, estendendo a 4200 il monte ore complessivo. Va segnalato come tale decreto sia inserito nell'ambito di un provvedimento legislativo dedicato a tutte le Facoltà di Medicina e Chirurgia e quindi, indirettamente, attribuisce dignità di specializzazione autonoma alla medicina generale.

Il **D.M. 15/12/94** stabilisce che tutti i laureati in medicina abilitati entro il 31 dicembre 1994 hanno il diritto di essere ammessi alle graduatorie della medicina generale anche senza l'attestato di formazione specifica. Nelle norme viene usata l'espressione "titolo equipollente".

La **Direttiva 19 del 2001** include in un unico ed esteso dispositivo una serie di norme rivolte alle professioni sanitarie. Anche sulla scorta di alcune pressioni esercitate dalle Associazioni internazionali della medicina generale (ad esempio l'UEMO, *Unione Europea dei medici di famiglia*), la durata minima del corso di Formazione specifica viene portata ad almeno tre anni, ma viene mantenuta separata e distinta dalla formazione specialistica.

Segue il **D.lgs 277/2003**, che recepisce quanto determinato dalla Direttiva europea 19 del 2001.

Da ultimo, il **D.M. del 7 marzo 2006** "Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in MG" ha unificato in un unico documento tutto il percorso della Formazione Specifica.

Rimangono a tutt'oggi aperti i problemi che si riferiscono alla definizione univoca del *corpus* didattico, alle modalità di individuazione delle figure docenti ed ai modelli organizzativi.

### **Box. Riepilogo dei riferimenti normativi in materia di formazione specifica e libera circolazione del MG**

**Direttiva CEE 86/457** in materia di libera circolazione dei medici, e il reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati e altri titoli

**D.lgs 256/91** di attuazione della direttiva CEE 86/457

**Direttiva CEE 93/16** intesa ad agevolare la libera circolazione dei medici e il reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli

**D.lgs 368/99** di attuazione della direttiva 93/16/CEE

**Direttiva CE 2001/19** di modifica della Direttiva CEE 93/16 e di altre direttive concernenti le professioni di infermiere responsabile dell'assistenza generale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico

**D.lgs 277/2003** di recepimento della Direttiva CE 2001/19.

**D.M. 7 marzo 2006** Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale.

## Contesto generale e internazionale

È ormai opinione condivisa che qualsiasi percorso o curriculum formativo che risulti avulso da una più complessiva attività “di sistema” professionale o che abbia prevalentemente una valenza “certificativa”, risulti di fatto sterile ed inefficace rispetto agli obiettivi per i quali era stato pensato. Non esiste cioè la possibilità di una formazione “finita”, cioè che abbia un termine dopo un certo ciclo temporale. Non a caso oggi parliamo di *Sviluppo professionale continuo* (CPD, *Continuing Professional Development*), che è l'aggiornamento continuo delle conoscenze professionali, delle competenze e delle abilità personali, che ha come obiettivo principale la traduzione delle conoscenze in acquisizione di performance che comportino uno sviluppo di conoscenze, competenze ed attitudini nel percorso lavorativo di ogni singolo professionista della salute.

A tale regola non sfugge nemmeno la Formazione specifica, la quale, lungi dal configurarsi come il prolungamento dell'esperienza universitaria o, men che meno, come una sorta di “specializzazione di seconda categoria”, deve essere inserita in un contesto fortemente professionalizzante ed in perenne sviluppo.

La formazione del Medico Generale non potrà mai peraltro prescindere dall'aggiornamento e dal richiamo delle basi biologiche e cliniche della medicina tradizionale, dalla conoscenza dei principi della *Medicina basata sulle evidenze* (EBM, *Evidence Based Medicine*), dal perenne vincolo delle regole etiche e deontologiche, ma dovrà semmai integrarle con un approccio orientato al paziente, alla comunicazione/relazione, ad un processo decisionale orientato al *problem solving*. In ultima analisi, alle caratteristiche fondanti della disciplina, precedentemente enunciate.

Nel già richiamato documento di consenso di Wonca Europa del 2002, venivano posti dieci obiettivi strategici che ciascun Paese membro avrebbe dovuto raggiungere ai fini della configurazione dell'iter formativo e del rafforzamento della figura professionale del Medico di famiglia. Essi sono:

1. Obbligatorietà dell'insegnamento della Medicina di Famiglia agli studenti universitari.
2. Costituzione di Dipartimenti accademici di Medicina di Famiglia.
3. Tirocinio post-laurea presso gli studi dei medici di famiglia.
4. Organizzazione di un Tirocinio specifico per la medicina generale, in accordo con le direttive dell'Unione europea.
5. Sviluppo continuo della medicina generale basato sulla ricerca.
6. Sviluppo dei processi di qualità basati sulle evidenze per la medicina generale.
7. Sostegno allo sviluppo per un'educazione medica continua obbligatoria, professionalmente orientata e certificata per legge.

8. Sostegno alla costituzione di Dipartimenti per l'educazione medica continua.
9. Sostegno ad un appropriato bilanciamento nella Medicina di Famiglia tra prevenzione, diagnosi, cura ed assistenza.
10. Incremento della consapevolezza circa le responsabilità della Medicina di famiglia nei confronti di singoli pazienti e della società nel suo complesso.

Oggi in Italia esiste una formazione professionale specificatamente indirizzata a chi vuole diventare medico di medicina generale, facente capo alla organizzazione autonoma di ogni regione italiana.

Tale processo di formazione è stato definito da una serie di norme di indirizzo (la massima parte delle quali, peraltro, non è stata seguita dai relativi Decreti Attuativi).

In questi primi anni di attuazione la Formazione Specifica in Medicina generale è stata di conseguenza sviluppata ed attuata attraverso una grande quantità di sistemi organizzativi e di programmi, in relazione all'autonomia amministrativa regionale o provinciale e delle singole interpretazioni dettate dalle varie situazioni locali.

Questa ampia variabilità di programmi, se rappresenta una ricchezza, quando condivisa e discussa, al tempo stesso rischia di far perdere di vista uno dei cardini fondamentali per cui si è reso necessario prevedere un apposito processo di Formazione Specifica in Medicina generale, ovvero la necessità di adeguamento alle normative europee ed in particolare alle direttive che regolano la libera circolazione delle persone e delle merci.

In altri termini, chi viene formato per la medicina generale in Italia può esercitare in qualsivoglia Paese dell'Unione europea, così come è naturalmente possibile il processo inverso.

In tal senso, nell'ampio contesto di riferimento normativo in materia, assume particolare rilievo il **decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368** di attuazione della Direttiva 93/16 CEE (GU L 165 del 7/7/93), in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli, così come modificato dal decreto legislativo 8 luglio 2003, n. 277 di recepimento della Direttiva 2001/19 CEE, al Titolo IV Capo I.

Tale provvedimento, in particolare, indica i principi generali per la realizzazione e lo svolgimento del corso di formazione in medicina generale in termini di:

- numero di ore da dedicare alle attività teoriche e pratiche;
- macro aree di attività ed ambiti professionali relativamente ai quali acquisire specifiche competenze e conoscenze;
- strutture presso cui effettuare la formazione;
- durata dei periodi di formazione.

Peraltro, l'articolo 26, al comma 1 del citato D.lgs. 368, così come modificato dal D.lg.vo 277/2003, demanda ad un decreto del Ministro della Salute (sentito il Con-

siglio superiore di sanità, la Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e la Federazione nazionale dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri) la definizione degli obiettivi didattici, delle metodologie di insegnamento/apprendimento e dei programmi delle attività teoriche e pratiche e l'articolazione della formazione del corso di Formazione Specifica. In tale contesto si colloca la problematica di garantire livelli uniformi di assistenza, in tema di medicina generale, su tutto il territorio nazionale, attraverso lo sviluppo armonico di un percorso formativo in grado di fornire ai discenti le competenze ed abilità ritenute indispensabili per lo svolgimento della professione.

Tuttavia, occorre tener presente che, successivamente all'emanazione di tale provvedimento, il trasferimento delle competenze, in materia di sanità, alle regioni a seguito dell'intervento normativo a modifica del Titolo V della Costituzione, ha ulteriormente variato il contesto di riferimento politico e istituzionale.

Proprio al fine di ottemperare a quanto previsto dal citato decreto legislativo 368/99 e successive modificazioni, fu costituito da parte del Ministero della Salute nel dicembre 2006 un tavolo tecnico di lavoro che prevedeva al suo interno la partecipazione, a diverso titolo, anche di esperti della Formazione provenienti dal mondo della medicina generale (come Marco Patierno, Enrico Massa, Stefano Alice, Alessandro Rossi, Maurizio Benato).

Il documento prodotto da tale gruppo di lavoro non è in realtà mai stato pubblicato, a causa delle successive crisi politiche e cambiamenti di Governo. Esso aveva almeno il piccolo merito di tentare di individuare nel settore della didattica indirizzata alla formazione del medico di medicina generale un set di livelli minimi, ovvero un **“core curriculum”** che definisse i livelli essenziali minimi e comuni di tale processo di formazione e che garantisse, pur lasciando autonomia alle specificità regionali, l'acquisizione uniforme delle competenze ed abilità indispensabili per lo svolgimento della professione di medico di medicina generale.

Allo stato attuale nell'ambito della categoria è sempre più radicata la convinzione dell'improcrastinabilità di un atto istituzionale di valenza e cogenza superiore ai provvedimenti previsti dal Decreto Ministeriale.

Si ritiene che sia giunto il momento di mettere intorno a un tavolo Ministero, regioni e Professione per identificare i punti chiave e gli obiettivi della formazione specifica in medicina generale da formalizzare con un atto d'intesa vincolante.

## **Ambiti e competenze**

Il cambiamento in atto nel sistema sociale europeo ridisegna in tutti i Paesi la struttura dei propri sistemi sanitari con una sempre maggior attenzione al ruolo dell'Assistenza Primaria ed alle loro capacità di rispondere alle richieste di assistenza dei cittadini.

Emerge con sempre maggiore forza l'esigenza dei gruppi di popolazione maggiormente vulnerabili (portatori di patologie cronico-degenerative, diversamente abili, anziani fragili, ma anche popolazione immigrata e fasce sociali con problemi di integrazione) di disporre di un'assistenza di base che offra continuità delle cure, flessibilità, integrazione e facilità di accesso.

Il medico di famiglia deve essere preparato ad affrontare i problemi dell'intera popolazione senza esclusioni, senza distinzioni di censo, razza o religione. Deve dare priorità alla persona piuttosto che alla malattia, assicurando prevenzione, cura, riabilitazione nonché supporto sul piano psicologico e sociale.

Lo sviluppo delle competenze deve essere quindi orientato a formare professionisti che, oltre alla conoscenza delle procedure complesse della propria professione, siano in grado di offrire esiti complessivi, derivanti da processi di cura appropriati, economicamente sostenibili, integrati nella rete dell'Assistenza Primaria.

La professione del medico di medicina generale si fonda pertanto su funzioni, attività e compiti definiti dall'ambito complessivo delle conoscenze, delle abilità e capacità relazionali che derivano dalle caratteristiche della disciplina nonché del ruolo ad essa affidato dalle esigenze ed obiettivi di volta in volta definiti del SSN. In questo senso il ruolo chiave e centrale del medico di medicina generale, più volte richiamato e sostenuto dai legislatori e programmatori, tarda ancora oggi ad essere incardinato in un sistema di cure e nel divenire di un ruolo professionale moderno e coerente con gli attuali obiettivi delle Assistenza Primaria.

Tornando all'ambito di applicazione della disciplina, per quanto attiene alla definizione dei programmi della Formazione Specifica, possiamo suddividerlo all'interno delle seguenti aree, con i relativi obiettivi:

#### *Area clinica*

- gestire un'ampia gamma di disturbi, problemi e malattie così come si presentano all'attenzione del medico di famiglia;
- gestire il trattamento, anche a lungo termine, e il follow-up;
- bilanciare in modo efficace l'evidenza scientifica e l'esperienza clinica.

#### *Area della comunicazione*

- rendere coerente la consultazione con i tempi del paziente e quelli del medico;
- fornire informazioni facilmente comprensibili e richiamare il senso dell'informazione;
- contribuire al processo di *empowerment* del paziente;
- comprendere e gestire adeguatamente differenti sensibilità e culture;
- salvaguardare e mantenere una relazione medico-paziente duratura negli anni.

#### *Area gestionale*

- fornire un'appropriata accessibilità e fruibilità dello studio per i pazienti, mettendo a frutto le potenzialità delle diverse forme associative della medicina generale;



- organizzare e gestire in modo efficace le risorse umane e finanziarie dello studio medico e del sistema dell'Assistenza Primaria, collaborando con le altre figure professionali;
- cooperare con le figure professionali coinvolte nell'Assistenza Primaria e con altri specialisti;
- partecipare ai *network* professionali con un'efficace sistema di registrazione e condivisione della cartella clinica informatizzata.

#### *Area della didattica*

- partecipare alla formazione universitaria;
- partecipare alla formazione permanente;
- esercitare l'attività tutoriale durante il corso di laurea, nel tirocinio per l'abilitazione professionale, nel tirocinio della formazione specifica.

#### *Area della ricerca e della sperimentazione*

- partecipare, progettare e realizzare progetti di ricerca clinica, epidemiologica e farmacologica;
- partecipare, progettare e realizzare progetti di audit e di *clinical governance*;
- esercitare l'attività tutoriale in modo finalizzato ad ambiti sperimentali e di ricerca.

## **La didattica**

Il già citato lavoro svolto dal “Tavolo tecnico” promosso dal Ministero della Salute nel 2006, comprendente la partecipazione a tale tavolo di diversi esperti provenienti dal mondo della medicina generale, unitamente al contributo del designato dal MIUR, prof. Andrea Lenzi, ha consentito di ipotizzare una strutturazione didattica unitaria della Formazione Specifica, che contribuisse a superare le problematiche e le carenze appena richiamate al termine del paragrafo precedente.

Il contributo che segue è in gran parte ripreso dalle proposte contenute nella bozza di documento del “tavolo tecnico”, che, per svariati motivi, non è mai stato pubblicato ufficialmente.

## **Competenze**

Ogni medico in formazione, alla fine del percorso formativo e indipendentemente dal sistema sanitario in vigore, deve aver maturato abilità e conoscenze teoriche, scientifiche, professionali nelle seguenti competenze essenziali individuate, discusse e condivise da WONCA in base alle caratteristiche di fondo di ogni disciplina scientifica (sensibilità al contesto, capacità professionali, approccio scientifico) e descritte nell'Euract Educational Agenda del Council of the European Academy of Teachers in General Practice.

1. Gestione dell'Assistenza Primaria;
2. Assistenza centrata sulla persona;
3. Attività di problem solving;
4. Approccio globale;
5. Orientamento alla comunità;
6. Approccio bio-psico-sociale.

Tali competenze sono esercitate nell'espletamento delle funzioni, delle attività e dei compiti del medico generalista; il medico in formazione deve apprenderle, dimostrandone l'acquisizione alla conclusione del percorso formativo.

Come previsto dalla Definizione europea della medicina generale/Medicina di Famiglia (Wonca Europe 2002), il processo formativo educativo di formazione comporterà l'acquisizione di competenze necessarie per:

- “Essere medici di fiducia del singolo individuo, principalmente responsabili dell'erogazione di cure integrate e continuative ad ogni singola persona che ricerca cure mediche indipendentemente dal sesso, dall'età e dal tipo di patologia”;
- “curare gli individui nel contesto della loro famiglia, della loro comunità e cultura, rispettando sempre l'autonomia dei propri pazienti”;
- “avere anche una responsabilità professionale nei confronti della comunità nella quale lavorano”;
- Integrare, negoziando i piani di gestione con i pazienti, fattori fisici, psicologici, sociali e culturali, servendosi della conoscenza e della fiducia maturata nel corso di contatti ripetuti;
- “esercitare il loro ruolo professionale promuovendo la salute, prevenendo le malattie e fornendo terapie, cure o interventi palliativi”.

### **Articolazione della didattica**

Il decreto legislativo **17 agosto 1999, n. 368**, così come modificato dal D.lgs. 277/2003, stabilisce che, per l'esercizio dell'attività di Medico Generale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, fermo restando i diritti acquisiti, è necessario il possesso del diploma di Formazione Specifica conseguito a seguito di un corso di formazione della durata di tre anni, cui si accede per concorso.

La norma stabilisce inoltre che il corso preveda un impegno dei partecipanti a tempo pieno, con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche, da svolgersi sotto il controllo delle regioni e Province autonome.

Detta formazione comporta la partecipazione personale dei discenti alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, comprese le

guardie, in modo che il medico in formazione dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale, per l'intera durata della settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno, con assunzione graduale delle responsabilità connesse all'attività medesima.

Il decreto in parola, all'articolo 26, comma 1 stabilisce che il corso si articoli in attività didattiche pratiche e teoriche, da svolgersi in un ambiente ospedaliero o nell'ambito di uno studio di medicina generale o di un centro anche esso accreditato dalle regioni.

La formazione prevede un totale di almeno **4800 ore, di cui 2/3** di natura pratica.

Il comma 2 del suddetto articolo stabilisce inoltre che il corso deve prevedere:

- a) un periodo di formazione in medicina clinica e di laboratorio articolato in almeno sei mesi, effettuato presso strutture ospedaliere pubbliche o equiparate, nonché in centri di Assistenza Primaria, quali day hospital ed ambulatori delle Aziende sanitarie locali. Detto periodo deve comprendere un'attività clinica guidata ed un'attività di partecipazione a seminari su argomenti di metodologia clinica, neurologia e psichiatria, medicina interna, terapia medica, medicina di urgenza, oncologia medica, geriatria e patologia clinica;
- b) un periodo di formazione in chirurgia generale, articolato in almeno tre mesi, comprendente attività clinica guidata ed attività di partecipazione a seminari su metodologia clinica, chirurgia generale, chirurgia di urgenza;
- c) un periodo di formazione nei dipartimenti materno infantili, articolato in almeno quattro mesi, sempre effettuato presso strutture ospedaliere e nelle strutture territoriali, comprendente attività clinica guidata ed attività seminariali di pediatria generale, terapia pediatrica, neuropsichiatria infantile, pediatria preventiva;
- d) un periodo di formazione articolato in **dodici mesi** effettuato presso un ambulatorio di medicina generale, o presso le strutture di cui alla lettera a) comprendente attività medica guidata ambulatoriale e domiciliare;
- e) un periodo di formazione articolata in almeno sei mesi, effettuato presso strutture di base delle ASL, comprendente attività pratica guidata presso Distretti, consultori, ambulatori e laboratori, attività di partecipazione a seminari in medicina preventiva, igiene ambientale, medicina del lavoro ed igiene e profilassi;
- f) un periodo di formazione in ostetricia e ginecologia, articolato in almeno due mesi, con attività clinica guidata ed attività di partecipazione a seminari;
- g) un periodo di formazione in pronto soccorso ed emergenza ed urgenza ospedaliera, articolato in almeno tre mesi.

Il comma 4 del predetto articolo prevede anche che le attività pratiche relative al corso in questione devono essere costituite da periodi svolti in pronto soccorso, ambulatori day hospital, oltre che presso gli ambulatori di medicina generale.

L'articolo 27 del decreto legislativo 368/99 e successive modifiche, stabilisce inoltre che le attività teoriche del corso siano articolate in attività seminariali, studio

guidato proposto dai rispettivi tutori, studio finalizzato proposto dai coordinatori delle attività seminari, sessioni di confronto con i tutori e sessioni di ricerca, riflessione e confronto tra tirocinanti della stessa area didattica.

Detto articolo stabilisce inoltre che presso le strutture accreditate la funzione tutoriale per le attività didattiche di natura pratica sia svolta da dirigenti medici del personale del Servizio Sanitario Nazionale o personale universitario corrispondente ovvero da medici di medicina generale con un'anzianità di almeno dieci anni.

Ai tutori Medici Generali spetta, per il periodo di formazione di loro competenza, la valutazione del livello di formazione dei discenti. L'articolo in questione stabilisce inoltre che, al termine di ciascuna fase del percorso formativo, il coordinatore delle attività pratiche professionalizzanti ed il coordinatore delle attività teoriche, sulla base dei giudizi analitici e motivati dei singoli tutori, stilino un giudizio complessivo sul profitto del discente. Il parere positivo dei coordinatori è propedeutico per il passaggio ad una fase successiva della formazione, che si conclude, al termine del triennio, con la discussione di una tesi finale da parte dei candidati e sulla base dei singoli giudizi espressi dai tutori e coordinatori.

### **Caratteristiche della didattica**

In termini generali le esperienze didattiche proposte durante le attività pratiche e/o teoriche dovranno soddisfare i seguenti principi:

- a) analisi delle varie modalità di presentazione del problema al medico generalista;
- b) progettazione di un iter diagnostico ipotetico-deduttivo che tenga conto delle peculiarità dell'approccio in medicina generale, della logica bayesiana e del rapporto costo/beneficio (in termini economici e di invasività nei confronti del paziente);
- c) impostazione ed attuazione di un piano terapeutico (farmacologico, chirurgico, riabilitativo, psicologico, ecc) adeguato al problema secondo i criteri del rapporto costo/beneficio e rischio/beneficio;
- d) predisposizione e realizzazione attiva di un opportuno piano di controlli nel tempo per valutare l'efficacia del trattamento, individuare tempestivamente eventuali eventi avversi da esso provocati e riconoscere precocemente la ricomparsa del problema o la sua progressione;
- e) scelta fra la gestione diretta del problema da parte del medico di medicina generale, la collaborazione con altre figure professionali, il ricorso al ricovero ospedaliero e messa in atto delle diverse modalità assistenziali;
- f) conoscenza degli aspetti contestuali propri della medicina generale, incluse le condizioni di lavoro, la comunità di appartenenza, il ruolo professionale, il quadro normativo;
- g) verifica della fattibilità di interventi preventivi o di screening e loro eventuale attuazione;

h) pianificazione di progetti di miglioramento della qualità dell'assistenza.

Il metodo didattico, adeguato al contesto in cui si svolgono i processi educativi e in relazione con gli obiettivi specifici precedentemente identificati, si avvale in particolare di:

1. Attività tutoriale (vedi allegato 2 per i criteri di selezione dei tutor);
2. Grande gruppo;
3. Piccolo gruppo;
4. Autoistruzione.

La Formazione Specifica in medicina generale individua nell'attività tutoriale il metodo privilegiato per la didattica, assegnando al medico generalista tutor un ruolo prevalente per il raggiungimento degli obiettivi didattici. Didattica in gruppo e autoistruzione permettono invece l'acquisizione delle competenze della disciplina impiegando, volta per volta, le differenti espressioni della tecnica didattica che, utilizzata per il conseguimento degli obiettivi educativi specifici, si avvale dei seguenti supporti: Lezione/ Questionario/ Studio individuale/Griglia di analisi/ Caso/ Role playing/ Dimostrazione, esperienza guidata, simulazione, esecuzione diretta/ Saggio, tema, descrizione, progetto/ Mappa concettuale.

Il metodo e la tecnica devono essere integrate tra di loro al momento della formulazione del piano didattico sulla base delle indicazioni contenute nel programma e nei suoi allegati, nonché sulla base delle eventuali variazioni necessarie per il perseguimento degli obiettivi relativi a ciascun argomento e delle potenzialità delle strutture locali.

## **Il sistema dei crediti formativi**

Occorre evidenziare che dal 1999, anno di emanazione del decreto legislativo n. 368, a tutt'oggi, il processo di integrazione ed armonizzazione europea è ulteriormente proseguito e si è consolidato nei più svariati ambiti di attività ivi comprese quelle relative alla formazione dei medici. In tale settore è ormai prassi comune e condivisa quantificare il lavoro/studio necessario per l'acquisizione delle competenze specifiche previste dai programmi didattici ricorrendo al sistema dei Crediti Formativi.

Il sistema dei crediti risponde all'esigenza di individuare un sistema di misurazione standardizzato, e quindi parametrabile, al fine di pervenire ad un quadro di riferimento certo, univoco e comune nell'ambito dei vari Paesi dell'Unione, anche al fine della riconoscibilità dei titoli e della mobilità dei professionisti in ambito europeo.

In tal senso appare quanto mai opportuno che il processo di formazione per il medico generalista, previsto fra l'altro anche allo scopo di consentire e garantire la

circolazione dei professionisti nei vari Paesi, sia quantificato ed espresso, in conformità con quanto già avviene nel processo di formazione e specializzazione universitario, mediante l'utilizzo dei Crediti Formativi (CF): l'attività didattica teorica e le attività professionalizzanti saranno pertanto ripartite in Crediti Formativi (CF).

Il Credito Formativo rappresenta l'**unità di misura** del lavoro richiesto al discente per l'espletamento di ogni attività formativa prescritta dal programma didattico; ad ogni CF corrispondono circa **venticinque ore** di attività del discente, comprensive di:

- ore di lezione;
- ore di attività didattica tutoriale svolta in ambulatori, reparti assistenziali, day hospital, laboratori;
- ore di seminario;
- ore di studio ed elaborazione autonome e necessarie per completare la formazione (autoformazione).

In ogni caso, la frazione dell'impegno orario che deve rimanere riservata allo studio personale e ad altre attività formative di tipo individuale **non può essere superiore al 30%** delle ore totali.

Il citato decreto legislativo 368 prevede che il triennio di Formazione Specifica in medicina generale si svolga per un "monte ore" di 4800, distribuito per **2/3 in Attività Professionalizzanti** (tirocinio ed attività educative presso lo studio del tutor di medicina generale o le Strutture Ospedaliere, Specialistiche, Territoriali) e per **1/3 in Attività Teoriche** basate sui supporti didattici meglio definiti nel successivo paragrafo.

In base all'unità di misura introdotta (CF), i medici in formazione dovranno conseguire complessivamente nel triennio **192 CF** (pari a 4800 ore) di cui, fermo restando che per ciascun CF una quota massima del 30% è riservata allo studio individuale, un terzo di questi (**64 CF** pari a 1600 ore) andrà esplicito in attività di carattere teorico e due terzi (**128 CF** pari a 3200 ore) in attività professionalizzanti. Queste ultime, rappresentate dal processo educativo definito "attività tutoriale" dovranno essere, a loro volta, esplicitate per **1/3 (44 CF pari a 1100 ore)** presso lo studio del tutor di medicina generale e per **2/3 (84 CF pari a 2100 ore)** presso strutture ospedaliere e quelle territoriali (tabella 1).

## Il futuro della formazione specifica

La medicina generale italiana ha da sempre sofferto di una carenza di "culture" o meglio ancora della capacità di sapersi rappresentare e di proporre all'esterno la complessità della propria professione, le sue peculiari caratteristiche, le differenze "del sapere" e "dell'agire" rispetto agli altri ambiti professionali medici.

**Tabella 1 - Quadro sinottico riassuntivo secondo D.lgs 368/99 e successive modifiche**

ATTIVITÀ DIDATTICA complessiva nel triennio	4800 ore = 192 CF
ATTIVITÀ TEORICHE nel triennio Lezione/ Questionario/ Studio individuale/ Griglia di analisi/ Caso/ Role playing/ Dimostrazione, esperienza guidata, simulazione, esecuzione diretta/ Saggio, tema, descrizione, progetto/ Mappa concettuale	1600 ore = 64 CF
ATTIVITÀ PROFESSIONALIZZANTI nel triennio	3200 ore = 128 CF
Attività tutoriale presso il tutor di MG	1100 ore = 44 CF
Attività tutoriale presso Ospedali e Strutture Territoriali	2100 ore = 84 CF

In questo senso, la Formazione Specifica può rappresentare uno strumento attraverso il quale cercare di ricostruire un processo unitario e coerente che, tramite l'insegnamento ai futuri Medici Generali, sappia ovviare a quei limiti storici, ricostruendo sistematicamente un'identità complessiva di questa professione.

Tale potenzialità non è stata invero mai sfruttata fino in fondo e questo per due ordini di motivi. Per prima cosa, per dei limiti intrinseci alla medicina generale italiana: status professionale di natura "parasubordinata", impossibilità ad avere una "evoluzione dell'assetto professionale", mancanza dei Dipartimenti universitari di medicina generale; in una parola, uno stato professionale tutto schiacciato sui compiti "routinari" di diagnosi/cura/assistenza e che non lascia spazio a momenti strutturati dedicati allo studio ed alla ricerca. Secondariamente, per il processo federalista che il nostro Paese ha imboccato negli ultimi anni, che, almeno in questo ambito, ha completamente liberato il "fai da te" delle singole regioni, che hanno operato in totale autonomia, delineando modelli organizzativi, definendo organigrammi, istituendo le scuole, affidando o meno i corsi al mondo accademico, insomma una frantumazione del modello, in assenza di una cornice nazionale di riferimento.

D'altra parte, sin dalla sua nascita, per la formazione specifica le associazioni della medicina generale fecero pressione ed ottennero che non fosse affidata alle Facoltà di Medicina, ma alle istituzioni regionali come punto di riferimento. Questa fu considerata, non a torto, una scelta strategica, in quanto sanciva il legame indissolubile tra la medicina generale ed il SSN. Era peraltro allora, nei primi anni novanta, opinione diffusa che la disciplina della medicina generale non sarebbe mai entrata a far parte del *corpus* di insegnamento accademico del curriculum universitario. Inoltre, la fragilità culturale da una parte ed i limiti contrattuali dall'altra avrebbero probabilmente determinato una "fagocitazione" da parte del mondo accademico.

Sarebbe il caso di fare oggi un punto di riflessione su quanto sia cambiata tale

situazione. Certamente si sono sviluppate e consolidate numerose esperienze nel campo della *formazione universitaria prelaurea*, da quella in qualche modo prototipale di Modena a numerose altre (Catania, Firenze, Milano, Pavia, Perugia, Roma, Torino, per citarne alcune). Certamente si è posto finalmente come centrale il punto di una revisione dell'inquadramento contrattuale del Medico Generale e della possibilità di una specie di "carriera" che definiamo Evoluzione dell'Assetto Professionale (EAP), che prevede anche attività di insegnamento e ricerca (vedi documento sulla "Ri-fondazione della medicina generale", FIMMG, giugno 2007). Queste premesse paiono sufficienti per riaprire il confronto in modo approfondito tra tutte le forze sindacali, associative e le Società Scientifiche della medicina generale. La percezione è che in Italia ci troviamo di fronte ad un momento di svolta della professione, che la medicina generale in Europa viene unanimemente riconosciuta come disciplina autonoma e specialistica, che il luogo naturale di crescita culturale e di sviluppo professionale non può che essere inquadrato nei Dipartimenti di medicina generale.

In considerazione della evoluzione di sistema della medicina generale italiana, diventa auspicabile un'integrazione del sistema formativo universitario pre laurea con quello della formazione specifica post laurea.

È forse arrivato il momento della creazione ex-novo di enti dedicati alla formazione e ricerca in medicina generale, in cui regioni, Università e Professione cooperino ad un obiettivo comune di evoluzione della formazione specifica post laurea del medico di medicina generale italiano in senso specialistico universitario, a partire dalla necessaria equiparazione dei crediti formativi.

La equiparazione dovrebbe iniziare dalla durata quinquennale della scuola di specialità in medicina generale, con una perfetta equivalenza con le altre specialità mediche e chirurgiche del panorama universitario italiano, che richiedono 300 crediti formativi nel quinquennio per un totale di 7500 ore da concretizzarsi in un programma didattico che ne completi tutte le aree:

- area clinica;
- area della comunicazione;
- area gestionale;
- area della didattica;
- area della ricerca e della sperimentazione.

Una commissione interministeriale che coinvolga le regioni, la Professione e l'Università potrebbe esaminare la fattibilità della proposta FIMMG di seguito riportata, ispirata anche al documento condiviso con tutte le organizzazioni sindacali e scientifiche della medicina generale nel gennaio del 2007.

Tale proposta richiederebbe, per essere realizzata, qualche intervento legislativo oltre a un'integrazione del Decreto MIUR, 1 agosto 2005, "Riassetto Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria".



## **Ipotesi di una Scuola di Specializzazione in Medicina generale**

La medicina generale, come tutti i servizi territoriali, ha sofferto fino ad ora di una mancanza di retroterra culturale comune causato dall'assenza di un insegnamento universitario specificamente dedicato.

D'altro canto, la stessa Università non ha mai dedicato e strutturato un insegnamento che prevedesse contenuti formativi e indirizzi di ricerca specificamente orientati alla medicina generale, neanche durante lo stesso corso di laurea; pertanto, il know-how professionale specifico si è sviluppato nel tempo a partire dalla SIMG e dalle altre Società scientifiche di medicina generale che però, pur avendo posto la formazione tra i propri obiettivi prioritari ed avendo investito la maggior parte delle proprie risorse in attività a tale scopo orientate, sono riuscite solo in parte ad ovviare a tale limite.

Questa formazione sul campo di fatto ha dato origine ad una disciplina autonoma e specifica che andrà sempre più orientata anche verso l'approccio di medicina di iniziativa.

Si rende a questo punto necessario raccogliere, strutturare e sistematizzare le competenze e conoscenze della disciplina maturate nell'ambito della pratica professionale nel SSN e realizzare un opportuno raccordo con l'ambito universitario.

Del resto la Scuola di Specializzazione, come ricordato al comma 3 dell'art. 3 del Decreto MIUR, 1 agosto 2005, "Riassetto Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria" deve operare in ambiti con definite caratteristiche che l'Università italiana non possiede per quanto riguarda la medicina generale. Il decreto del MIUR afferma infatti che *"...ai sensi dell'art.34 e seguenti del D.lgs 368/1999 la Scuola opera nell'ambito di una rete formativa dotata di risorse assistenziali e socio-assistenziali adeguate allo svolgimento delle attività professionalizzanti, secondo gli standards individuati dall'Osservatorio Nazionale della formazione medica specialistica di cui all'art.43 dello stesso decreto legislativo."*

La forma più idonea per realizzare tale collegamento e integrazione potrebbe essere rappresentata da un modello di tipo dipartimentale appositamente istituito, in cui si possano armoniosamente coniugare i contributi del mondo accademico, in termini di approccio scientifico e culturale, con l'insieme di conoscenze e competenze che solo membri accreditati della categoria dei medici di medicina generale, che continuano a praticare l'attività professionale, possono trasmettere ai discenti.

La proposta FIMMG prevede pertanto che si riconosca una specializzazione in medicina generale che trovi in ambito universitario la propria collocazione all'interno di un nuovo Dipartimento misto di Medicina generale, la cui istituzione permetterebbe di superare l'attuale gap.

La Scuola di Specializzazione in medicina generale, facendo riferimento alla classificazione del Decreto MIUR 1 agosto 2005, dovrebbe collocarsi nell'ambito dell'Area Medica, nella Classe di Medicina clinica Generale, ma acquisire una propria Tipologia perché, per contenuti, metodologia e rete assistenziale di riferimento sono cosa diversa dalla Medicina interna e dalla Medicina di Comunità.

Il Dipartimento misto di medicina generale dovrebbe avere come obiettivi prioritari:

- 1) l'insegnamento della medicina generale durante il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, indipendentemente dalla eventuale scelta specialistica successiva;
- 2) la creazione di una cultura professionale propria;
- 3) lo sviluppo di una ricerca specifica sia sul versante epidemiologico che in quello farmacologico ed organizzativo;
- 4) la possibilità di creare un continuum formativo nel corso della vita professionale dei medici di medicina generale.

La proposta prevede, rispetto al personale docente, che l'insegnamento e la ricerca istituzionale nell'ambito di tale Dipartimento siano prevalentemente svolti da medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. In tal caso andrebbe prevista nell'ACN la strutturazione delle attività di ricerca e di didattica, con l'eventuale introduzione di istituti analoghi a quelli che consentono il distacco del personale medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale presso altri enti, compresa l'Università. Tali ipotesi si potrebbe coniugare senza difficoltà con la previsione dell'Accesso Unico, dell'Evoluzione dell'Assetto Professionale e con la relativa ristrutturazione del compenso (vedi Capitolo "La proposta FIMMG")

Il distacco, conseguentemente, dovrebbe essere part-time, per consentire al docente di continuare la normale attività professionale assistenziale convenzionata, anche se con numero di scelte ridotto.

In coerenza con tale previsione, la proposta prevede la stesura di una convenzione tra Università e Regione per determinare, tenendo conto di quanto definito nell'ambito degli Accordi Collettivi Nazionali e Regionali, la regolamentazione del Dipartimento, compiti e funzioni del personale docente e la durata dei contratti, comunque a tempo determinato, anche se rinnovabili, nonché i criteri e le modalità di accreditamento del personale docente.

L'ipotesi prevede di individuare nel Dipartimento misto di medicina generale, oltre ai docenti, anche altre figure professionali, in particolare i Tutor dei tirocini previsti per l'insegnamento nel Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, per l'abilitazione alla Professione e per gli specializzandi in medicina generale.

### **Considerazioni conclusive**

La sintesi dei punti salienti dei contenuti del presente capitolo può essere schematizzata come segue:

- La medicina generale è una disciplina autonoma con propri contenuti ed una

propria attività clinica orientata all'Assistenza Primaria. In assenza di un insegnamento universitario specificamente dedicato, tale disciplina è nata e si è sviluppata dalla raccolta di conoscenze e competenze nell'ambito della pratica professionale, che nel loro insieme hanno costituito un know-how professionale specifico.

- I provvedimenti europei riguardanti la libera circolazione dei medici nei Paesi dell'UE sanciscono i principi generali per la realizzazione di un corso di formazione specifica per chi voglia intraprendere la professione di MG.
- La formazione specifica in Italia fa capo all'organizzazione di ogni regione; la conseguente diversificazione dell'insegnamento rischia di compromettere, non solo la libera circolazione dei professionisti in Europa, ma soprattutto la garanzia della necessaria uniformità di conoscenze e competenze dei medici di medicina generale su tutto il territorio nazionale. Pertanto si propone di prevedere con atto istituzionale cogente e vincolante, come potrebbe essere un atto d'intesa tra Stato e regioni, l'adozione di standard organizzativi e di contenuti formativi da parte di tutte le regioni, a garanzia di una omogeneità e uniformità di competenze della medicina generale su tutto il territorio nazionale. Il "core curriculum" della medicina generale può consistere in un set di livelli minimi e comuni, che consenta l'acquisizione uniforme delle competenze ed abilità coerenti con i compiti, le attività e le funzioni di chi pratica la professione di MG.
- L'ambito di applicazione della disciplina della MG si esplica attraverso differenti aree, quali:
  - area clinica;
  - area della comunicazione;
  - area gestionale;
  - area della didattica;
  - area della ricerca e della sperimentazione.
- Si rende a questo punto necessario raccogliere, strutturare e sistematizzare le competenze e conoscenze della disciplina maturate nell'ambito della pratica professionale nel SSN e realizzare un opportuno raccordo con l'ambito universitario. La forma più idonea per realizzare tale collegamento e integrazione può essere rappresentata da un modello di tipo dipartimentale, in cui si possano armoniosamente coniugare i contributi del mondo accademico, in termini di approccio scientifico e culturale, con l'insieme di conoscenze e competenze che solo membri accreditati della categoria dei medici di medicina generale, che continuano a praticare l'attività professionale, possono trasmettere ai discenti. La proposta FIMMG prevede pertanto che si riconosca una specializzazione in medicina generale che trovi in ambito universitario la propria collocazione all'interno di un Dipartimento misto di Medicina generale, la cui istituzione permetterebbe di superare l'attuale gap.

La proposta prevede, rispetto al personale docente, che l'insegnamento e la ricerca istituzionale nell'ambito di tale Dipartimento siano svolti prevalentemente da medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. La proposta prevede la stesura di una convenzione tra Università e Regione per determinare, tenendo conto di quanto definito nell'ambito degli Accordi Collettivi Nazionali e Regionali, la regolamentazione del Dipartimento, compiti e funzioni del personale docente e la durata dei contratti, comunque a tempo determinato, anche se rinnovabili, nonché i criteri e le modalità di accreditamento del personale docente.

### **Riferimenti bibliografici**

- Padula MS. *L'insegnamento della medicina generale allo studente*, Rivista SIMG, 6, 1998.
- Ventriglia G. *Dall'aggiornamento allo sviluppo professionale continuo*, Rivista SIMG, 1, 2001.
- Allen J et al. *Consensus Statement 2002*, WONCA Europe.
- Panti A. *Scuole di medicina generale*, Occhio Clinico, 7, 2006.
- Christodoulou N. *Continuing medical education and continuing professional development in the Mediterranean countries*, EURA MEDICOPHYS 2007, 43:195-202.
- Patierno M. Valcanover F. *Perchè la medicina generale richiede autonomia*, su "Insegnare la medicina generale", F. Angeli Ed., Milano, 2007.
- Consiglio nazionale FIMMG *La Ri-Fondazione della medicina generale*, Roma, giugno 2007.

## **ALLEGATO 1**

### **2° piano di sviluppo del documento unitario siglato il 13/01/07**

La comunità scientifica e professionale della medicina generale riunita in Roma il 13 gennaio 2007 riafferma in modo unitario la necessità e l'urgenza di promuovere il riconoscimento istituzionale del proprio ruolo clinico, didattico e di ricerca anche attraverso modifiche giuridiche e normative.

Nell'ambito di una crescente frammentazione dell'approccio clinico di tipo specialistico, la medicina generale si pone come disciplina autonoma in grado di garantire una visione integrata ed olistica dei problemi centrata sulla persona e sul processo e non sulla malattia. In questa visione, accanto al tradizionale ruolo clinico all'interno del SSN, si rende necessario anche il riconoscimento istituzionale del ruolo didattico e di ricerca dei medici di famiglia.

In accordo con la definizione di WONCA EUROPA 2002 "la medicina generale è una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi, di ricerca, una propria attività clinica basata sulle prove e una specialità clinica orientata all'Assistenza Primaria", si identificano i seguenti elementi fondamentali:

#### **CARATTERISTICHE DELLA DISCIPLINA**

- a) Si fonda su un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità.
- b) Si fonda su una relazione individuale che si sviluppa nel tempo attraverso una comunicazione efficace tra medico e paziente.
- c) Garantisce la continuità longitudinale delle cure.
- d) È il punto di primo contatto medico nell'ambito del sistema sanitario, fornendo accesso aperto e illimitato ai suoi utenti e trattando tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso, o da qualsiasi altra caratteristica dell'individuo.
- e) Utilizza uno specifico processo decisionale condizionato dalle modalità di presentazione per problemi.
- f) Si occupa dei problemi di salute acuti e cronici dei singoli pazienti in modo indifferenziato.
- g) Promuove la salute e il benessere dell'individuo e della collettività mediante interventi di prevenzione e di educazione sanitaria.
- h) Tratta i problemi di salute nelle loro dimensioni fisiche, psicologiche, sociali, antropologiche.
- i) Tiene in considerazione, nel contesto della gestione dell'Assistenza Primaria, l'ottimizzazione dell'uso delle risorse sanitarie, coordinando l'assistenza e collaborando con gli altri professionisti della salute.

#### **COMPETENZE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/MEDICO DI FAMIGLIA**

La professione del medico di medicina generale richiede funzioni, attività e compiti definiti da un contesto di conoscenze, abilità e capacità relazionali peculiari e specifiche che derivano dalle caratteristiche della disciplina adattate alla realtà italiana. L'ambito di applicazione delle competenze si identifica all'interno delle seguenti aree:

##### **AREA CLINICA**

- gestire un'ampia gamma di disturbi, problemi e malattie così come si presentano;

- gestire il trattamento, anche a lungo termine, e il follow-up;
- bilanciare l'evidenza scientifica e l'esperienza in modo efficace.

#### *AREA DELLA COMUNICAZIONE*

- strutturare la consultazione;
- fornire informazioni facilmente comprensibili e spiegare i percorsi e i reperti clinici;
- comprendere e gestire adeguatamente differenti emozioni.

#### *AREA GESTIONALE*

- fornire un'appropriatezza accessibilità e disponibilità ai pazienti;
- organizzare, gestire in modo efficace le risorse umane e finanziarie dello studio medico e del sistema dell'Assistenza Primaria, collaborare con le altre figure professionali;
- cooperare con le figure professionali coinvolte nell'Assistenza Primaria e con altri specialisti.

#### *AREA DELLA DIDATTICA*

- partecipare alla formazione universitaria di base, specialistica e permanente
- esercitare l'attività tutoriale durante il corso di laurea e nel tirocinio per l'abilitazione professionale.

#### *AREA DELLA RICERCA E DELLA SPERIMENTAZIONE*

- progettare e realizzare progetti di ricerca clinica, epidemiologica e gestionale;
- partecipare a progetti di sperimentazione clinica.

In base a queste premesse, riteniamo opportuno l'introduzione della Disciplina all'interno delle facoltà mediche mediante la definizione di specifici percorsi all'interno del corso di laurea, delle altre scuole di specializzazione, dei corsi di perfezionamento e dei corsi master di I e II livello. L'esperienza didattica dovrà raccogliere, accanto all'insegnamento durante il corso di laurea, la formazione specialistica e il tirocinio abilitativo dei laureati in Medicina e Chirurgia. Inoltre si renderà necessario stabilire opportuni collegamenti tra la medicina generale e le altre discipline universitarie quali, a titolo esemplificativo:

- Medicina Interna;
- Igiene e Medicina Preventiva;
- Psicologia Medica;
- Medicina di Comunità;
- Scienze Infermieristiche;
- Scienze Sociali.

Occorrono pertanto interventi normativi adeguati che permettano di:

#### **I. modificare la normativa vigente per consentire l'insegnamento della MG in ambito universitario**

- formulare in base alle indicazioni dei provvedimenti legislativi nazionali relativi al tirocinio professionalizzante e al tirocinio valutativo in medicina generale, già previsti ed obbligatori, un provvedimento interministeriale che, sotto forma di documento di indirizzo generale per le sedi accademiche con una facoltà di Medicina, identifichi la Disciplina e ne formalizzi l'accesso tra le materie di competenza universitaria, con particolare riferimento alla **possibilità di attribuzione ai medici di famiglia del titolo**

**di professore aggregato ai sensi della Legge 230 del 4/11/2005.** Tale provvedimento deve sottostare al parere della conferenza Stato/regioni.

- attivare dei protocolli regione/università o integrarli, ove esistenti, per il riconoscimento degli studi di medicina generale come sedi idonee per l'integrazione delle funzioni della didattica, della ricerca e dell'assistenza.
- formalizzare specifiche convenzioni locali tra **azienda sanitaria e sede di facoltà** ai sensi del suddetto provvedimento legislativo nazionale, per il recepimento dei contenuti dei provvedimenti legislativi nazionali e dei protocolli regione/università suddetti.

**2. Promuovere l'evoluzione della formazione specifica in medicina generale in specializzazione nel rigoroso rispetto delle normative comunitarie e del ruolo del SSN**

- rivedere l'intero percorso della formazione specifica (programmazione, corpo docente, contenuti didattici, sistemi di valutazione), istituendo un coordinamento nazionale per la formazione specifica.

**3. Creare una specifica struttura equiparabile alle funzioni dipartimentali dedicata alla formazione e alla ricerca che consenta l'integrazione tra le strutture del SSN e quelle universitarie affidata precipuamente a medici di medicina generale**

- secondo quanto previsto dal D.lgs 517/99, è necessaria l'istituzione di una specifica struttura dedicata alla didattica e alla ricerca presso ciascuna sede universitaria, dotata di autonomia operativa: tale struttura richiederà la creazione di un istituto ex novo.

**4. Modificare l'ACN della medicina generale per consentire lo svolgimento dell'attività assistenziale, didattica e/o di ricerca**

- definire i ruoli e le modalità di coinvolgimento dei medici di medicina generale nell'attività didattica (direttori di corso, professori, tutors, ricercatori, ecc.), anche ai fini dello sviluppo di carriera.



## **ALLEGATO 2**

### **ATTIVITÀ TUTORIALE REQUISITI E CRITERI DI SELEZIONE**

I medici tutori dovranno far parte di una graduatoria regionale appositamente costituita e necessaria per l'attribuzione del medico in formazione. Tale graduatoria dovrà tenere in considerazione il requisito di non aver riportato sanzioni disciplinari negli ultimi cinque anni e, per essere stilata, terrà conto dei seguenti criteri di selezione:

#### **a) medici generalisti**

I candidati presentano alla Regione una domanda per l'inserimento in una graduatoria, necessaria per l'abbinamento con i medici in formazione e soggetta a periodico aggiornamento, con il proprio curriculum professionale e scientifico; l'incarico di tutore sarà conferito dalla Regione che ne curerà gli elenchi, sentiti gli Ordini dei Medici per la parte di loro competenza.

Sono da considerare criteri indispensabili per l'ammissione alla graduatoria regionale dei medici tutori in medicina generale le seguenti caratteristiche in parte previste dall'articolo 27 comma 3 del D.lgs 368/99 e successive modificazioni:

- attività esclusiva di medico generalista;
- anzianità minima di 10 anni di attività convenzionata con il SSN per la medicina generale;
- titolarità di un numero di almeno 750 assistiti;
- disponibilità di attrezzature nello studio, tali da soddisfare i requisiti massimi previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale;
- disponibilità di un sistema informatico secondo quanto disposto dal accordo collettivo nazionale in vigore;
- partecipazione a specifici corsi di formazione patrocinati dalle regioni e dedicati all'esercizio dell'attività tutoriale, nonché agli incontri periodici di aggiornamento e verifica;
- impegno a sostenere un test valutativo di ingresso e di uscita nel corso di formazione per tutore;
- impegno a sostenere l'attività tutoriale per almeno tre mesi per anno solare.

Costituiscono inoltre elementi preferenziali le seguenti esperienze didattiche:

1. esperienza didattica nell'ambito del corso di formazione specifica in medicina generale;
2. esperienza nel campo della formazione permanente, con particolare riferimento alla frequenza di corsi pubblici o privati della durata di almeno 40 ore;
3. docenza ai corsi per il personale non medico dipendente o volontario;
4. docenza nei corsi per medici generali tutori;
5. partecipazione a commissioni ordinarie, regionali o ministeriali relative alla didattica in medicina generale; partecipazione al Comitato Tecnico Scientifico previsto per le precedenti edizioni del corso di formazione in medicina generale;
6. pubblicazioni di tipo pedagogico;
7. attività di docenza e di ricerca universitaria.

**b) Medici dipendenti del Servizio Sanitario Regionale:**

L'incarico di tutore sarà conferito dalla Regione, sentiti gli Ordini dei Medici per la parte di loro competenza, che ne curerà gli elenchi che dovranno tener conto di:

- precedenti esperienze nel campo della attività tutoriale;
- partecipazione a incontri periodici di aggiornamento e di verifica;
- impegno a sottoporsi a valutazione con test di ingresso e di uscita nel seminario formativo per tutor;
- disponibilità per l'attività tutoriale secondo quanto previsto dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 per la specifica area di appartenenza.

**c) Le strutture operative dovranno rispondere ai seguenti requisiti:**

- possibilità di ricovero ordinario con almeno 2 posti letto/candidato;
- possibilità di ricovero in day hospital e in day surgery;
- svolgimento dell'attività ambulatoriale per un periodo di almeno 3 settimane;
- presenza di personale medico afferente alla struttura costituita da un Direttore Responsabile e da almeno un dirigente medico per ogni candidato.

## capitolo 10

---

*Aggregazioni funzionali e lavoro di gruppo:  
impatto economico della proposta e  
sostenibilità dell'Assistenza Primaria  
per il SSN*



# 10. Aggregazioni funzionali e lavoro di gruppo: impatto economico della proposta e sostenibilità dell'Assistenza Primaria per il SSN

**Americo Cicchetti**

## 10.1 OBIETTIVI

L'obiettivo di questo capitolo è fornire elementi utili alla stima dell'impatto economico a livello di sistema derivabile dall'adozione di nuove modalità di erogazione dell'Assistenza Primaria coerentemente con le linee di indirizzo formulate lungo tutto il lavoro.

Le principali esperienze a livello internazionale e l'evoluzione del quadro istituzionale, organizzativo e finanziario del SSN, impongono una ristrutturazione del sistema di erogazione dell'assistenza sanitaria nelle regioni che, nella prospettiva della presa in carico dei pazienti, necessita di modelli di integrazione innovativi tra le strutture che erogano cure nella fase acuta (gli ospedali) e quelle funzioni che invece intervengono nella prevenzione e nell'Assistenza Primaria.

Per la realizzazione di questo primario obiettivo, la medicina di famiglia da diversi anni ha colto la sfida della creazione di modelli di erogazione dell'assistenza fondati sull'aggregazione di diversi professionisti per l'offerta di un servizio più completo e qualificato per i cittadini.

A partire, in particolare, dall'approvazione del ACN 23 marzo 2005, si sono sviluppate forme organizzative di aggregazione che solo in sporadici casi hanno effettivamente ristrutturato il modo di lavorare dei medici di famiglia. Nella maggior parte dei casi l'affiliazione dei medici di medicina generale (MMG) ad una delle forme previste dall'ACN 2005 è apparsa solo "formale" e non sostanziale, tesa soprattutto a cogliere una opportunità derivante dalla presenza di specifici incentivi all'associazionismo piuttosto che ad una reale comprensione dell'utilità di forme di lavoro più strutturate ed organizzate.

In questo paragrafo si tracciano i lineamenti di un modello organizzativo di aggregazione funzionale fondato sull'osservazione dei modelli esistenti e sperimentati in diverse Regioni (es. esperienze di UTAP in Veneto, i NCP in Emilia Romagna),

ma reso sufficientemente astratto da poter rappresentare una generica “linea guida” per le forme organizzative di lavoro associato per la medicina generale.

Si creerà, in questo modo, una sorta di “caso base”, alla luce del quale sarà effettuata una stima del costo di funzionamento di questa tipologia organizzativa di aggregazione del lavoro degli MMG.

Si tratta quindi di un caso ipotetico di aggregazione funzionale fondato su parametri di riferimento che, mutando, possono permettere di costruire un numero molto ampio di modelli organizzativi che differiscono in termini di struttura, dimensione, funzioni attivate, professionalità disponibili.

L'elaborazione di un “caso base” permette di effettuare una stima del costo di funzionamento di un modello organizzativo di riferimento. Per questa stima, si ipotizzerà uno schema di remunerazione dell'attività del medico di famiglia che distingue la remunerazione dell'attività professionale dalla remunerazione degli altri fattori della produzione necessari (costi diretti e costi comuni) per l'erogazione della funzione di Assistenza Primaria.

Alla luce di questi risultati si stimerà l'impatto finanziario del nuovo modello sulla spesa del SSN.

## 10.2. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Dopo trent'anni di storia il Servizio Sanitario Nazionale ha bisogno di un processo di re-ingegnerizzazione globale che renda il sistema dell'offerta di nuovo coerente con i bisogni che emergono dal quadro demografico, epidemiologico e sociale.

La rilevanza delle patologie croniche e recidivanti fanno sì che l'intervento sanitario non possa esaurirsi all'interno di strutture ospedaliere dedicate strutturalmente alla fase acuta della malattia. Le possibilità crescenti derivanti dalla diffusione della prevenzione attiva attraverso i programmi di screening (quelli oncologici, in particolare) e le modalità di “diagnosi precoce” (fondamentale, ad esempio, nel caso dell'artrite reumatoide) impongono un diverso utilizzo dell'ospedale, da un lato, ma anche la possibilità di spostare molte delle attività in infrastrutture meno costose e più snelle sotto il profilo organizzativo.

Il ruolo dell'ospedale continuerà comunque ad essere essenziale nel modello di assistenza dei sistemi sanitari dei Paesi industrializzati. In esso si concentreranno risorse crescenti sia in termini di competenze professionali che di tecnologie. Inoltre, l'intervento sarà sempre più mirato e, come già oggi accade in altri Paesi, aprirà la strada al moltiplicarsi di centri specializzati su specifici percorsi di cura (già oggi esistono centri cardiocirurgici focalizzati su angioplastica e by-pass).

In questo contesto l'Assistenza Primaria dovrà assumere pienamente tutti quei ruoli che già le sono riconosciuti nel contesto internazionale (WONCA Europa, 2002): punto di primo contatto con il sistema sanitario, primario interlocutore per i pazienti e per le famiglie nel lungo periodo con un approccio centrato sulla persona,

promotore della salute e del benessere dei pazienti, responsabile della salute della comunità.

Molti di questi elementi sono integrati nel riconoscimento delle diverse funzioni che svolge il medico di medicina generale (MG) nell'ambito del SSN e già oggetto di discussione e dibattito nel recente passato:

- *funzione clinico-assistenziale*, per i singoli e per la comunità, svolgendo attività di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e assistenza palliativa assicurando la reale presa in carico del paziente (H24; 7 giorni su 7; 365 giorni all'anno) assicurando continuità a questa funzione;
- *funzione organizzativo-gestionale*, in quanto parte di un sistema sanitario (ma anche di quello più ampio di assistenza sociale), contribuendo alla programmazione dei servizi anche attraverso la creazione di adeguati flussi informativi “da e per” gli altri punti di servizio del sistema;
- *funzione educativa e comunicazionale*, nei confronti delle persone assistite nella duplice ottica della promozione di stili di vita salubri e responsabili e della responsabilizzazione dei pazienti e dei cittadini verso il proprio servizio sanitario migliorando l'appropriatezza della domanda di prestazioni e “prescrizioni”.

Si ravvisa quindi la necessità di disegnare un modello organizzativo per la medicina generale che permetta al medico di medicina generale di svolgere tutte queste funzioni nel rispetto di due esigenze fondamentali:

- l'autonomia lavorativa del libero professionista, ricchezza e patrimonio irrinunciabile per il lavoratore e garanzia per le persone assistite;
- l'esigenza generale del sistema sanitario di “dare conto” (*accountability*) ai cittadini del proprio modo di operare e dei risultati prodotti.

Per quanto riguarda il primo aspetto, la natura libero-professionale del lavoro del MG in convenzione con il SSN non può essere messa in discussione perché è intimamente connessa con il rapporto fiduciario tra medico e paziente in cui il medico è il vero agente della salute del paziente indipendentemente dai vincoli economici ed istituzionali posti dal sistema.

Questo principio si sostanzia in un modello organizzativo che, pur perseguendo la collaborazione interprofessionale, valorizza il mantenimento del rapporto tra professionista e assistito, famiglie e *caregiver* in una prospettiva di relazione fiduciaria e di lungo periodo.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, nell'attuale contesto in cui la maggior parte dei processi assistenziali “attraversano” le diverse organizzazioni del sistema sanitario, è necessario che il processo stesso sia codificabile, tracciabile e verificabile in tutte le sue fasi. In tale processo, il MG rappresenta un elemento cruciale, spesso una “cerniera” tra le strutture ospedaliere (per acuti) e le altre strutture/funzioni

territoriali (es. la residenzialità e la riabilitazione, l'assistenza domiciliare, i servizi sociali e alla persona). Per tale motivo, esso non può sottrarsi alla specifica responsabilità connessa con il suo ruolo organizzativo-gestionale. In questa ottica il MG può rappresentare un formidabile “meccanismo di coordinamento organizzativo” per l'intero sistema.

In questa prospettiva, il MG assume nel sistema un ruolo più ampio rispetto a quello più tradizionale di “*gatekeeper*” tipico del sistema sanitario britannico (NHS). Infatti, il suo ruolo è quello di “integrazione professionale”, coordinatore di funzioni diverse e responsabile della fluidità del processo di presa in carico del cittadino e del malato.

Nel modello organizzativo che deve essere realizzato, in buona sostanza, la grande ricchezza della professione viene messa a servizio del funzionamento del sistema.

### 10.3. PRINCIPI ORGANIZZATIVI DI RIFERIMENTO: L'IMPEGNO DEI PROFESSIONISTI E IL LAVORO DI GRUPPO

L'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria, nei sistemi sanitari moderni, si realizza sempre più nell'ambito di complessi organizzativi che combinano competenze professionali, strutture e tecnologie per la diagnosi e la cura. Gli ospedali, le residenze sanitarie assistenziali per gli anziani o le strutture riabilitative sono esempi di organizzazioni per la salute. Sono oramai pochi i contesti dove la pratica della medicina assume una forma puramente professionale.

Anche il MG oggi avverte il bisogno di integrare in qualche modo le proprie competenze con quelle di altri colleghi utilizzando, per questo, forme di coordinamento organizzativo che integrano “verticalmente” il lavoro del MG con le attività ospedaliere (es. protocolli diagnostico terapeutici, sistemi informativi) e quelle che invece provvedono all'integrazione “orizzontale” tra diversi professionisti sul territorio (le medicine di gruppo, in associazione, in rete, le UTAP, i nuclei di cure primarie, ecc.).

La pratica della medicina, in buona sostanza, appare oggi inevitabilmente realizzarsi nell'ambito di “organizzazioni”. Le organizzazioni sono entità sociali guidate da obiettivi progettate come sistemi di attività deliberatamente strutturate e coordinate che operano interagendo con l'ambiente esterno.

In tal senso, la “progettazione organizzativa” è il processo attraverso il quale si “divide” il lavoro tra le persone per poi ricomporlo attraverso adeguati meccanismi di coordinamento organizzativo.

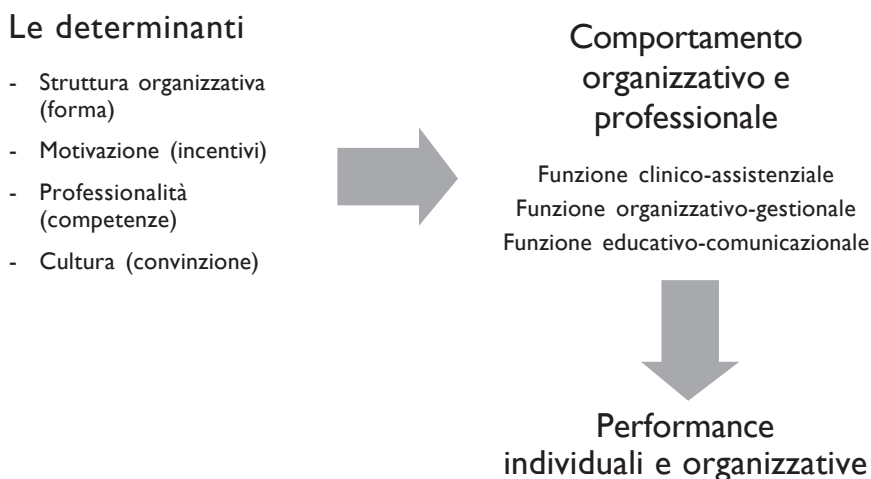
La forma (o struttura) organizzativa deve essere progettata quale “strumento” per rendere possibile e per facilitare il lavoro delle persone e realizzare quei comportamenti organizzativi necessari per raggiungere gli obiettivi prefissati: in questo caso la realizzazione di tre funzioni, quella clinico-assistenziale, quella organizzativo-gestionale e quella educativo comunicazionale. La forma organizzativa rappresenta,



quindi, quell'involucro che crea le condizioni di base per utilizzare quegli strumenti gestionali in grado di attivare le altre importanti "determinanti" dei comportamenti organizzativi e professionali: la motivazione al lavoro, la professionalità per svolgerlo, la cultura "organizzativa" per collocare esattamente il proprio contributo in un contesto organizzativo e istituzionale più ampio, ovvero quello del sistema sanitario (figura I).

In buona sostanza la struttura non è altro che un pre-requisito per far funzionare al meglio il sistema organizzativo.

### Figura I - Le determinanti del comportamento organizzativo e professionale



Fonte: Elaborazione dell'autore

L'intenzione qui è quella di disegnare un "meta-modello organizzativo", ossia una forma organizzativa, fondata su alcuni elementi:

- il modello persegue l'efficacia dell'assistenza, l'efficienza operativa, l'appropriatezza delle cure e l'accessibilità/equità di trattamento per le persone assistite, garantendo la continuità assistenziale (*obiettivi*);
- il modello assicura la presa in carico dei singoli assistiti e delle famiglie, non solo sotto il profilo dell'assistenza sanitaria, ma anche del supporto sociale e psicologico delle persone (*presa in carico*);
- il modello permette al MG di integrarsi nel sistema in un'ottica di continuità assistenziale e di cooperazione con le altre funzioni assistenziali per conseguire l'effettiva presa in carico della persona assistita (*integrazione verticale*);
- il modello è finalizzato ad attivare (*enable*) tutte le competenze professionali e

tutte le risorse (finanziarie e tecnologiche) necessarie per conseguire gli obiettivi di cui sopra (*integrazione orizzontale*);

- il modello è strutturato in modo tale da promuovere quei comportamenti professionali ed organizzativi necessari per il conseguimento degli obiettivi fornendo la giusta motivazione al lavoro e le adeguate competenze professionali (*motivazione e professionalità*).

#### 10.4. IL MODELLO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO PER L'UCCP

Il meta-modello organizzativo rappresenta una forma organizzativa specifica nell'ambito della quale è possibile svolgere le funzioni sopra identificate secondo i principi presentati nel paragrafo precedente.

Per non creare confusione rispetto alle categorie organizzative già presenti nel dibattito recente della medicina di famiglia, chiameremo questa forma organizzativa **Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP)**, etichetta adottata nel pre-accordo siglato con la Sisac a Dicembre 2008 ed oggi sancita dall'Accordo Collettivo Nazionale del 27 maggio 2009.

L'UCCP rappresenta la forma organizzativa strutturata per l'erogazione dell'Assistenza Primaria, la continuità assistenziale e la medicina dei servizi. Tende a coincidere - in termini di articolazione e dimensionamento territoriale - con l'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) ma si distingue da essa per le finalità. Infatti la partecipazione all'AFT è obbligatoria (mentre quella all'UCCP è spontanea) e ha una valenza istituzionale specificatamente mirata, secondo l'ACN 2009:

- a garantire equità ed omogeneità nelle condizioni di accesso ai servizi offerti ai cittadini;
- ad assicurare lo sviluppo di “standard” professionali (protocolli di assistenza, linee guida) e, come conseguenza, l'appropriatezza prescrittiva e assistenziale anche attraverso il meccanismo dell'audit clinico;
- a promuovere un migliore uso delle risorse umane e strumentali.

L'UCCP, dal canto suo, ha una valenza organizzativa più che “istituzionale”, ed è qui progettata come una esemplificazione di una forma di aggregazione dell'Assistenza Primaria strutturata in analogia a quanto già sperimentato in molte regioni italiane con nomi diversi: i nuclei di cure primarie in Emilia Romagna, le UTAP in Veneto, le Unità di Cure Primarie nella Regione Lazio e i Gruppi di Cure Primarie in Lombardia.

L'UCCP non rappresenta, né può rappresentare, una entità giuridica autonoma titolare di attività e passività, diritti o doveri. La rappresentanza giuridica, oltre che la

responsabilità professionale, spetta ai singoli medici che la compongono. I medici convenzionati e appartenenti all'UCCP possono promuovere invece forme giuridiche specifiche per la gestione dei servizi accessori non di natura assistenziale (gestione delle infrastrutture, della logistica, e della tecnologia).

L'UCCP che andremo a costruire è solo una delle possibili forme di aggregazione dell'Assistenza Primaria nell'ambito delle AFT. Infatti l'UCCP può assumere, a seconda delle Regioni e dei contesti di riferimento innumerevoli forme e strutture in relazione alle scelte che si opereranno localmente in merito ad alcuni parametri, quali:

- la numerosità dei professionisti coinvolti;
- le tipologie professionali presenti (MG, pediatri di libera scelta, altri specialisti, ecc.);
- la combinazione tra attività orarie e attività basate su scelte;
- le funzioni assistenziali aggiuntive attivate e garantite;
- le tecnologie disponibili;
- la tipologia e numerosità dell'altro personale coinvolto (personale infermieristico, tecnico amministrativo);
- l'organizzazione del lavoro e tempi di apertura delle sedi;
- la distribuzione territoriale delle sedi;
- Gli aspetti infrastrutturali.

L'eterogeneità delle soluzioni organizzative disponibili ci costringe a disegnare dunque, come già sopra anticipato, un "caso base" da intendersi come una soluzione organizzativa esemplificativa basata su una serie di ipotesi di progettazione organizzativa che si ritengono rappresentative di una realtà "ideal-tipica".

Sulla base di questo scenario organizzativo di base se ne possono costruire altri derivati, modificando alcuni dei parametri di riferimento.

Il modello organizzativo (caso base) sul quale si costruirà la simulazione finanziaria prende in considerazione i seguenti parametri:

- unità professionali coinvolte;
- tempi e modalità di lavoro professionale (orario di apertura ambulatori, durata delle visite, numero delle visite, numero visite domiciliari, prestazioni aggiuntive);
- modalità di strutturazione del compenso;
- competenze professionali aggiuntive (assistenza infermieristica, segretaria, amministrazione);
- tecnologie sanitarie ed informatiche;
- aspetti infrastrutturali;
- management.

## Unità professionali coinvolte

Il “caso base” prevede un modello di aggregazione di 15 professionisti che servono una popolazione media di 15.000 abitanti. Ogni medico ottiene 1000 scelte da parte dei cittadini sul territorio.

La scelta di questo numero è legata alla dimensione media dei comuni italiani e quindi alle condizioni abitative della popolazione rispetto all'organizzazione amministrativa del territorio. Infatti ben 7.437 comuni (su 8.101), ovvero il 91,3% hanno una popolazione inferiore ai 15.000 abitanti (Fonte: ISTAT, dati 2006). In questi comuni vive il 41,4% della popolazione italiana. Nei 658 comuni con popolazione superiore ai 15.000 e inferiore ai 100.000 abitanti vive il 35,5% della popolazione (quasi 17 milioni di persone). La parte restante (23,1%) abita nelle medie e grandi città con popolazione superiore a 100.000 abitanti (un totale di 43 comuni).

È bene precisare che i modelli di UCCP potranno anche differenziarsi per la presenza non solo di MMG ma anche di pediatri di libera scelta che, in questo caso, permettono l'ampliamento del range delle prestazioni erogabili e l'ambito di popolazione assistita.

Inoltre, il ruolo del MG deve essere inteso come “potenziato”; dovrebbe tendere a valorizzare tutte le competenze specialistiche spesso disponibili a coloro che lavorano in convenzione con il SSN in qualità di medici di medicina generale ma che hanno acquisito una specializzazione clinica.

## Tempi e modalità di lavoro

Per la definizione delle modalità di lavoro è bene prendere in considerazione l'attuale contesto di riferimento. Infatti, alla luce dell'ACN appena siglato, non esiste un vero e proprio orario di lavoro per il medico di medicina generale. Esistono dei requisiti minimi relativi all'orario di apertura degli ambulatori, che sono legati al numero di assistiti. Infatti, un medico con un numero di assistiti tra 1000 e 1500 dovrà garantire almeno 15 ore di apertura dell'ambulatorio per 5 giorni settimanali, preferibilmente dal lunedì al venerdì. Inoltre, sono in genere previste, a livello regionale, fasce di apertura pomeridiana e pre-festiva (2 ore).

Evidentemente l'attuale schema si completa con la previsione di una continuità assistenziale che garantisce quindi una copertura H24.

Nel “caso base” di UCCP che qui stiamo elaborando l'organizzazione del lavoro è caratterizzata dalla presenza di una struttura fisica centrale che garantisce una disponibilità di assistenza medica 24 ore al giorno per 7 giorni.

L'assistenza medica, in questo caso, è garantita da MMG che, nella loro evoluzione professionale, passano da una condizione professionale di medico di continuità

assistenziale a medico di medicina generale caratterizzato da un numero di scelte che presumibilmente cresce nel tempo.

Il modello, a tendere, prevede che ogni medico all'interno di una UCCP convenzionalmente debba assicurare un orario di lavoro pari a 38 ore settimanali, in analogia a quanto accade ai dirigenti medici del SSN operanti nelle strutture ospedaliere.

All'interno della UCCP, i MMG dedicano una parte delle 38 ore di lavoro previste. Per la parte rimanente, i MMG svolgono attività professionale presso i propri studi individuali. Questo modello consente di offrire, da un lato, la continuità assistenziale che garantisce al paziente assistito una accessibilità piena ai servizi, ma dall'altro, non fa perdere il legame fondamentale e fiduciario tra il singolo MG e gli assistiti e le famiglie sul territorio. Nel caso base gli ambulatori dei singoli professionisti sono aperti 3 giorni su 7.

In particolare, per la costruzione del modello base sono stati utilizzati i seguenti parametri di riferimento (tabella 1):

- ogni professionista assicura 38 ore lavorative suddivise tra:
  - attività prestata nel proprio ambulatorio individuale (17 ore di cui 2 per attività di gestione/rendicontazione e una per aggiornamento professionale individuale);
  - attività prestata in un ambulatorio centrale (UCCP) in cui si svolgono le tre funzioni sopra identificate è pari a 21 ore settimanali complessive di cui tre ore di aggiornamento professionale obbligatorio da realizzarsi attraverso corsi ECM organizzate dall'UCCP o all'esterno;
  - nell'ambito delle 21 ore di attività prestata nell'ambito dell'UCCP sono comprese due ore a settimana di visite domiciliari più due ore a settimana di attività programmata nell'ambito dell'assistenza domiciliare di Distretto.
- la funzione clinico/assistenziale è garantita H24;
- le visite in ambulatorio hanno una durata media di 10 minuti. A tale proposito, la letteratura internazionale è ricca di rilevazioni e dati empirici relativi alla durata media della visita del medico di famiglia. Si condivide prima di tutto la difficoltà di definire una durata "media" in quanto poco significativa e rappresentativa dell'eterogeneità delle situazioni. La variabilità della durata della visita infatti è correlata: all'età del paziente e alle sue caratteristiche socio-economiche, alla natura della patologia, alla tipologia di visita (prima visita, follow up, controllo, ecc.), presenza di problematiche psicologiche. Pertanto, il parametro dei 10 minuti a visita è stato scelto in quanto valore medio (range 7,6 - 15,6 minuti) emergente da uno studio che ha coinvolto 190 medici e oltre 3600 pazienti in 6 Paesi europei (Deveugele et al., 2002) e ampiamente citato in letteratura.

**Tabella 1- Caso Base: parametri di riferimento**

<b>Parametri di riferimento</b>	<b>Ore</b>	<b>Valori</b>
Numero medici		15
Numero pazienti/medico		1000
Ore lavoro/settimana		38
	<i>Ore ambulatorio individuale</i>	14
	<i>Ore visite domiciliari</i>	2
	<i>Ore assistenza domiciliare programmata</i>	2
<i>Ore aggiornamento/settimana UCCP e ambulatori individuali (3+1)</i>		4
	<i>Ore dedicate alla gestione dell'ambulatorio</i>	2
	<i>Ore attività in UCCP</i>	14
Tempo medio visita (minuti)		10
Ore apertura UCCP		24
Giorni apertura UCCP		7

### Modalità di strutturazione del compenso

La strutturazione del compenso adottata per il “caso base” è in linea con le più recenti proposte in discussione in ambito negoziale, ma se ne discosta per alcuni aspetti marginali.

La riflessione di partenza è legata all'abbandono del vecchio modello basato sulla quota capitaria. La scelta, sotto il profilo organizzativo, nasce dalla consapevolezza che ogni sistema di pagamento è in grado di generare “incentivi” per il professionista. Tuttavia, la natura degli incentivi generati dal meccanismo capitario non sono sempre in linea con le esigenze di comportamento professionale che sarebbe invece richiesto. In particolare il meccanismo capitario porta con sé un incentivo perverso. Spinge infatti i medici ad incrementare il numero di assistiti, a minimizzare la propria spesa (in termini di risorse e tempo) per singolo assistito e non fornisce incentivi per la promozione della qualità dell'assistenza.

Gli schemi alternativi disponibili sono:

- il *fee for service*, ossia il pagamento per singola prestazione. Questo meccanismo incentiva all'incremento delle prestazioni come le visite e le procedure, ma ne comprime durata e qualità;
- il *pay for performance*, in cui la remunerazione è legata al conseguimento di indicatori di performance. Questo schema può generare incentivi perversi, spingendo il medico a perseguire l'obiettivo “meta-incentivo”. Infatti, gli studi recenti svolti nel NHS hanno già mostrato l'incapacità del sistema a generare un miglioramento dello stato di salute degli assistiti;
- il *contributo fisso* (salario), che non necessariamente implica un rapporto di dipendenza ma potrebbe anche essere applicato in un regime convenzionale.

Nel definire una ideale struttura del compenso è pertanto necessario considerare

le diverse funzioni svolte dal medico di famiglia, sopra richiamate assegnando a ciascuna delle funzioni una modalità di remunerazione. In particolare:

- L'attività professionale, che comprende le funzioni clinico-assistenziali ed educativo-comunicazionali, potrebbe essere remunerata attraverso un contributo fissato in misura analoga a quanto previsto dal CCNL dei medici ospedalieri per analogia della funzione svolta. Questa componente della remunerazione è attribuita al singolo MG;
- L'attività organizzativo-gestionale è attribuita all'intera funzione dell'UCCP per riconoscere gli effetti delle economie di scala derivanti dall'aggregazione funzionale in una struttura fisica unica, e solo in quota parte viene ribaltata sul singolo MG. Il compenso è articolato considerando due elementi di costo:
  - i beni e servizi, gli oneri assicurativi, e l'ammortamento della tecnologia, attraverso la corresponsione di un contributo forfettario da definire a priori;
  - il personale di studio, attraverso l'individuazione di una figura di riferimento nell'ambito dei contratti collettivi nazionali di categoria (infermieri, personale di segreteria e personale amministrativo) agganciando a questi il relativo compenso.

La tabella 2 compara un ipotetico compenso per un MG con 1000 scelte (più il relativo compenso per attività oraria comprensivo delle quote previste dall'ACN 2005), con il salario di un medico ospedaliero del SSN responsabile di unità operativa semplice. Il compenso per l'attività professionale è fissato quindi analogamente al compenso del medico ospedaliero del SSN con una responsabilità di natura professionale così come previsto dal CCNL dei dirigenti medici. Nello specifico, per il calcolo del compenso dell'attività professionale del MG si è preso come riferimento lo stipendio medio del dirigente medico del SSN con incarico professionale così come stimato dal Sole 24Ore Sanità del 7-13 ottobre 2008. La stima dello stipendio medio annuo lordo di un dirigente medico è di 77.558 € al netto degli oneri contributivi.

**Tabella 2 - Prospetto compenso del medico di medicina generale (Valori in €)**

<b>Comparazione Compenso MG e Medico SSN</b>	<b>Valore unitario</b>	<b>Pazienti/ Mesi</b>	<b>Importo</b>
Onorario AI	38,62	1000	€ 38.620
8% > 75 anni			€ 1.239
3% < 14 anni			€ 542
Quota ad personam e ponderazione (regionale)			€ 11.910
Medico in rete			€ 4.700
Informatizzazione	0,93	77,4	€ 929
Enpam e ass. malattia			€ 5.706
<b>Compenso Medio MG</b> (anzianità tra 13 e 20 anni; 8% pazienti > 75 anni; 3% pazienti < 14 anni)			<b>€ 63.646</b>
<b>Compenso Attività professionale (38 h Ospedaliero SSN)</b>			<b>€ 77.558</b>
<i>Differenza</i>			€ 13.912

Considerando un MG con una anzianità media, con una struttura di popolazione assistita analoga a quella media nazionale, e che ha acquisito 1000 scelte, emerge una differenza sostanziale, pari a circa 13.900 € annui, tra il compenso del MG e quello del medico ospedaliero.

Tuttavia, è bene considerare che attualmente il regime lavorativo e di retribuzione dei MMG e dei medici ospedalieri differisce per alcuni punti sostanziali:

- il MG nell'ambito di quel compenso "paga" per i suoi fattori produttivi, mentre questa voce di spesa nel caso dell'ospedaliero è a parte;
- il compenso del medico ospedaliero prevede una "indennità di esclusività" che invece non viene riconosciuta al MG;
- il MG, nel suo compenso, non vede riconosciute ferie e malattia e, inoltre, deve ricomprendere la spesa relativa alle eventuali sostituzioni in caso appunto di ferie o malattia.

Il nuovo schema retributivo deve essere compensato dalla disponibilità da parte delle strutture territoriali ad assicurare funzioni oggi prestate in ospedale - in forma ambulatoriale o *in-patient*. Questo spostamento può realizzarsi in modo efficace solo nella misura in cui le strutture territoriali hanno effettivamente la capacità di "prendere in carico" il cittadino per fasi più lunghe del percorso salute-malattia-salute.

L'implicazione che se ne trae è che in questo modello è necessario che il "territorio" fornisca prestazioni di natura specialistica, attraverso due possibili modalità:

- grazie alla maggiore presenza di MMG con specializzazione (MMG con un interesse specialistico prevalente) nell'ambito delle strutture di aggregazione;
- grazie alla maggiore presenza di medici specialisti, anche ospedalieri, nell'ambito delle UCCP attraverso forme convenzionali da predisporre ad hoc.

La modulazione dei costi relativi al personale e agli altri fattori produttivi dell'attività saranno approfonditi a breve.

## **Le competenze professionali aggiuntive**

Per il funzionamento del modello di UCCP fin qui descritto (15 MMG per 15.000 assistiti), sono necessarie competenze ulteriori sia sotto il profilo dell'assistenza infermieristica sia per le attività di prenotazione, per le attività amministrative e per quelle di rendicontazione.

Queste competenze dovranno essere disponibili per l'insieme delle funzioni svolte sia presso i singoli studi che presso l'unità centrale.

Considerando gli usuali carichi di lavoro per il personale infermieristico e considerando gli orari di apertura dei singoli ambulatori per attività di assistenza ai pazienti (18 ore settimanali distribuite su 3 giorni) è possibile identificare un fabbisogno



di lavoro infermieristico pari a 171 ore settimanali, di cui 72 da dedicare alla copertura dell'assistenza H12 (08.00 – 20.00) presso la struttura centrale dell'UCCP, e le rimanenti 99 da dividere tra gli studi individuali dei medici per una media di 6,6 ore settimanali di assistenza. Considerando l'apertura dello studio individuale ai pazienti per 18 ore suddivise su tre giorni, avremo una copertura infermieristica pari a circa il 35% del tempo di apertura.

Per garantire questo livello di servizio è necessario avere 7 infermieri che, considerando le ferie, le festività, le domeniche e 2 giorni mensili di assenza (per malattia o altro) garantiscono le 252 ore settimanali sopra stimate quale fabbisogno. Ogni unità di personale dovrà quindi ruotare su tre/quattro sedi in media: quella centrale e due/tre studi associati.

Per quanto riguarda invece il personale di segreteria è possibile considerare un fabbisogno di 122 ore di lavoro di cui 72 da dedicare alla struttura centrale per una presenza di 12 ore su 6 giorni (08.00-20.00). La parte rimanente (50 ore) potrà essere dedicata agli studi individuali. Ogni studio avrà la possibilità di usufruire di una copertura di oltre 3,4 ore a settimana ovvero poco più di un ora al giorno per le mansioni di segreteria (prenotazione).

Ogni unità di personale dovrà quindi ruotare su tre/quattro sedi in media: quella centrale e due/tre studi associati.

È opportuno inoltre considerare una unità di personale amministrativo esperta (un collaboratore amministrativo) con sede presso l'UCCP che si assume l'onere dell'amministrazione contabile, degli acquisti, della tenuta in funzione dei sistemi informatici, e delle tecnologie biomediche. Questo profilo professionale è anche responsabilizzato della gestione del processo di rendicontazione delle attività di tutti i medici dell'UCCP verso il Distretto.

La tabella 3 riassume il fabbisogno di competenze aggiuntive ipotizzato nel “caso base”.

**Tabella 3 - Prospetto personale di studio**

	Ore settimanali	Numero persone (teste)	Ore lavoro potenziali	Ore complessive di lavoro effettive
Ore lavoro infermiere	36	7	252	171
Copertura H12* 6gg (Sede centrale)	72		180	72 99
<i>ore settimanali per ambulatorio periferico</i>			<b>12,0</b>	<b>6,6</b>
Ore lavoro collaboratori di studio (segretaria)	36	5	180	122
Copertura H12* 6 gg (sede centrale)	72		72 108	72 50
<i>ore settimanali per ambulatorio periferico</i>			<b>7,2</b>	<b>3,4</b>
Ore lavoro amministrativo	36	1	36	36

## Tecnologie sanitarie ed informatiche

L'UCCP, come previsto dall'ACN 2009, è chiamata ad assicurare sul territorio di propria competenza l'erogazione dei LEA fornendo accesso all'assistenza sanitaria di base e alla diagnostica di primo livello anche per limitare l'uso improprio del pronto soccorso (Art. 26 ter).

Alla luce di questi obiettivi, l'UCCP dovrà essere dotata di tecnologie diagnostiche adeguate a perseguire tali scopi.

Nel "caso base" la dotazione tecnologica dell'UCCP è determinata dalla disponibilità di attrezzature in grado di assicurare la "diagnostica di prossimità" in un contesto infrastrutturale non particolarmente complesso, e che quindi non permette di acquisire macchinari ed attrezzature che invece necessitano di requisiti infrastrutturali ed organizzativi specifici. La scelta delle dotazioni tecnologiche dovrebbe essere fondata su una analisi approfondita che consideri tutte le dimensioni di una valutazione di technology assessment (vedi paragrafo 9.2 per un maggiore approfondimento). In una prima approssimazione, basata sull'osservazione di alcune realtà nelle Regioni Emilia Romagna e Veneto, è possibile ipotizzare per la diagnostica la seguente dotazione:

- 1 Ecografo multi purpose (configurazione con tre sonde: 1 convex addominale, 1 lineare periferica, 1 phased array cardiologia. Prezzo orientativo 40.000€);
- 1 Elettrocardiografo portatile (Prezzo orientativo 15.000€);
- 1 Elettrocardiografo fisso (configurazione con stampante termica/monitor. Prezzo orientativo 3.500€).

Ipotizzando una tasso di obsolescenza che porta al rinnovo del parco macchine in circa 7 anni è possibile stimare una spesa annua per UCCP (ammortamento contabile) di circa 9.000€.

È evidente che l'utilizzo efficace di tali tecnologie (con particolare riferimento agli ecografi), è condizionato dalla presenza di specialisti presso l'UCCP che partecipino all'attività assistenziale attraverso forme convenzionali, oppure grazie alla qualificazione professionale di uno o più MMG in possesso di specializzazione o specifica abilitazione.

A fianco alle dotazioni diagnostiche per immagini, è possibile anche ipotizzare la disponibilità di dotazioni sufficienti per alcune determinazioni di chimica clinica quali la glicemia e l'esame delle urine.

Un apparecchio per l'analisi delle urine predisposto con display e stampante termica che svolge 40 misurazioni orarie in modalità di risparmio 120 misurazioni orarie in modalità rapida, è disponibile sul mercato a circa 1500€ (stima ammortamento circa 225€/anno).

Per conseguire tali scopi l'UCCP, sempre secondo l'articolo 26 ter dell'ACN 2009, impiega strumenti di gestione che garantiscono trasparenza e responsabilità rispetto al sistema e capacità di integrazione con gli altri livelli di assistenza. Allo

stesso tempo il MG attraverso le sue forme di aggregazione, rappresenta un importante strumento per il sistema sanitario nel suo complesso quale terminale per la rilevazione di informazioni nell'ambito di "registri di malattia" utili per il monitoraggio dei fenomeni infettivi, per la valutazione dell'efficacia dei farmaci o per il controllo degli effetti collaterali legati alla somministrazione di nuove molecole. In tale modo il MG recupererebbe quella funzione di "ufficiale sanitario" che era propria dei medici condotti in epoca pre-SSN.

Assumono specifica rilevanza le dotazioni informatiche che devono garantire:

- la presenza di una piattaforma middleware caratterizzata dall'adozione di uno standard pubblico e aperto che permetta la realizzazione di un data warehouse unico contenente il fascicolo sanitario per ogni paziente che ha scelto uno dei medici presenti nell'UCCP;
- adozione di sistemi informativi di gestione dei singoli studi coerenti con la piattaforma middleware prescelta ed omogenei tra loro;
- collegamento ad un Centro unico di prenotazione per le visite specialistiche assicurate dagli specialisti territoriali o presso gli ospedali di riferimento (a seconda degli accordi);
- possibilità di acquisire i referti on-line da parte dei centri diagnostici e da parte delle strutture ospedaliere di riferimento da acquisire nel data warehouse unico,
- tracciabilità dei pazienti on-line (in caso di accesso in ospedale o ad altra struttura);
- possibilità di accesso alla cartelle cliniche ospedaliere on-line;
- integrazione di elettrocardiografi ed ecografo con gli specialisti ospedalieri (telemedicina);
- disponibilità di un sistema informativo direzionale in grado di svolgere la funzione di controllo di gestione e di rendicontazione verso il Distretto e verso l'azienda sanitaria di riferimento.

Non appare semplice la stima dell'investimento necessario per la realizzazione di un tale sistema. È possibile però considerare una spesa di gestione annuale del sistema pari al 2% del "fatturato" complessivo dell'UCCP, analogamente ad altre organizzazioni che erogano servizi alla persona.

### **Aspetti infrastrutturali**

La sede centrale dell'UCCP dovrà disporre di spazi idonei per accogliere i pazienti, permettere una attesa confortevole nel rispetto della dignità della persona e della sua privacy, favorire l'accessibilità anche ai portatori di handicap così come previsto dalle normative vigenti.

I locali necessari per lo svolgimento delle attività possono essere individuati in:

- ingresso ampio dotato di reception;

- sala d'attesa;
- 4 ambulatori medici;
- 1 ambulatorio diagnostico;
- 1 office amministrativo;
- 1 sala riunioni;
- 1 locale tecnico;
- 1 locale archivio;
- servizi igienici.

La sede centrale dell'UCCP dovrebbe poter essere resa disponibile nell'ambito del patrimonio immobiliare della Asl non gravando quindi sul conto economico dell'UCCP.

## **Management**

L'UCCP si configura come una organizzazione di servizi alla persona dotata di circa 30 unità di personale attivo caratterizzato da professionalità diverse. Assicura un servizio H24 con dotazioni tecnologiche ed informatiche che l'identificano, sotto il profilo economico, come una piccola impresa.

Per questo tale organizzazione dovrà dotarsi di una struttura manageriale in grado di governare il sistema permettendole di conseguire gli obiettivi che si pone e che il sistema sanitario le ha affidato.

L'assetto gestionale si caratterizza per l'esigenza di realizzare un coordinamento di "rete" tra pari individuando quindi una figura di coordinamento (peraltro già prevista nelle UTAP e nelle NCP).

La figura di coordinamento, come indicato nella tabella 4, non svolge a tempo pieno questa funzione, mantiene in attività il proprio studio individuale ma dedica almeno 12 ore settimanali del suo tempo lavoro ad aspetti gestionali.

Il suo ruolo prevede:

- la definizione degli indirizzi dell'organizzazione e la loro negoziazione con l'azienda sanitaria di riferimento;
- l'organizzazione del lavoro del personale di studio e la responsabilità sulla corretta gestione dei contratti di lavoro;
- la predisposizione e l'implementazione dei sistemi di gestione necessari per il governo delle risorse (es. sistemi informativi, sistemi di rilevazione presenze del personale, sistemi di gestione delle tecnologie);
- controllo di gestione e verifica della correttezza della rendicontazione individuale verso il sistema;
- rappresentanza dell'UCCP verso l'esterno.

Queste attività descrivono un ruolo tipicamente manageriale che implica la di-

sponibilità di competenze e capacità specifiche che dovranno essere acquisite dal coordinatore dell'UCCP attraverso adeguati percorsi di formazione/aggiornamento.

Per ogni UCCP è plausibile avere diverse persone disponibili per ricoprire questa funzione. Il ruolo di coordinatore dovrebbe essere infatti definito sulla base di un incarico al massimo triennale, e ruotare tra coloro che hanno dato la disponibilità a ricoprirlo avendo acquisito una adeguata competenza.

Resta il fatto che tale rappresentanza ha comunque natura funzionale ed informale non potendo in alcun caso l'UCCP acquisire personalità giuridica autonoma per via del rapporto di convenzionamento individuale tra MMG e SSN.

## 10.5. LA STIMA DELL'IMPATTO ECONOMICO (ELABORAZIONE DI UN CASO BASE)

La stima dell'impatto economico dell'attuazione della nuova forma organizzativa parte da necessarie semplificazioni che riguardano la struttura dell'UCCP e le modalità di compensare il MMG.

Il prospetto sulle attività dell'UCCP e degli Ambulatori periferici (tabella 4) chiarisce le modalità operative di riferimento per il calcolo della spesa per il SSN alla luce del servizio erogato. Il calcolo riguarda quindi l'assistenza a circa 15.000 pazienti erogata da 15 MMG coadiuvati da 7 infermieri, 5 unità di personale di supporto (segreteria, prenotazione) e 1 unità di personale amministrativo (gestione e rendicontazione).

**Tabella 4 - Prospetto attività UCCP e Ambulatori periferici**

<b>Parametri derivati</b>	<b>Ore/ visite</b>	<b>Medici/ minuti</b>	<b>Totale</b>
<b>Pazienti totali</b>	<b>15.000</b>		
<b>Totale ore di lavoro</b>	<b>38</b>	<b>15</b>	<b>570</b>
<b>ATTIVITÀ IN AMBULATORIO INDIVIDUALE</b>			
Totale ore ambulatorio individuale medici	18	15	270
Totale ore ambulatorio/medico/settimana netto	14	15	210
Totale minuti ambulatorio/settimana	210	60	12.600
Numero visite erogabili/settimana	12.600	10	1.260
Numero visite erogabili/giorno/ambul. Indiv. (3 giorni per 6 ore)	1.260	3	420
Numero visite erogabili/giorno/ambul. indiv./medico (3 giorni per 6 ore)	420	15	28
<b>ATTIVITÀ IN UCCP</b>			
Totale ore medico in UCCP settimanale (15 medici)	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>210</b>
<i>Ore settimanali UCCP per assicurare H24 (7 giorni su 7)</i>	<i>168</i>		
<i>Ore settimanali per attività di gestione e rendicontazione/settimana</i>	<i>12</i>		
<i>Ore settimanali a disposizione per ulteriore assistenza</i>	<i>30</i>		

Le 570 ore complessive di lavoro assicurato dai MMG sono distribuite tra 270 ore complessive dedicate ad attività in ambulatorio individuale esclusivamente dedicato alle visite ai pazienti.

Considerando il parametro di 10 minuti per ogni visita potranno essere erogate alla popolazione complessivamente 1.260 visite distribuite su tre giorni (420/giorno) negli ambulatori periferici, ovvero 28 visite per ambulatorio al giorno per tre giorni.

Ogni medico dedica 14 ore a settimana all'attività dell'UCCP aperta al pubblico per 168 ore settimanali (ovvero h 24 7 giorni su 7).

Da questo computo, considerando 12 ore settimanali spese dai medici coordinatori nell'UCCP ad attività di gestione per l'intera UCCP, rimangono ancora disponibili 30 ore da dedicare ad ulteriore assistenza che comprende ulteriori spazi visita (420 visite), diagnostica strumentale (Ecografia, ECG, determinazioni di chimica clinica, refertazione, ecc.) o altre prestazioni aggiuntive.

Per verificare la congruità della capacità operativa della UCCP progettata nel "caso base", è possibile considerare le evidenze derivanti dallo studio di Okie (2008) apparso recentemente sul *New England Journal of Medicine* che ha stimato il ricorso al pronto soccorso, il numero di giornate di degenza ospedaliera e le visite ambulatoriali presso il *general practitioner*, per la popolazione generale, per le persone anziane (tra 65-74), e per le persone oltre i 75 anni (tabella 5).

**Tabella 5 - Congruità della capacità operativa della UCCP rispetto alla domanda di servizi**

<b>Numero visite MMG (Fonte: NEJM, 359; 23 2008)</b>	<b>100 Assistiti per anno</b>	<b>15.000 Assistiti per anno</b>	<b>15.000 Assistiti per settimana</b>
Numero visite (popolazione generale)	329	49.350	949
Numero visite (età 65-74)	647	97.050	1.866
Numero visite (oltre 75)	768	115.200	2.215
<b>Stima su struttura demografica Italia (2006)</b>			
Numero visite (popolazione generale)		39.480	759
Numero visite (età 65-74 = 9,5%)		10.190	196
Numero visite (età oltre 75 = 10,5%)		10.944	210
<b>TOTALE VISITE PER 15.000 ABITANTI</b>		<b>60.614</b>	<b>1.166</b>
Capacità operativa stimata UCCP (15 MMG)*		<b>65.520</b>	<b>1.260</b>

\*Durata visita stimata 10 minuti

Il dato che emerge è che considerando il parametro di 329 visite ambulatoriali all'anno per 100 persone (tutte le età considerate) presso il *general practitioner*, e consi-

derando un tempo medio di 10 minuti a visita, le 1260 visite settimanali potenzialmente erogabili dai 15 MMG della UCCP sopra esemplificata, sembrerebbero sufficienti per garantire l'accesso al servizio richiesto da una popolazione con una struttura demografica analoga a quella nazionale (10,5% di persone tra 65 e 74 anni; 9,5% di persone oltre i 75 anni: popolazione al 1/1/2006, ISTAT).

## 10.6. IL CONTO ECONOMICO DELL'UCCP

La tabella 6 descrive il conto economico previsionale di una UCCP con le caratteristiche sopra esplicitate. Per il completamento dell'analisi è necessario considerare:

- la spesa per presidi sanitari e materiali di consumo stimata in modo forfettario in 15000€/anno per ogni medico dell'UCCP;
- utenze pari a 4000€ per medico;
- un premio assicurativo complessivo di 15.000€/anno negoziato complessivamente.

**Tabella 6 - Conto economico (costi) UCCP con 15 MMG e 15.000 assistiti**

	Numero	Valore	Importo	%
Costo medici UCCP	15	€ 77.558	€ 1.163.370	64%
Costi di struttura			€ 342.850	19%
<i>Ammortamenti</i>		€ 8.850		
<i>Spesa ICT (2%)</i>		€ 34.000		
<i>Presidi e materiali di consumo</i>		€ 225.000		
<i>Utenze</i>		€ 60.000		
<i>Assicurazione</i>		€ 15.000		
Spesa personale non medico				
<i>Collaboratori di studio in pool</i>	5	€ 23.000	€ 115.000	6%
<i>Infermieri in pool</i>	7	€ 25.000	€ 175.000	10%
<i>Amministrazione</i>	1	€ 30.000	€ 30.000	2%
<b>TOTALI</b>	<b>28</b>		<b>€ 1.826.220</b>	<b>100%</b>

Dal conto economico emerge un costo complessivo dell'UCCP (caso base con 15 medici) pari a 1,826 milioni di euro all'anno che corrisponde ad una quota capitaria pari a 121,5€. Considerando che la quota capitaria complessiva media nazionale del 2007 era pari a 1.743€, la funzione UCCP con l'assistenza H24 peserebbe sul sistema per circa il 7,0% del totale.

Dalla simulazione effettuata, il "caso base" si caratterizza come una struttura di 28 persone di cui 15 medici e 7 infermieri, con 6 persone tra supporto amministra-

tivo e di segreteria. Il peso della spesa per il personale è preponderante (82%) e certamente superiore rispetto alla quota della spesa di personale di una qualsiasi azienda sanitaria del Paese.

Una comparazione con i dati di una regione italiana, il Piemonte, può aiutare ad inquadrare la natura dell'organizzazione che abbiamo costruito (tabella 7). Nelle aziende ospedaliere della regione Piemonte (secondo i Modelli CE 2006), il costo del personale è pari al 50,7% del totale dei costi. Il costo del personale medico è pari al 39,3%, mentre i beni e servizi, unitamente ai servizi appaltati, incidono per il 40,1% del bilancio complessivo.

La funzione di Assistenza Primaria svolta attraverso il modello dell'UCCP, rispetto ad altre organizzazioni di erogazione di servizi sanitari, può certamente essere considerata più snella e quindi più efficiente. Se, infatti, a fronte di un euro speso per i servizi professionali di un medico in una UCCP è necessario spendere 36 centesimi per l'infrastruttura che gli permette di lavorare, nel caso di un ospedale a fronte dello stesso euro la struttura costa oltre 60 centesimi (quasi il doppio).

Questo implica che per ciascun euro di spesa per un paziente che riusciamo a trattare in UCCP piuttosto che in ospedale possiamo risparmiare, come sistema, fino a 25 centesimi, ovvero spendere fino al 25% in meno complessivamente.

**Tabella 7 - Incidenza costi del personale e di struttura: comparazione tra UCCP "Caso Base" e Aziende Ospedaliere della regione Piemonte (Anno 2006)**

	<b>UCCP</b>	<b>Azienda ospedaliera</b>
Costo del personale medico	<b>64,0%</b>	<b>39,3%</b>
Costo altro personale	<b>18,0%</b>	<b>20,6%</b>
Costo della struttura	<b>18,0%</b>	<b>40,1%</b>
<b>Totali</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## 10.7. STIMA DELL'IMPATTO SULLA SPESA DEL SSN

Per effettuare una stima dell'impatto dell'attuazione di questo modello sulla spesa del SSN è possibile fare riferimento alla popolazione assistita dai MMG nel 2005 (51.485.616 individui). Sulla base di questo dato, è stata stimata la necessità di circa 51.500 MMG sul territorio.

Affinché la stima possa risultare in qualche modo più vicina alla realtà è stato considerato un secondo modello organizzativo più grande (25 medici) adottabile in quei comuni con una popolazione superiore ai 25.000 abitanti. Considerando infatti che quasi il 50% della popolazione italiana vive in comuni di tale grandezza (anche se evidentemente pochi in termini numerici) abbiamo stimato la necessità di 1.447



UCCP con una dimensione di 25.000 abitanti (e 25 medici, considerando il rapporto ottimale di 1000 assistiti per medico) e 1.191 UCCP con una dimensione di popolazione assistita pari a 15.000 abitanti (e 15 MMG).

L'UCCP di più grandi dimensioni permette la realizzazione di economie di scala pari a circa 6 euro per assistito/anno (da 122 a 116 euro).

Considerando il costo stimato attraverso il conto economico previsionale generale (tabella 8), la spesa per la funzione della Medicina di famiglia sale da 4,8 miliardi di € del 2005 a circa 6,4 miliardi di € nello scenario attuale con un incremento di oltre il 24,8% pari a 1,6 miliardi di € (tabella 9).

**Tabella 8**

<b>Tipologia UCCP</b>	<b>Numero UCCP</b>	<b>Spesa per UCCP</b>	<b>Popolazione assistita</b>	<b>Importo</b>
25 medici	1.447	2.903.300	21.711.884	4.202.407.563
15 medici	1.191	1.826.220	29.773.732	2.174.935.378
<b>Totali</b>	<b>2.638</b>		<b>51.485.616</b>	<b>6.377.342.942</b>

**Tabella 9 - Variazioni su parametri macro di spesa**

Nuova Quota Capitaria MG 2009	€ 111,89
Percentuale su spesa SSN	6,4%
Spesa MMG 2005	€ 4.797.724.355
Spesa MMG 2009	€ 6.377.342.942
<i>Incremento di spesa</i>	<i>€ 1.579.618.587</i>
<i>Incremento percentuale</i>	<i>24,8%</i>

La spesa per MG salirebbe da 93 mila euro a 123 mila euro. Evidentemente l'impatto sembrerebbe significativo e di fatto non sostenibile senza uno spostamento di poste da altri comparti. È bene però considerare i seguenti aspetti:

- la crescita della spesa permetterebbe di garantire l'assistenza sanitaria ai cittadini H24 attraverso un'unica struttura responsabile che integra attività della medicina di famiglia, con continuità assistenziale e la medicina dei servizi;
- il modello si fonda sull'integrazione dei MMG con gli altri livelli di assistenza assicurata da una specifica previsione di spesa per l'integrazione informatica dei MMG con gli altri specialisti anche ospedalieri;
- l'UCCP, grazie alla continuità assistenziale H24, garantisce la gestione dei pazienti cronici al di fuori dell'ospedale dove i costi "comuni" sono superiori del 25% rispetto ai costi comuni di una UCCP, con un sicuro risparmio al momento dello spostamento delle attività dall'ospedale al territorio;

- la spesa sanitaria per l'assistenza specialistica, che oggi pesa per circa il 12% dell'intera spesa sanitaria pubblica, potrebbe essere significativamente contenuta grazie ad un approfondimento clinico delle attività sul territorio, e all'elaborazione di linee guida e percorsi diagnostico terapeutici condivisi tra specialisti e MMG, riducendo significativamente il ricorso ad approfondimenti diagnostici inappropriati;
- alcune attività diagnostiche (la diagnostica di prossimità) e di conseguenza le spese di ammortamento delle macchine localizzate nell'UCCP, porteranno ad un lieve alleggerimento dei conti economici delle AO e dei presidi ospedalieri di Asl.

I risultati del Laboratorio di Ricerca FIASO sul governo del territorio nelle aziende sanitarie, avendo preso in considerazione 13 Asl dotate di sistemi avanzati di contabilità analitica, hanno mostrato come la quota oggi dedicata effettivamente alla medicina di famiglia, alla pediatria territoriale e alla continuità assistenziale si assesta intorno a 96€ (5,7%) procapite su una quota di 1.689 € complessivi (tabella 10).

**Tabella 10 - Costi per funzioni in €**

<b>Funzioni</b>	<b>Importo medio</b>	<b>%</b>
Ricoveri ospedalieri	598	35,4%
Assistenza Farmaceutica	134	7,9%
Assistenza Specialistica	394	23,3%
Medicina di Famiglia, PLS e continuità assistenziale	96	5,7%
Strutture residenziali e semi residenziali per anziani	72	4,3%
Salute Mentale	56	3,3%
Prevenzione, sanità pubblica e screening	54	3,2%
Pronto soccorso	47	2,8%
Riabilitazione e lungodegenza	25	1,5%
Disabili	32	1,9%
Protesica integrativa	25	1,5%
Assistenza domiciliare	20	1,2%
Materno infantile	17	1,0%
Dipendenze	15	0,9%
Hospice	3	0,2%
Funzioni amministrative centrali	101	6,0%
<b>TOTALE</b>	<b>1689</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: FIASO (2008) su dati di 13 ASL Anno 2006.

Un rafforzamento delle dotazioni tecnologiche ed infrastrutturali del territorio, unitamente ad una revisione del percorso formativo del MG, possono effettivamente favorire uno spostamento di attività e quindi di spesa da due dei setting che oggi maggiormente assorbono risorse per le ASL, quali i ricoveri ospedalieri e l'assistenza specialistica ambulatoriale.

Oltre a queste considerazioni di natura economico-contabile se ne aggiungono molte altre che riguardano il miglioramento dell'efficacia dell'assistenza, la migliore qualificazione delle attività territoriali, il più chiaro inquadramento dei MMG nel "sistema" SSN, la possibilità di ottenere una maggiore *accountability* anche nelle attività della medicina sul territorio.

Queste considerazioni già sono state approfondite nei precedenti capitoli ai quali si rimanda per ulteriori discussioni.

**Riferimenti bibliografici**

- Conrad DA, Maynard C, Cheadle A, et al. (1998). *Primary care physicians compensation method in medical groups: does it influence the use and cost of health service for enrollees in managed care organizations?*, JAMA; 279 (11): 853-858.
- Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, et al. (2000). *Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues*. International Society for Quality in Health Care, 12 (2):133-142.
- Daft R. 2001. *Organizzazione Aziendale*, Apogeo, Milano.
- Gosden T, Forland F, Kristiansen IS et al (2001). *Impact of Payment Method on behaviour of primary care physicians: a systematic review*, Journal of Health Services Res and Policy, 6:44-55.
- Deveugle M, Derese A, van den BrinkMuinen A, Bensing J, De Maeseneer D (2002). *Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries*. BMJ, 325, 31. August 2002. S. 1-6.
- Gosden T, Williams J, Patchey R et al (2002). *Salaried contacts in UK general practice: a study of job satisfaction and stress*. Journal of Health Services Research and Policy, 7(1):26-33.
- Smith P, York, N. 2004. Quality incentives: the case of UK general practitioners, *Health Affairs*, May-June: 112-118.
- Beaulieu ND, Horrigan DR, (2005). Putting Smart Money to Work for Quality Improvement, *Health Reserach and Educational Trust*, 40(5):1318-1334.
- Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E et al (2007). *Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance*. The New England Journal of Medicine, 357 (2): 181-190.
- Mehrotra A, Pearson SD, Coltrin KL et al (2007). *The response of physician groups to P4P incentives*, The American Journal of Managed Care, 13(5):249-255.
- Gené-Badia JG, Babiano GE, Sans-Corrales M et al (2007). *Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care*. Health Policy, 80: 2-10.
- Giuffrida A, Gosden T, Forland F et al (2007). *Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes* (Review). The Cochrane Library, Issue 4.
- Okie S (2008). *Home Delivery - Bringing Primary Care to the Housebound Elderly*, New England Journal of Medicine, 359:23.
- Puzzonia L, Mola E (2008). *Mmg-dipendenti: un salto retributivo del 30%*, in Il Sole 24Ore Sanità del 7-13 ottobre 2008.
- FIASO - CER GAS Bcconi (2008). *Risultati dal Laboratorio di ricerca. Un modello di governo del territorio delle Aziende Sanitarie*. Ed. Economia Sanitaria (Milano).

## capitolo 11

---

*Gli aspetti organizzativi e il trattamento  
fiscale dei liberi professionisti convenzionati  
con il Servizio Sanitario Nazionale*



# 11. Gli aspetti organizzativi e il trattamento fiscale dei liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale

**Alessandro Meloncelli**

*“La vigilanza igienica in Italia fece molti passi innanzi, concorrendo alla sparizione o attenuazione delle epidemie e degli altri morbi, e all’abbassamento della mortalità”*

a proposito della riforma sanitaria in Italia del 1888  
dalla “Storia d’Italia dal 1871 al 1915”  
di Benedetto Croce

## **Premessa**

L’obiettivo di questo capitolo rappresenta il tentativo di individuare ed analizzare nell’ambito dell’esercizio dell’attività dei medici di medicina generale (MMG) gli aspetti più critici della attuale e concreta esperienza, nonché di costruire delle ipotesi in relazione ad assetti futuri circa le strutture organizzative e giuridiche dei fattori produttivi e le scelte del più adeguato trattamento fiscale.

Non si vuole perseguire alcun obiettivo di spropositata esaltazione dell’importanza di questi aspetti pratici. Tuttavia, è bene non ignorare quelle circostanze, numerose e nei più differenti settori, in cui progetti innovativi, a volte anche ispirati a valori alti, non abbiano raggiunto la concreta realizzazione, oppure nell’attuazione abbiano comportato inaspettate onerosità, proprio a causa della trascuratezza con cui *ex-ante* siano stati vagliati gli aspetti giuridici organizzativi e fiscali, che incombono nella concreta operatività. Cosicché, tanti progetti sono rimasti completamente, o a volte anche solo parzialmente, inattuati, per ragioni apparentemente inspiegabili, ma invece rintracciabili proprio nell’impedimento o nell’inopportunità delle scelte operative che possono forse banalmente essere un ostacolo insormontabile.

Nel caso di specie della medicina generale, il processo di innovazione che si vuole attivare, probabilmente, non avrà una ragione di impedimento nella sua realizzazione in impreviste difficoltà organizzative o giuridiche, tuttavia può essere proficuo chiarire gli aspetti di maggiore criticità della disciplina, al fine di ridurre il rischio

di consolidare soluzioni poco ortodosse che possono appesantire eccessivamente l'organizzazione dell'attività, oppure addirittura costituire cosiddette rischiosità latenti, quando comportamenti irregolari si radicano nella esperienza e rappresentare quindi fonte di evitabili onerosità.

Si è voluto cogliere l'occasione di questo contributo, anche per evidenziare gli aspetti più significativi del dibattito attuale circa le pratiche organizzative dell'esercizio della professione di medico di medicina generale (di seguito MG) e i connessi aspetti fiscali.

A tale proposito, si è data menzione della sentita questione relativa all'assoggettabilità all'IRAP dei proventi conseguiti in esecuzione dell'attività convenzionale. L'esclusione dal tributo è stata argomentata, a sostegno dei ricorsi tributari che la categoria ha avviato, con la motivazione in base alla quale la configurazione del presupposto impositivo non si verifica mai nell'esercizio dell'attività dei MMG. Tale presupposto consiste nella autonomia organizzativa che attribuisce quel *quid pluris* individuato dalla Corte di Cassazione in una maggiore capacità produttiva che altrimenti il professionista operando con il supporto esclusivamente delle proprie risorse fisiche e culturali e al massimo con una dotazione di strumenti in quantità minima indispensabile, non riuscirebbe a raggiungere.

Per i MMG, il contesto di particolare vincolatività con cui il regime di convenzione con il SSN regola la loro attività, nonché la struttura del compenso legata al criterio capitarario anziché a quello della libera contrattazione con il cliente, fanno della propria organizzazione produttiva un fattore incapace di influire in termini quantitativi sia sulla produttività, sia sulla maggiore capacità di arricchimento. Ciò indipendentemente dall'ampiezza e dall'articolazione dei mezzi e delle risorse impiegate. Tali variabili migliorano la qualità del servizio erogato, a tutto vantaggio della collettività della categoria dei pazienti, riducendo piuttosto l'arricchimento del medico che deve sopportare gli oneri delle spese sostenute senza alcuna possibilità di espansione del proprio volume d'affari. In sostanza, i MMG si configurano come professionisti pressoché insostituibili nelle loro funzioni, la cui produttività non ha alcuna attitudine ad essere incrementata dalla maggiore capacità organizzativa di cui si possano dotare e con ciò non si configura il presupposto del tributo.

Di questa rivendicazione la categoria ha organizzato una sorta di azione collettiva, con una generalizzata diffusione di procedure di rimborso del tributo e dei contenziosi presso le Commissioni tributarie.

In base alle stesse considerazioni sono state formulate osservazioni anche in materia di studi di settore (lo strumento di presunzione dei ricavi in base alle spese di produzione sostenute dal contribuente utilizzato dall'Amministrazione finanziaria). Entro il primo semestre di questo anno sarà aggiornato lo studio proprio dei MMG con l'obiettivo di ponderare con maggiore accuratezza la significatività di spese relative alle attrezzature di supporto all'attività esercitata che, così come è stato osservato in relazione all'IRAP, non posseggono alcuna capacità di incidere sul volume di affari che il medico può concretamente sviluppare.



Recentemente è stato introdotto un nuovo adempimento, quello della riscossione accentrata dei compensi attraverso le cosiddette “strutture sanitarie private” nel quadro di una strategia di lotta all’evasione estesa anche ad altre categorie di professionisti. Oltre alle incertezze della previsione normativa che ne ha reso l’applicazione confusa, si è trattato di un onere percepito quasi come vessatorio specie in considerazione del fatto che, pur essendo state abrogate analoghe previsioni per altre categorie libero professionali, per i MMG è ancora rimasta in vigore.

Di estrema rilevanza si configura poi l’esame delle forme giuridiche utilizzate nell’organizzazione dell’esercizio della propria attività. La figura individuale ha assolto una funzione decisiva in passato per migliorare una più capillare penetrazione nel territorio, specie nei contesti più isolati, e quindi una maggiore diffusione del servizio sanitario. Tale ruolo probabilmente non ha ancora esaurito la sua funzione, tuttavia è evidente l’importanza che in un futuro assai prossimo assumeranno le strutture associate. L’esperienza di una medicina di gruppo e di strutture associative è un fenomeno già avviato e largamente diffuso, ma non ha ancora trovato la cosiddetta *best practice*, cioè un modello organizzativo collaudato e tipico che sia di riferimento.

Come sarà meglio specificato, quando si affronta il tema dell’organizzazione nell’erogazione di prestazioni nell’ambito dell’assistenza sanitaria primaria occorre distinguere i due ruoli essenziali delle strutture associative già individuati dall’articolo 54 dell’ACN. In sostanza, è necessario distinguere due centri di imputazione di rapporti giuridici: il primo è rappresentato dal MG nella sua funzione di erogatore di servizi sanitari nell’ambito della convenzione con il SSN; il secondo invece, dall’ente associativo che ha la funzione di organizzare ed erogare i servizi di supporto necessari all’attività del MG ed eventualmente anche quello di erogare a sua volta servizi sanitari, ma certamente non quelli qualificabili nell’ambito della convenzione con il SSN.

Quindi, la titolarità del rapporto sottostante alla prestazione sanitaria convenzionata è di esclusiva competenza individuale del singolo MG, unico titolare della prestazione e pertanto in questa funzione non può essere sostituito né rappresentato da nessun altro soggetto, in qualsiasi forma giuridica costituito.

In questo contesto, da un lato occorre trovare soluzioni di tipo organizzativo nell’ambito dell’individualità del singolo MG, dall’altro le soluzioni devono essere funzionali all’erogazione di servizi, nonché alla economicità della gestione dei costi e degli approvvigionamenti di materiali al fine esclusivo di “migliorare le potenzialità di ciascuno” dei singoli medici.

Per quanto riguarda il primo aspetto, la problematica come si vedrà è imperniata sul ruolo e sulle funzioni del MG in relazione a strutture che verosimilmente acquisiranno dimensioni anche articolate. La professionalità richiesta ai MMG sarà rappresentata dalla capacità di coniugare aspetti complessi, come la propria autonomia, ma anche la capacità di integrarsi con figure professionali diverse, nonché la capacità di relazionarsi con la struttura pubblica

Circa l’organizzazione degli enti che svolgono attività di servizi a supporto dei

MMG, oppure servizi di natura sanitaria, ma non nell'ambito della convenzione con il SSN, è possibile ricorrere alle forme più evolute e sofisticate di natura societaria, anche cooperativa, evidentemente a seconda delle esigenze delle circostanze e delle caratteristiche economiche e culturali dell'ambiente in cui operano.

In taluni contesti, alle esigenze di razionalizzazione amministrativa, possono aggiungersi quelle, in genere rappresentate dalla necessità di un'integrazione sociale alle attività di assistenza sanitaria, del raggiungimento di obiettivi di mutualità all'interno dell'organizzazione e più significativamente di solidarietà nell'erogazione di servizi a beneficio di soggetti bisognosi, quali non autosufficienti o portatori di disabilità. Le più appropriate risposte in questi casi sono certamente offerte dalle organizzazioni non-profit, in particolare dalle cooperative sociali.

Comunque, qualsiasi soluzione organizzativa e giuridica auspicata in questa sede si è tentato di individuarla nel quadro normativo vigente, volendo evitare la prospettiva della introduzione di nuovi istituti, oppure di innovativi criteri di determinazioni fiscali, funzionali specificamente a soddisfare le esigenze del caso di specie. Il rischio in questi casi è compromettere il successo dell'iniziativa, confidando eccessivamente sui vantaggi di soluzioni irrealizzabili. Quindi, in considerazione delle aspettative del ruolo e della funzione del MG, nonché delle esigenze tipiche dell'esercizio dell'attività, si è cercato di individuare i contorni di un assetto organizzativo e del relativo regime fiscale che più si confacesse tra le soluzioni conosciute attualmente.

## 11.1 ASPETTI ATTUALI

### L'esercizio individuale dell'attività del MG

Il MG nell'esercizio della sua attività è classificato come libero professionista e come tale ritrae dalla sua attività un reddito di lavoro autonomo. Quindi, secondo la disciplina fiscale contenuta nel Testo unico delle imposte sui redditi n. 917/1986 dagli articoli 53 e seguenti, il criterio di determinazione della base imponibile è quello della computazione analitica dei ricavi e dei costi, con le limitazioni ovviamente previste dalle norme. Pur trattandosi quindi di una categoria soggettiva tipica, quella dei MMG possiede alcune peculiarità, rispetto a quanto riscontrabile in misura generalizzata nella più vasta categoria dei lavoratori autonomi, con tutte le conseguenze che in relazione all'IRAP ed agli studi di settore ciò comporta. Tuttavia, rinviando l'analisi di tali aspetti problematici alla trattazione dei paragrafi successivi. Piuttosto qui ci limitiamo ad evidenziare gli assetti organizzativi adottati più frequentemente e le scelte più ricorrenti nell'esercizio dell'attività, nonché la disciplina fiscale applicabile più corretta.

In estrema sintesi, come tutti i lavoratori autonomi, i MMG hanno fondamental-

mente due opzioni organizzative: quella dell'esercizio individuale, ovvero quella dell'esercizio associato.

Nel primo caso, la configurazione organizzativa non pone aspetti particolarmente controversi. Il professionista è titolare delle attrezzature, per le quali deduce quote di ammortamento, è titolare del rapporto di lavoro dipendente o di collaborazione dell'eventuale personale, nonché dei contratti delle utenze a servizio dei locali dove esercita la propria attività e del contratto di locazione di questi, se non ne è proprietario. L'ammontare complessivo dei costi è sottoposto alla quantificazione secondo i criteri fiscali che ne determinano il valore deducibile dall'ammontare dei ricavi. Questi sono rappresentati dai proventi ritratti da due attività esercitate dal medico, caratterizzandosi essenzialmente per questo, dalla tipica categoria dei lavoratori autonomi. La principale fonte del reddito è quella cosiddetta convenzionale, cioè quella relativa all'esercizio dell'attività secondo la convenzione con il SSN. La seconda fonte di reddito è costituita dall'esercizio eventuale di attività specialistica (la percentuale di incidenza del reddito professionale è pari al 14% stimata sull'intera categoria, fonte: So.gei/So.Se), a favore di pazienti che ne richiedano spontaneamente la prestazione. Come noto, le prestazioni esercitate dal medico di medicina generale sono tra quelle individuate dall'articolo 10 del dpr 633/1972 che le classifica come prestazioni esenti, per le quali non è dovuta l'applicazione dell'IVA da parte dei beneficiari. Ciò fa sì che il medico, non incassando il tributo sulle prestazioni erogate, non abbia la possibilità di portare in detrazione l'IVA che comunque paga al momento dell'acquisto dei beni e servizi per l'esercizio dell'attività. Nel caso abbia erogato nell'ambito della propria attività professionale prestazioni assoggettabili ad IVA, quindi nel suo volume di affari oltre alle prestazioni esenti ci fossero anche prestazioni imponibili, il tributo pagato al momento degli acquisti sarebbe allora parzialmente detraibile. L'IVA indetraibile rappresenta un'ulteriore voce di costo in diminuzione del proprio reddito.

Aspetti di maggiore complessità amministrativa e quindi fiscale si evidenziano nel caso in cui una pluralità di medici di medicina generale esercitano la loro attività condividendo spazi, personale ed attrezzature, mantenendo però la loro individualità come centro di imputazione di diritti e oneri. In altri termini, posto che sul versante dei ricavi non dovrebbe porsi alcuna variante dovuta al fatto che i singoli esercitino la loro attività nei medesimi locali, in un contesto simile si pone il problema della ripartizione dei costi relativi a beni e servizi di utilità comune. Infatti, la titolarità dei rapporti con i fornitori di utenze domiciliari, di beni strumentali, di materiale di consumo, oppure con i collaboratori, rimane in capo ad uno solo dei medici lavoratori autonomi. Quindi si verifica che l'acquisto formale dei beni e servizi è effettuato da un solo soggetto, unico ad avere sul piano documentale la titolarità per la deduzione fiscale dei relativi costi, ma il beneficio di tali beni e servizi è ottenuto dalla pluralità dei medici liberi professionisti che condividono con il titolare dei rapporti di fornitura gli spazi comuni dello studio. Gli effettivi beneficiari, oltre al medico titolare, quindi non posseggono alcun titolo fiscalmente idoneo a

dare il diritto alla deduzione dei costi. Tale titolo quindi deve essere creato e solo il titolare dei rapporti di fornitura può a sua volta ripartire il costo sostenuto secondo le pattuizioni concordate tra tutti i partecipanti emettendo una fattura verso ciascuno che costituirà quindi un ricavo per lui, stornando parte dei costi sostenuti, e un costo per i destinatari relativo ai servizi di fornitura ricevuti. Tale ultimo passaggio tuttavia presenta alcuni aspetti di particolare attenzione. Infatti, il singolo medico professionista intestatario dei rapporti di fornitura, avendo sopportato acquisti di beni e servizi anche a vantaggio dei suoi colleghi di studio ed essendosi fatto carico quindi di costi fiscalmente deducibili in misura superiore a quanto da lui stesso effettivamente utilizzato, dovrà emettere delle fatture che hanno per oggetto la ripartizione di costi come le utenze, l'affitto dello studio, servizi di pulizia, collaborazioni professionali. Il problema che si pone a questo punto è il trattamento IVA di tali compensi, giacché non si tratta della tipica prestazione sanitaria che ai sensi dell'articolo 10 del dpr n.633/72 è esente dal tributo. Piuttosto, in questo caso si tratta di una ordinaria prestazione di servizi assoggetta all'IVA, nonché alla ritenuta alla fonte a titolo di acconto in quanto il destinatario della prestazione è un professionista con l'obbligo di assolvere agli oneri del sostituto d'imposta. In questa circostanza l'assetto contabile ed amministrativo del professionista subisce significative modifiche rispetto alle condizioni ordinarie. Infatti, esercitando un'attività esente dall'applicazione del tributo sui ricavi derivanti dalle proprie prestazioni, non ha alcuna possibilità di detrazione dell'IVA pagata al momento dell'acquisizione dei beni e dei servizi inerenti alla propria attività. Cioché, tale ammontare grava interamente sul professionista, al più beneficiando della deduzione come costo dai propri ricavi imponibili. In conseguenza della fatturazione di prestazioni imponibili ai fini dell'IVA, il professionista è soggetto al regime del cosiddetto pro-rata, che rappresenta un indice, pari all'incidenza dei ricavi assoggettabili ad IVA sull'ammontare complessivo dei ricavi. Tale quoziente rappresenta così la percentuale di IVA relativa agli acquisti che può essere portata in detrazione dell'IVA incassata sui ricavi. In sostanza, se in condizioni normali il medico non incassa alcun ammontare a titolo di IVA sui propri ricavi e quindi tutta l'IVA che paga sugli acquisti non ha alcuna possibilità di portarla in detrazione, in conseguenza della produzione di ricavi imponibili IVA, il medico incassa tale tributo che, prima del versamento periodico, sarà diminuito di una percentuale dell'IVA pagata sugli acquisti.

Inutile evidenziare quanto la gestione contabile sia aggravata da tale circostanza.

Tuttavia, con ciò non si vuole auspicare la rimozione di una irragionevole scelta legislativa, né di una previsione eccessiva di oneri, quanto piuttosto il rischio che in talune circostanze i contribuenti possano essere orientati verso soluzioni contabili e amministrative che costringano a minori incombenze, ma certamente meno ortodosse e conformi al precetto normativo.

Tali aspetti offrono quindi un elemento di stimolo su cui riflettere, alla ricerca di soluzioni organizzative più appropriate ma soprattutto funzionali ad un assetto in cui la gestione contabile ed amministrativa non rappresenti una limitazione eccessiva del contribuente.

## L'articolo 54 dell'ACN: le forme associative dell'Assistenza Primaria

Più che una dissertazione giuridica circa le forme associative previste dalla norma convenzionale, conviene in questa sede evidenziare un aspetto che attiene alla utilizzabilità da parte del MG delle forme associative nell'ambito della propria attività.

È importante a tale proposito fare riferimento all'articolo 54 dell'ACN, che al comma terzo separa le *“forme associative che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi”* dalle *“forme associative, quali società di servizi, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi delle Aziende, o dei comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente. **In ogni caso dette società di servizi non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici”**.*

Come sarà ribadito nel prosieguo del lavoro, è importante distinguere cosa può essere oggetto di gestione attribuibile ad un ente associativo, in qualsiasi forma sia organizzato, e cosa invece non possa uscire dalla sfera giuridica del singolo MG.

A tale proposito è bene precisare che il rapporto sottostante alle prestazioni sanitarie del MG erogate nell'ambito del rapporto regolato dalla convenzione con il SSN non può essere delegato a nessuno in quanto titolare esclusivo deve rimanere personalmente il medico. Ciò vuol dire che non potendo trasferire la responsabilità e la rappresentanza giuridica, nonché la titolarità fiscale dei proventi conseguiti dalle prestazioni esercitate, non è possibile organizzare un ente collettivo che possa definirsi come gestore dell'attività sanitaria convenzionata. Infatti, come lo stesso articolo 54 dell'ACN stabilisce, le organizzazioni, di cui fa una specifica individuazione anche se non tassativa, hanno il compito esclusivo di gestire i servizi a supporto dell'attività convenzionata del MG, oppure l'erogazione di servizi sanitari a latere.

In sostanza, le forme organizzative e giuridiche utilizzabili al fine di erogare prestazioni sanitarie sono funzionali solo alla gestione dei costi e degli approvvigionamenti di servizi e materiali al fine esclusivo di *“migliorare le potenzialità di ciascuno”* dei singoli MMG che partecipano alla forma associativa, i quali conservano la loro individualità giuridica e autonomia professionale in quanto titolari esclusivi del rapporto con il SSN. I costi di cui più evidente è l'esigenza di trovare una appropriata gestione sono principalmente quelli relativi all'acquisizione di materiali e servizi di uso comune all'insieme dei medici operanti nell'ambito della struttura. Ci si riferisce ad esempio alle spese sostenute per il personale di ausilio all'attività, alle utenze dei servizi, ai materiali e alle apparecchiature, nonché ai costi relativi all'immobile. Per la remunerazione di tali costi uno strumento molto appropriato è offerto da quanto previsto dalla Norma Finale numero 4 dell'ACN (*“Gli accordi regionali disciplinano le modalità con cui gli studi associati con personalità giuridica di medici di assistenza primaria possono concordare con l'Azienda l'attribuzione allo stesso studio associato di una parte della retribuzione convenzionale dei propri medici, fermi restando gli obblighi di*

*contribuzione ENPAM sull'ammontare complessivo dei compensi di ogni singolo professionista.*”). In essa si prevede un meccanismo, la cui disciplina è demandata agli accordi regionali, per cui una parte dei compensi erogati dalle Aziende per l'attività svolta dai singoli medici non sia destinata a loro direttamente, ma alla struttura associata di cui fanno parte. È opportuno segnalare però, l'individuazione soggettiva delle strutture che possono beneficiare di questo meccanismo, si tratta di “studi associati con personalità giuridica”, come recita la Norma Finale n.4. La formulazione interpretata in senso stretto è fortemente limitativa. Infatti, il riferimento agli studi associati farebbe pensare alla più semplice delle forme associative, l'attribuzione ulteriore della personalità giuridica, con la conseguente autonomia patrimoniale, rappresenta una tipica caratterizzazione delle organizzazioni più evolute, funzionali al soddisfacimento di esigenze più complesse. È quindi più probabile che la formulazione sia stata usata secondo un'accezione più generica, volendo fare riferimento ad un'organizzazione giuridicamente formalizzata finalizzata a rappresentare un centro autonomo di imputazione di rapporti.

Passando quindi alle più tipiche forme di accordi tra medici per l'esercizio dell'attività, è interessante esaminare la concreta applicazione della citata Norma finale nella gestione associata dell'attività.

Il fenomeno associativo nell'esercizio dell'attività di medicina generale si sostanzia nelle organizzazioni aventi la forma giuridica principalmente di associazioni professionali, disciplinate fiscalmente dall'articolo 5 del Tuir n.917/86. Si tratta in estrema sintesi di forme organizzative che stabiliscono essenzialmente un vincolo associativo tra i soggetti con lo scopo di una gestione ed una imputazione centralizzata dei costi comuni per l'esercizio dell'attività il cui onere è facilmente ripartibile tra tutti i partecipanti.

Nel caso di specie dell'applicazione della Norma Finale numero 4, è da osservare che le somme stornate dalla retribuzione del MG e attribuite all'associazione professionale, continuano ad essere ricavi imponibili per il MG e mero indebitamento per l'associazione.

L'assetto non cambia sostanzialmente nel caso in cui la gestione dei servizi sia affidata ad una società che si qualifica in questo caso come di servizi. Anche in questo caso a fronte delle spese sostenute per i servizi erogati a favore dei MMG è possibile attribuire una quota dei compensi convenzionali, che però in capo alla società dovrebbero risultare come finanziamento e non come ricavo. I veri e propri ricavi fiscalmente qualificati sono esclusivamente quelli ottenuti a fronte di servizi erogati la cui titolarità è della stessa società oppure associazione ma che, come abbiamo visto, non possono essere quelli previsti dalla convenzione con il SSN.

Nella compagine associativa oppure societaria possono partecipare anche soggetti terzi, anche soltanto a scopo speculativo, ammesso che ne esistano i margini. Molto più frequentemente queste organizzazioni sono composte quasi esclusivamente dai singoli MMG coinvolti nell'attività. Nelle circostanze in cui in un medesimo contesto convivono sia l'esercizio dell'attività convenzionata dei MMG, sia l'eser-

cizio autonomo di un'attività sanitaria da parte di un ente associativo partecipato dagli stessi MMG, certamente si richiama ad uno spirito etico e professionale nello svolgimento di una missione di interesse pubblico e sociale affianco ad un interesse particolare rappresentato dall'attività commerciale esercitata in modo contiguo.

## Problemi attuali

### *L'IRAP e la controversa collocazione della categoria dei MMG tra i lavoratori autonomi*

L'IRAP rappresenta uno degli aspetti della fiscalità dei medici di medicina generale che maggiormente ha suscitato perplessità e ultimamente addirittura insofferenza da parte della categoria. Il fattore critico è rappresentato dalla completa assimilazione *tout cours* che la legge fa del MG alla figura di qualsiasi altro libero professionista. Dimostrando così di trascurare le peculiarità che derivano dall'esercitare l'attività nell'ambito di un regime convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, con tutte le sue limitazioni e vincolatività nell'impiego delle proprie risorse.

In una prima fase si è ritenuto di dover contestare l'applicazione dell'IRAP, come qualsiasi altro libero professionista, in tutti quei casi di mancanza del requisito necessario dato dall'autonoma organizzazione. Ma ben presto è stata elaborata una ricostruzione del presupposto d'imposta, almeno così come la numerosa giurisprudenza aveva interpretato, giungendo alla conclusione che il MG per le sue caratteristiche organizzative e per la struttura del suo sistema retributivo, non configura mai un'autonoma organizzazione, quindi mai i presupposti per l'assoggettamento ad IRAP dei propri compensi convenzionali.

In considerazione di ciò, è stata elaborata un'apposita istanza di rimborso ed un conseguente ricorso in Commissione tributaria argomentato appositamente con le ragioni della mancanza strutturale di un'organizzazione avente la caratteristica dell'"autonomia".

Ma conviene a questo proposito ricostruire sinteticamente l'intera vicenda.

La non assoggettabilità della categoria dei liberi professionisti all'IRAP nasce dalla nota decisione della Corte Costituzionale, la numero 156 del maggio 2001, con la quale pur ribadendo la legittimità costituzionale del tributo, sono state fornite precisazioni circa il suo ambito di applicazione.

In particolare, il giudice costituzionale ha ritenuto, incidentalmente con un cosiddetto *obiter dictum*, di interpretare la normativa istitutiva dell'IRAP in senso limitativo nei confronti dei lavoratori autonomi. Infatti, coloro i quali esercitano la propria attività sprovvisti di un' "autonoma organizzazione" non devono essere inclusi nella categoria dei soggetti passivi. La definizione di tale ultimo requisito il giudice costituzionale l'ha rinviata espressamente al legislatore.

Nonostante il monito, il legislatore non ha mai provveduto a individuare i limiti

dell'“autonoma organizzazione” all'interno dei quali il contribuente poteva ritenersi escluso dall'applicazione del tributo.

A distanza di otto anni dalla pronuncia di legittimità costituzionale e dal monito ignorato dal legislatore, gli elementi utilizzabili per tentare di ricostruire una configurazione di “autonoma organizzazione” consistono esclusivamente in quanto ritraibile dalle decisioni dei giudici che, investiti dal compito di giudicare in sede contenziosa, hanno dovuto valutare la significatività della struttura a disposizione del professionista.

È opportuno precisare che quanto stabilito dai giudici ha valore esclusivamente interpretativo e non precettivo. In altri termini, tutto quanto sia ritraibile dalle pronunce in funzione della definizione di “autonoma organizzazione” rappresenta un mero orientamento risultante da un'interpretazione dotata di una componente di discrezionalità imprevedibile ed imponderabile, la cui vincolatività si esaurisce esclusivamente al caso di specie oggetto del giudizio. Quindi, qualsiasi parametro o grandezza fornita non ha valore né forza prescrittiva *erga omnes*, per definizione sono conclusioni instabili e modificabili in qualsiasi momento.

Questo spiega la ragione per cui le sorti del contenzioso tributario di professionisti accomunati da assetti organizzativi dell'esercizio della loro attività sostanzialmente identici, abbiano subito sorti contrastanti, nel corso del contenzioso tributario sostenuto presso differenti Commissioni tributarie. Ciò è dovuto al fatto che non essendo stabilito da alcuna fonte normativa un parametro quantitativo né qualitativo delle caratteristiche secondo le quali sia connotabile un'organizzazione come autonoma rispetto al titolare che se ne avvale, ogni giudice, ed evidentemente prima di lui ogni funzionario dell'Amministrazione finanziaria in sede di verifica delle scelte del contribuente, nell'esercizio di una propria discrezionalità possa elaborare conclusioni differenti. Inoltre, è da evidenziare che giudici della Cassazione sono ormai concordi nel ritenere l'accertamento dell'esistenza dei requisiti di un'organizzazione, condizione perché si configuri il presupposto per l'applicazione del tributo, come una mera questione di fatto e come tale onere dei giudici delle Commissioni tributarie accertarla. Questo orientamento è confermato dal frequente rinvio del giudizio dalla Corte di Cassazione al giudice di merito. Da ciò occorre dedurre che nell'ambito del contenzioso il momento decisivo consiste nella rappresentazione del proprio contesto organizzativo. Tale rappresentazione, costituendo quindi l'oggetto essenziale su cui si formano le convinzioni del giudice, occorre sia tracciata con la massima attenzione al fine di renderla più efficace e convincente possibile. Non è possibile predefinire, né da un punto di vista quantitativo né qualitativo, i confini di un'organizzazione ai fini della qualificazione come autonoma o meno. L'accertamento dei requisiti è oggetto di giudizio caso per caso e in mancanza di precise prescrizioni normative è elaborato dai giudici esercitando una valutazione che, come gli stessi giudici della Cassazione hanno stabilito, è “insindacabile”. La sentenza della Cassazione civile, sez. tributaria, 16 aprile 2007, n. 8971, è l'unica decisione in cui si descrive precisamente in cosa consista l'organizzazione di cui dispone il medico



convenzionato con il SSN: l'attività era esercitata *“in via esclusivamente personale, senza avvalersi della collaborazione di dipendenti e con l'ausilio di una sola autovettura ad uso promiscuo”* nonché *“di beni strumentali consistenti in tavolino, lettino, sfigmomanometro e fonendoscopio”*. Tale configurazione è stata ritenuta dai giudici non sufficiente ad attribuire all'organizzazione il carattere dell'autonomia e perciò ad integrare per il medico il presupposto imponibile.

Il requisito dell'“autonoma organizzazione”, così come più frequentemente i giudici lo hanno individuato, *“ricorre quando il contribuente: a) sia, sotto qualsiasi forma, il responsabile dell'organizzazione e non sia, quindi, inserito in strutture organizzative riferibili ad altrui responsabilità ed interesse; b) impieghi beni strumentali eccedenti, secondo l'id quod plerumque accidit, il minimo indispensabile per l'esercizio dell'attività in assenza di organizzazione, oppure si avvalga in modo non occasionale di lavoro altrui.”* Tali formulazioni insieme ad altre, quali *“prevalenza dell'intuitus personae sulla potenzialità produttiva”*, ovvero *“combinazione di mezzi e persone tale da poter operare, e quindi produrre reddito, indipendentemente dall'attività personale del titolare”* denotano l'orientamento dei giudici ad escludere l'assoggettamento di quei professionisti la cui attività non supera mai il limite di una dimensione in cui il valore aggiunto sia impresso sostanzialmente grazie alla presenza e con la partecipazione del professionista. Da qui anche l'indefettibilità soggettiva del contribuente, come qualche giudice ha ipotizzato. In altri termini, la prestazione non potrebbe essere effettuata se non dal professionista, con l'assoluta esclusione che ciò possa avvenire con la sostituzione da parte di un collaboratore. Da ciò si potrebbe avanzare l'argomentazione che anche l'apporto altrui, sia in forma di lavoro dipendente che di collaborazione, essendo questa limitata a soggetti le cui mansioni non potrebbero mai svolgersi in sostituzione del titolare, non dovrebbe connotare l'organizzazione di una autonomia rilevante. Così come a proposito della strumentazione in dotazione del professionista. La definizione “indispensabile” come limite ammesso dai giudici, indica inequivocabilmente quella necessaria allo svolgimento dell'attività, indipendentemente dal valore o dalla consistenza. (Ci riferiamo alle sentt. N. 3674 del 16 febbraio 2007, n.5020 del 5 marzo 2007, n. 6502 del 19 marzo 2007, n. 7895 del 30 marzo 2007, n.7897 del 30 marzo 2007, n. 8170 del 2 aprile 2007, n. 8174 del 2 aprile 2007, n. 8971 del 16 aprile 2007, n. 9211 del 18 aprile 2007).

Le argomentazioni a sostegno della richiesta di rimborso dell'IRAP da parte dell'intera categoria dei MMG poggiano sulla considerazione secondo la quale nell'ambito dell'esercizio della propria attività convenzionale con il SSN, non possedendo una struttura “autonomamente organizzata” così come ampiamente definita dalla Corte di Cassazione, sia esclusa dall'ambito di applicazione dell'IRAP, mancando il presupposto impositivo di cui all'articolo 2 del D.lgs n.446/1997, così come interpretato dalla Corte Costituzionale.

Infatti, come la stessa Corte di Cassazione ha riconosciuto (Sent. N.3678 /2007) *“Il tributo colpisce una capacità produttiva impersonale ed **aggiuntiva rispetto a quella propria del professionista** perché, se è innegabile che l'esercente una professione intellettuale concepisce il proprio lavoro con il contributo determinante della propria cultura e preparazione*

*professionale, producendo in tal modo la maggior parte del reddito di lavoro autonomo, è altresì vero che quel reddito complessivo spesso scaturisce anche dalla parte aggiuntiva di profitto che deriva dal lavoro dei collaboratori e dipendenti, dal numero e grado di sofisticazione dei supporti tecnici e logistici, dalle prestazioni di terzi, da forme di finanziamento diretto e indiretto...”*

Quindi, è la presenza di questo “differenziale” di arricchimento prodotto dalla struttura organizzativa, rispetto a quanto riconducibile all’impiego di risorse individuali, a determinare l’assoggettabilità all’IRAP (tale conclusione ha trovato conferma più recentemente, *inter alia*, anche nella sentenza della Cass. n. 13570 del 2007, nonché nell’Ordinanza della Cass. n.2715 del 2008, nella sentenza della Commissione Tributaria Regionale di Torino del 24.01.2008 n. 19/32/08).

In altri termini, la giurisprudenza ha ritenuto di attribuire alla struttura autonomamente organizzata utilizzata per l’esercizio dell’attività del libero professionista, non un valore in sé e dovuto esclusivamente alla mera esistenza, bensì una importanza legata alla attitudine di questa ad imprimere all’attività del lavoratore autonomo un “*quid pluri*” economicamente rilevante in termini di maggiore capacità di arricchimento che altrimenti il soggetto passivo, confidando solo sulle proprie risorse intellettuali, non avrebbe ottenuto. Soltanto al verificarsi dell’esistenza di questa peculiare forza e capacità, il fattore organizzazione si qualifica di quella “autonomia” che sancisce la capacità di integrare il presupposto del tributo. Al contrario, un’organizzazione, per quanto ampia e articolata nella sua struttura e che possieda esclusivamente la capacità di incidere in termini qualitativi sulle modalità di erogazione del servizio, senza per questo sviluppare alcun potenziale economicamente rilevante, non soddisfa i requisiti definitivamente indicati dalla giurisprudenza della Suprema Corte e non si qualifica quindi come presupposto d’imposta.

Stabiliti i criteri in base ai quali individuare in astratto un’organizzazione configurabile come presupposto impositivo per l’IRAP, si rende evidente l’inesistenza delle caratteristiche e dei requisiti fiscalmente rilevanti, così come definiti dalla giurisprudenza, della tipica struttura organizzativa con cui il MG esercita la propria attività. Fiscalmente i redditi ritratti da questa categoria soggettiva sono trattati secondo la disciplina ordinaria prevista per i redditi di lavoro autonomo. Tuttavia a ben vedere, la struttura organizzativa con cui il MG esercita la propria attività possiede caratteristiche peculiari che la distinguono da quella tipicamente utilizzata dai lavoratori autonomi. Basti pensare a tale proposito, a tutti i vincoli convenzionalmente previsti per il medico nell’esercizio della propria attività:

- obbligatorietà di presenza settimanale e numero di ore minime giornaliere nel proprio studio medico;
- prescrizione e controlli circa i requisiti dei locali in cui si esercita l’attività e della strumentazione di dotazione;
- obbligatorietà, in alcune Regioni, della presenza di personale di studio/infermieristico per poter esercitare l’attività nelle forme di aggregazione professionale previste dall’ACN;

- limiti di anzianità per l'esercizio dell'attività;
- monitoraggio e verifiche continue dell'attività convenzionata;
- controlli, anche prescrittivi, con l'obbligo di adesione alle delibere regionali e aziendali circa l'indirizzo dell'attività.

Secondo la previsione convenzionale come noto i MMG per l'esercizio della loro attività sono remunerati in base ad un compenso prestabilito attribuito in base al criterio capitario per ogni assistito. Inoltre, sempre secondo le prescrizioni della convenzione, è previsto un numero minimo e massimo di assistiti, cosicché la retribuzione complessiva del medico di medicina generale oltre ad essere predeterminata è anche prevedibile nella sua quantificazione.

In questo contesto è agevole dedurre quanto diversa sia la struttura organizzativa del MG da quella del tipico libero professionista. Infatti, nell'esercizio della propria attività il medico è sottoposto a vincoli che limitano la libertà di impiego delle proprie risorse fisiche, intellettuali e patrimoniali. Ciò comporta necessariamente una funzionalità dell'organizzazione di mezzi, di personale e di risorse economiche molto peculiare. In altri termini, è arduo rintracciare l'attitudine di un'organizzazione così strutturata a "potenziare la produzione di ricchezza..." (Ord. Cass. n. 2715/08) a vantaggio del professionista, ovvero l'esistenza di "un *quid pluris*... in grado di fornire un apprezzabile apporto al professionista" (Cass.3676/07), quanto piuttosto è inevitabile concludere che "non si possa affermare la sussistenza di un'organizzazione autonoma foriera di determinare un valore aggiunto tassabile" (CTR Piemonte n. 19/32/08) A tale proposito è bene richiamare la definizione di "parasubordinazione" che dell'attività svolta nell'ambito della convenzione con il SSN ha fornito la giurisprudenza (Cass.sentt. n. 10310/2002, n. 9142/2008, Cass. Sez. Unite, 21 ottobre 2005, n. 20344).

Tale considerazione è stata recepita dalla stessa Agenzia delle Entrate, che anche nella recente Risoluzione N. 240/E del 21/07/2008 ha accolto tale definizione. La categoria della "parasubordinazione", pur non trovando alcuna classificazione nella disciplina fiscale, tuttavia è significativa della peculiarità della figura del MG che non possiede tutte le caratteristiche tipiche né del lavoro dipendente né del lavoro autonomo. Con ciò si spiega viepiù, l'irrilevanza di un'organizzazione che se non sempre è significativa per i tipici lavoratori autonomi non lo è mai per quei soggetti, come i MMG, che con difficoltà sono classificabili *sic et simpliciter* nella categoria dei liberi professionisti.

Le conclusioni di quanto sostenuto convincono definitivamente della non configurabilità del presupposto di applicazione del tributo in capo al MG in quanto l'organizzazione di cui dispone per l'esercizio della sua attività convenzionata non possiede in nessuna circostanza l'indefettibile requisito della "autonomia". Ciò in quanto, essa non può mai incidere in termini economicamente rilevanti sul processo di arricchimento del soggetto. Invece, la consistenza e l'ampiezza dei mezzi e delle risorse impiegate dal medico incidono solo ed esclusivamente sugli aspetti qualitativi

del servizio sanitario erogato a beneficio dei pazienti, nonché nell'ambito della responsabilità di una prestazione coscienziosa di rilevanza sociale. Ciò che economicamente rileva è piuttosto la sensibile decurtazione di una retribuzione già predeterminata. Né può essere sostenuta l'obiezione secondo la quale una migliore e più efficiente organizzazione nello studio medico attragga una più larga "clientela", aumentando così il volume dei compensi per il medico, in quanto tale argomento non possiede alcun fondamento verosimile. Infatti, è noto quanto decisivi a determinare la scelta del proprio medico curante siano fattori come l'affidamento personale, l'esistenza di vincoli di amicizia e parentali, la praticità della vicinanza geografica, piuttosto che il personale impiegato nello studio, i confort di questo, ovvero la sofisticazione dei mezzi impiegati.

Tali considerazioni conducono alla conclusione pertanto che il provento professionale derivante dall'esercizio dell'attività nell'ambito del SSN non sia assoggettabile all'IRAP per nessun MG, indipendentemente dalla ampiezza ed articolazione dell'organizzazione di cui si avvale.

Tali conclusioni non si possono estendere al trattamento dei proventi conseguiti dal medico nell'ambito dell'esercizio della propria attività libero professionale i cui compensi siano percepiti direttamente dal paziente-cliente, che continuano ad essere assoggettati ad IRAP come ordinariamente previsto.

Anche nel caso dell'esercizio associato dell'attività non si configura il presupposto, non ottenendo il medico alcun reddito *"potenziato e derivato dalla struttura e non ....dal solo lavoro professionale dei singoli"*. Tutto ciò, come abbiamo già evidenziato, è dovuto alla particolare struttura di retribuzione ed operativa nella quale il MG esercita la propria attività. L'esercizio in forma associata comporta secondo il regime convenzionale per il MG un riconoscimento economico integrativo della quota capitaria, quindi distribuito nella misura dei pazienti assistiti. Tuttavia è bene precisare che tale maggiore retribuzione è legata non alle maggiori capacità produttive che il singolo professionista acquista in conseguenza del regime associativo, quindi eventualmente rilevanti ai fini dell'applicazione dell'IRAP, bensì a mero titolo di incentivazione e di ristoro delle maggiori spese sostenute.

Un altro aspetto da evidenziare è quello relativo all'utilizzo da parte del professionista delle attrezzature messe a disposizione da una società di servizi. A tale proposito è opportuno citare la sentenza della Cassazione, la n. 9214 del 18 aprile 2007, con cui i giudici si sono espressi a favore delle ragioni sostenute da un ragioniere commercialista che non essendo proprietario di alcuna attrezzatura non era dotato di un'autonoma organizzazione, a nulla rilevando il fatto che avesse stipulato un contratto con una società di servizi che gli metteva a disposizione tutta l'attrezzatura necessaria all'esercizio della sua attività. Con ciò i giudici hanno escluso l'applicazione dell'IRAP al professionista non proprietario di mezzi sufficienti a configurare un'organizzazione autonoma.

È necessario anche in questo caso ribadire che questo tipo di preoccupazioni non riguardano la categoria dei MMG se si segue l'impostazione della irrilevanza

dell'organizzazione per questi ai fini dell'IRAP. Infatti, se si giunge alla conclusione che di qualsiasi organizzazione si doti il medico non potenzierà mai, almeno in termini economicamente rilevanti, la propria attività, allora che questa sia di proprietà ovvero acquisita attraverso il servizio di terzi, non ha alcuna importanza. Ciò che rileva è il fatto che nell'esercizio dell'attività di medico convenzionato, il fattore decisivo rimane la capacità personale e individuale del singolo professionista che, come la Cassazione ha stabilito, non è sufficiente a configurare il presupposto d'imposta dell'IRAP.

In sintesi pertanto, ai fini dell'assoggettabilità all'IRAP il MG, indipendentemente dalla forma organizzativa, singola o associata, propria o presa in affitto, attraverso la quale eserciti la propria professione, non realizza mai il presupposto imponibile.

Alcune recentissime sentenze rappresentano il successo della strategia difensiva elaborata dalla FIMMG.

Nella prima, Commissione tributaria provinciale di Torino n. 101/10/08 del 20 novembre 2008, tra i motivi della decisione si ribadiscono gli argomenti tipici, oramai cristallizzati dalla Corte di Cassazione circa la mancanza dell'autonomia dell'organizzazione che, come abbiamo detto sono ricorrenti nella fattispecie dei contribuenti lavoratori autonomi. Tuttavia, in un inciso conclusivo si legge: *“A tanto aggiungasi che l'attività del medico generico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, è rigorosamente regolata dall'apposita convenzione per cui, anche sotto questo profilo, si ritiene che manchi il requisito dell'autonoma organizzazione”*.

Nella sentenza della Commissione tributaria provinciale di Caserta pubblicata in data 8 gennaio 2009, n.9/05/09 invece, i motivi a sostegno della decisione favorevole al medico ricorrente sono invertiti. Quello principale è così rappresentato: *“Preliminarmente, il Collegio ritiene che tutti gli elementi caratterizzanti il rapporto intercorrente tra il medico convenzionato e il Servizio Sanitario Nazionale **escludono di per se l'esistenza di un'organizzazione autonoma**, e non renderebbero necessarie le prove per la verifica dell'esistenza o meno della organizzazione rilevante ai fini dell'assoggettabilità all'IRAP.”* Ad ulteriore sostegno i giudici evidenziano che nel caso specifico non esiste neanche un'ampiezza dell'organizzazione tale da poterla qualificare come “autonoma”. In questo ultimo caso quindi, l'argomentazione della specificità del MG che, come libero professionista non può mai essere dotato di un'organizzazione autonoma, è diventato il motivo principale nella convinzione dei giudici a sostegno della non assoggettabilità al tributo. Tanto è decisiva questa interpretazione, sostengono inoltre i giudici, che per questo motivo “non si renderebbero necessarie le prove dell'esistenza o meno dell'organizzazione rilevante ai fini dell'assoggettabilità all'IRAP”. In altri termini, l'esercizio dell'attività da parte del MG in convenzione con il SSN per le sue precipue caratteristiche strutturali non può configurare mai “un'organizzazione autonoma”. Ciò è sufficiente per escludere dalla tassazione il relativo reddito.

Mentre nella decisione della Commissione di Torino, i giudici hanno comunque mostrato una sensibilità all'argomento del rapporto di “parasubordinazione” dei

MMG, che attribuisce delle peculiarità rispetto al normale lavoratore autonomo soggetto all'IRAP, nella sentenza di Caserta, la ricostruzione del presupposto d'imposta in capo al MG è netta e decisiva nell'affermarne l'esclusione dalla tassazione.

Da ultimo occorre segnalare il testo dell'ACN siglato dalla SISAC e dalla FIMMG il 27 maggio scorso, che tra le dichiarazioni poste a verbale riportate dopo le Norme transitorie, vi è una "Dichiarazione congiunta" che ha un riferimento alla natura dell'organizzazione utilizzata dal MMG nell'esercizio della sua attività. In essa si evidenzia la considerazione del significativo regime di vincoli entro i quali il MG che, pur mantenendo la qualifica di libero professionista, è tenuto a rispettare nell'esercizio dell'attività esercitata in convenzione con il SSN.

Questo aspetto, contenuto in una norma di rango regolamentare, rappresenta certamente un imprescindibile elemento utile alla corretta interpretazione della norma primaria istitutiva dell'IRAP, così come anche la giurisprudenza della Cassazione ha interpretato, in materia di presupposto di applicazione ai redditi di lavoro autonomo.

### *La riscossione accentrata dei compensi: adempimenti ed oneri complessi*

La Legge finanziaria per l'anno 2007, n. 296/2006 articolo 1, commi da 38 a 42, ha previsto la figura delle "strutture sanitarie private" ed ha introdotto a carico di queste obblighi ed adempimenti, rinviandone la definizione ad un provvedimento del Direttore dell'Agenzia delle Entrate, concretizzato con la Circolare numero 13 del luglio 2007, integrato successivamente dalla Risoluzione numero 270 del settembre 2007.

La disposizione contenuta nella Legge finanziaria 2007, non ha dato una definizione specifica delle cosiddette "strutture sanitarie private". La definizione è stata fornita dalla Circolare, tuttavia nella sua ampiezza definitoria lascia insoddisfatti sul piano concreto ed operativo: "le società, gli istituti, e associazioni, i centri medici e diagnostici e ogni altro ente o soggetto privato, con o senza scopo di lucro, nonché ogni altra struttura in qualsiasi forma organizzata, che operano nel settore dei servizi sanitari e veterinari". Non è stato mai specificato cosa si intenda per soggetti che "operano nel settore dei servizi sanitari". In particolare non è stato mai chiarito se una "struttura sanitaria privata" debba essere necessariamente un soggetto che già per sua natura eroghi servizi sanitari oppure rientrino nella categoria anche i soggetti che mettano semplicemente a disposizione locali e strutture, come più diffusamente fanno le tipiche società di servizi. È possibile individuare un principale e sostanziale discrimine tra due categorie di soggetti "operanti" nell'ambito del servizio sanitario.

Nella prima categoria possono essere compresi tutti i soggetti che, in quanto proprietari, mettano a disposizione di MMG gli immobili, le strutture, nonché il personale di segreteria e l'intestazione delle utenze, affinché questi esercitino la loro attività. In questo contesto il MMG gestisce direttamente il rapporto con il paziente,

mentre il soggetto proprietario delle strutture si configura come un mero prestatore di servizi a supporto del MMG, senza avere alcuna relazione con il paziente.

Nella seconda categoria possono invece essere compresi i soggetti che, oltre a fornire tutto quanto necessario affinché i MMG possano esercitare la loro attività, sono in condizioni di erogare essi stessi una tipologia di servizi classificabili nell'ambito della tipica attività sanitaria i cui destinatari non sono i pazienti dei MMG, ma soggetti a cui è la stessa struttura che si rivolge direttamente. Quindi in questo caso alla erogazione dei servizi di supporto ai MMG si affianca un'attività di servizi sanitari gestita direttamente e sotto la responsabilità dalla struttura stessa, senza l'interposizione dei MMG.

Ad oggi le pronunce dell'Amministrazione finanziaria su tale aspetto non sono state pienamente soddisfacenti. Infatti, espressamente sono state escluse dalla applicazione della disciplina le strutture che erogano *“prestazioni rese direttamente al paziente, per il tramite del professionista, ..., nell'ambito di un rapporto che vede la struttura sanitaria stessa impegnata nella organizzazione dei servizi medici e paramedici, nella qualità di parte del rapporto contrattuale instaurato con il cliente... Parimenti, non rientrano nell'ambito applicativo della norma in argomento le prestazioni rese dal sanitario in regime di intramoenia. In tale ipotesi, il medico opera, infatti, nel quadro di un rapporto assimilato a quello di lavoro dipendente e la prestazione sanitaria è formalmente resa al paziente dall'ente di cui il medico è dipendente.”* (Circolare n.13/E del 2007). Le due fattispecie che l'Agenzia delle Entrate ha escluso, nelle quali si eroga direttamente il servizio sanitario utilizzando la figura del MG, rappresentano indubbiamente una struttura dotata di un'organizzazione la cui funzionalità è rivolta fisiologicamente all'erogazione di un servizio sanitario, per la quale la figura del MG è un tramite, o meglio uno strumento per l'effettuazione del servizio.

Al contrario, nulla si menziona a proposito dei soggetti che non siano coinvolti direttamente nell'erogazione del servizio sanitario, ma che si limitino a mettere a disposizione del MG esclusivamente l'immobile, ovvero le attrezzature necessarie. È pur vero che i locali e le strutture destinate ad ospitare i MMG per l'esercizio della loro attività necessariamente devono soddisfare i requisiti richiesti dall'Autorità sanitaria che dovrà attestarne anche l'idoneità, tuttavia difficilmente potrebbe ritenersi ciò sufficiente a qualificare il soggetto che si limita a mettere disposizione un immobile come “operante” nell'ambito dei servizi sanitari. Specie se consideriamo che potrebbe trattarsi di una qualsiasi società che possa avere come attività principale quella immobiliare, ovvero di mera erogazione di servizi di tipo logistico. Se si esclude che mettere a disposizione un immobile a favore di MMG possa voler dire “operare” nel settore dei servizi sanitari, allora non si configura neanche la “struttura sanitaria privata”.

Non è chiaro neanche se “strutture sanitarie private” possano essere anche le strutture individuali, oppure se sia necessario che siano sempre enti collettivi. Infatti, la Circolare dopo aver fatto riferimento alle società e associazioni di qualsiasi tipo cita “ogni altro ente o soggetto privato”, evidentemente contrapposto a “soggetto pubblico”, ma mai si riferisce specificamente a “soggetto individuale”. L'ipotesi che

anche il singolo medico che ospiti nella propria struttura un collega che a sua volta eserciti la propria attività si configuri come “struttura sanitaria privata”, astrattamente non potrebbe essere escluso, ma tuttavia comporta uno sforzo interpretativo non immediato e certamente contrasta con il buon senso e uno spirito pratico. Ne deriverebbero appesantimenti eccessivi per le micro organizzazioni di singoli medici che abbiano anche solo sporadicamente ospitato nella propria struttura un collega che probabilmente neanche lo stesso legislatore ha ponderato.

I principali oneri delle strutture sanitarie private consistono nella riscossione dei compensi relativi alla prestazione di natura sanitaria erogata dal professionista in esecuzione di un rapporto intrattenuto direttamente da questo stesso con il paziente, fungendo quindi da tramite tra il paziente e il medico riscuotendo direttamente le somme in nome e per conto del professionista. Al momento dell'incasso dal paziente, la struttura sanitaria privata è tenuta a rilasciare un'apposita quietanza che certifichi l'avvenuto pagamento del compenso, annotando in calce alla fattura emessa dal professionista le modalità e gli estremi del pagamento.

Successivamente, la struttura sanitaria privata a sua volta dovrà riaccreditare al professionista le somme riscosse ed è tenuta alla registrazione contabile dei movimenti effettuati preferibilmente su un registro appositamente istituito, oppure, in mancanza di questo, separatamente sui registri già in uso per la propria attività. Da tali annotazioni devono risultare le generalità del professionista per conto del quale si è operata la riscossione, gli estremi delle fatture emesse dal professionista e dei pagamenti riscossi dai pazienti, nonché gli estremi dei relativi riaccrediti.

È previsto inoltre, un onere dichiarativo, infatti entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello in cui è avvenuta la riscossione la struttura sanitaria privata proceda con una comunicazione telematica secondo le modalità previste dal provvedimento dell'Agenzia delle Entrate del 13 dicembre 2007, pubblicato in G.U. n.8 del 10 gennaio 2008, nel quale è contenuto anche il relativo modello. In tale dichiarazione devono risultare le generalità dei professionisti per conto dei quali si è proceduto alla riscossione e le complessive somme riscosse per ciascuno di questi.

È opportuno evidenziare quanto precisato dalla Circolare n. 13/E del 15/3/2007, al punto 4, secondo la quale “le somme riscosse dalla struttura sanitaria rilevano, ai fini impositivi, nei confronti del prestatore di lavoro autonomo, mentre la struttura sanitaria funge da mero tramite”, quindi, deve essere esclusa qualsiasi rilevanza fiscale delle somme riscosse dalla struttura sanitaria. Pertanto, non si qualificano come ricavi le somme riscosse, né come costi le somme riaccreditate al professionista. Né la somma riscossa dalla struttura sanitaria rileva ai fini dell'IVA, non configurandosi alcuna prestazione tra il medico e la struttura sanitaria appositamente remunerata, né deve essere operata alcuna ritenute alla fonte. Inoltre, qualora si dovesse verificare l'ipotesi che la fattura emessa dal professionista, ma incassata dalla struttura sanitaria privata, fosse intestata ad un soggetto che si qualifichi come sostituto d'imposta, la ritenuta alla fonte sarà necessariamente riferita al medico che abbia effettuato la prestazione, non alla struttura sanitaria, dichiarandolo tra i sostituiti d'imposta nel



relativo modello. L'adempimento della struttura sanitaria privata deve essere considerata una semplice operazione di temporaneo deposito di somme in nome e per conto altrui. Tant'è che la stessa Circolare n. 13/E al punto 5 precisa che "l'obbligo di registrazione dei compensi incassati da parte delle strutture sanitarie private non fa venire meno l'obbligo del professionista di registrare nelle proprie scritture contabili il compenso percepito, giacchè l'art.1, comma 42 della menzionata Legge finanziaria [L.n.296 del 27/12/2006] stabilisce espressamente che "restano fermi in capo ai singoli prestatori di lavoro autonomo tutti gli obblighi formali e sostanziali previsti per lo svolgimento dell'attività".

Sebbene i provvedimenti dell'inizio di quest'anno (Decreto Legge n. 185 del 29 novembre 2008, convertito con modificazioni in Legge n. 2 del 28 gennaio 2009) abbiano considerevolmente modificato la prescrizioni contenute nella Legge n. 296 del 2006, nulla è stato previsto per i commi da 38 a 42 dell'articolo 1, che riguardava le prescrizioni destinate ai MMG.

Il mancato intervento da parte del legislatore su questo tema è vieppiù sorprendente se solo si pensa che nei provvedimenti dell'estate scorsa (si veda l'articolo 32, comma 3, del Decreto Legge del 25 giugno 2008 n.112, convertito con modificazioni dalla Legge del 6 agosto 2008 n. 133, con la quale si abrogavano gli obblighi in materia di tracciabilità dei compensi professionali contenuti nel Decreto Legge n. 223 del 2006) è stata oggetto di completa abrogazione la disciplina relativa alla cosiddetta tracciabilità dei compensi professionali che istituiva gli adempimenti relativi alle modalità con cui i liberi professionisti avrebbero dovuto gestire gli incassi ed i pagamenti nell'ambito della loro attività. La logica anti-evasione di monitoraggio dei compensi a sostegno di questo ultimo provvedimento dovrebbe essere la stessa che ha a suo tempo giustificato gli obblighi della riscossione accentrata per l'attività sanitaria, pertanto non dovrebbe essere uno sforzo eccessivo richiesto al legislatore quello di estendere l'abrogazione anche agli obblighi ancora residui, mantenendo così una coerenza nell'originaria iniziativa legislativa di abrogazione.

### ***Studi di settore: la significatività dei fattori produttivi in un'attività convenzionata***

Gli studi di settore sono uno strumento utilizzato dall'Amministrazione finanziaria a scopi di controllo, che in via presuntiva, sulla base di informazioni relative al contesto in cui opera il professionista oppure l'impresa, ricostruisce il volume di affari ed il reddito del contribuente. Questo strumento dell'accertamento tributario è elaborato dalla SOSE Spa, una società controllata dal Ministero dell'Economia, sulla base di complesse applicazioni statistiche e matematiche, interpolando i dati ricavati dalle dichiarazioni dei redditi dei contribuenti stessi e da dati ricavati dagli osservatori economici sia nazionali che locali. Lo studio di settore dedicato alla categoria dei MMG è identificato con la sigla TK 10U.

La categoria dei MMG esercitando la propria attività in regime convenzionale non può essere assimilata *sic et simpliciter* a quella più genericamente intesa dei liberi professionisti. Tale premessa è indispensabile per individuare l'esatta funzione di uno strumento accertativo come gli studi di settore. Infatti, gli elementi strutturali che compongono l'organizzazione del medico non hanno la stessa significatività di quella assunta per qualsiasi altro professionista.

Mentre per il professionista generalmente inteso le attrezzature, la superficie del proprio studio, la retribuzione dei propri collaboratori, etc., sono elementi sufficienti a ricostruire presunti livelli di reddito, nel caso del medico convenzionato tali elementi hanno una ponderazione differente, proprio perché differente deve essere la significatività in relazione alla presunzione dei ricavi. La consistenza di tali spese non ha alcuna incidenza sullo sviluppo dei ricavi del medico anzi, tanto maggiore è la consistenza delle attrezzature utilizzate nell'esercizio dell'attività, tanto minore è il reddito disponibile per il soggetto.

Presso la SOSE spa è organizzata una Consulta di rappresentanti delle varie categorie e costituisce un'occasione importantissima per informare e collaborare con l'amministrazione per migliorare ed affinare lo strumento degli studi di settore. Nel corso del 2009 è previsto un aggiornamento di vari studi di settore tra cui quello dedicato ai MMG. Certamente è quella l'occasione per rappresentare le preoccupazioni della categoria e quindi per contribuire a rendere lo strumento accertativo il più adeguato e appropriato possibile alle caratteristiche e peculiarità dei MMG.

## 11.2 IL NUOVO SCENARIO

### **L'ipotesi di determinazione della base imponibile dei MMG con i criteri fiscali del lavoro dipendente**

La disciplina tributaria suddivide il reddito in categorie a seconda della loro natura e della loro fonte di provenienza. I redditi ritratti dal lavoro sono distinti tra redditi di lavoro dipendente e quelli di lavoro autonomo. Sono stati previsti dal legislatore anche quei redditi cosiddetti assimilati all'una o all'altra categoria, in quanto non possiedono le caratteristiche tipiche per essere inequivocabilmente collocabili in una piuttosto che nell'altra categoria reddituale.

Basti pensare a tale proposito ai redditi dei collaboratori coordinati e continuativi che, dopo essere stati qualificati per tanti anni nella categoria dei redditi da lavoro autonomo, da qualche anno sono stati collocati dal legislatore tra quelli di lavoro dipendente, proprio perché aventi caratteristiche che fiscalmente si collocano in un'area incerta e intermedia.

Non è certamente questa la sede per esaminare approfonditamente le caratteristiche giuridiche con le quali sia possibile distinguere la collocabilità di un reddito da lavoro, tuttavia nel caso del reddito ritratto dai MMG dall'esercizio dell'attività in convenzione con il SSN alcuni elementi di incertezza sono di tutta evidenza.

Il loro reddito è qualificato fiscalmente di lavoro autonomo, sia nello componente relativa alle prestazioni eseguite nell'ambito della convenzione con il SSN, sia nella componente derivante dall'esercizio della libera professione. Pertanto, il criterio di determinazione della base imponibile prevede che i costi sostenuti per l'acquisto di beni e servizi per l'esercizio della propria attività siano dedotti, con tutte le limitazioni previste dalla legge tributaria, dai ricavi conseguiti, cosicché il reddito tassato è dato dalla differenza tra i ricavi e i costi sostenuti.

A ben vedere, facendo tesoro delle riflessioni elaborate a proposito della applicabilità dell'IRAP ai redditi convenzionati del MG, è possibile formulare qualche considerazione anche in relazione alla loro qualificabilità tributaria. Infatti, a proposito dell'IRAP si è giunti alla conclusione che l'assetto organizzativo, la struttura e i criteri con cui è quantificato il compenso per l'attività svolta, non configurando il presupposto di applicazione dell'IRAP, rappresentano certamente un presupposto per evidenziare la difficoltà di assimilare *sic et simpliciter* la figura del MG a quella dei normali liberi professionisti.

Basti pensare, come è stato detto, a tutti i vincoli convenzionalmente previsti per il medico nell'esercizio della propria attività:

- obbligatorietà di presenza settimanale e numero di ore minime giornaliere nel proprio studio medico;
- prescrizione e controlli circa i requisiti dei locali in cui si esercita l'attività e della strumentazione di dotazione;
- obbligatorietà, in alcune Regioni, della presenza di personale di studio/infermieristico per poter esercitare l'attività nelle forme di aggregazione professionale previste dall'ACN;
- limiti di anzianità per l'esercizio dell'attività;
- monitoraggio e verifiche continue dell'attività convenzionata;
- controlli, anche prescrittivi, con l'obbligo di adesione alle delibere regionali e aziendali circa l'indirizzo dell'attività;

Secondo la previsione convenzionale i MMG per l'esercizio della loro attività sono remunerati in base ad un compenso prestabilito attribuito in base al criterio capitaro per ogni assistito. Inoltre, sempre secondo le prescrizioni della convenzione, è previsto un numero minimo e massimo di assistiti, cosicché la retribuzione complessiva del MG oltre ad essere predeterminata è anche prevedibile nella sua quantificazione.

La categoria dei MMG, nonostante l'estremo pragmatismo del legislatore fiscale, in astratto appartiene ad una tipologia collocabile in una zona intermedia tra quella dei lavoratori autonomi e quella dei lavoratori dipendenti.

Cosicché, potrebbe sembrare non totalmente inappropriata, attraverso una ricostruzione interpretativa e magari qualche accorgimento legislativo, la ricollocazione nella categoria dei lavoratori dipendenti. È doveroso specificare a

tale proposito, che si tratterebbe di una mera classificazione fiscale dei criteri adottati per la determinazione della base imponibile e non di una riqualificazione del rapporto giuridico di lavoro tra il MG e il SSN. Si tratterebbe di procedere, sul piano normativo, approssimativamente con un'operazione simile a quella di cui all'articolo 50 lettera e) del Tuir n.917/86 che assimila a lavoro dipendente alcune specifiche categorie di reddito, quali: *“i compensi per l'attività libero professionale intramuraria del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, del personale di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382 e del personale di cui all'articolo 6, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nei limiti e alle condizioni di cui all'articolo 1, comma 7, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662”*

Da un punto di vista dell'impatto finanziario sulla spesa sanitaria, volendone mantenere la neutralità, il passaggio dall'applicazione della tassazione secondo la disciplina del lavoro autonomo a quello di lavoro dipendente, dovrebbe avvenire solo a condizione che da un lato, sia assicurato ai MMG la continuità del reddito netto disponibile e dall'altro una sostanziale invarianza di costo per il SSN e di gettito fiscale per lo Stato.

Tale risultato è ottenibile in linea di massima, soltanto a condizione che sia individuata all'interno della retribuzione del MG, qualificata fiscalmente come di lavoro dipendente, una quota rappresentativa del ristoro patrimoniale assicurato in conseguenza delle spese sostenute dal MG per l'esercizio della attività e che tale componente reddituale sia esclusa dalla base imponibile.

Sul piano quantitativo quindi, è necessario che nell'ambito della struttura del compenso convenzionale sia individuata una quota che, oltre ad essere qualificata espressamente come risarcitoria per la reintegrazione patrimoniale del MG per le spese sostenute, sia di un ammontare quanto più prossimo all'ammontare delle spese dedotte attualmente dal compenso lordo. In sostanza, la continuità dei valori attuali è assicurata solo dalla coincidenza tra quanto il MG deduce attualmente dal reddito di lavoro autonomo come costo sostenuto per l'esercizio dell'attività, e quanto sarebbe invece escluso da tassazione, come reintegrazione patrimoniale, con la disciplina del reddito da lavoro dipendente.

Tuttavia, è bene precisare che tale ultimo ammontare sarebbe predeterminato e individuato sulla base di una costruzione presuntiva rispetto a quanto attualmente dichiarato come costi dedotti.

Rimarrebbero certamente alcuni aspetti da esaminare quale quello contributivo nonché quello relativo alla coesistenza con un reddito di lavoro autonomo relativo alla attività professionale eventualmente svolta.

Resta beninteso che per la categoria ad oggi non esiste alcuna valutazione strategica nella ricerca di una riclassificazione fiscale dei propri redditi, pur consapevoli del fatto che con questa soluzione automaticamente si supererebbero le problematiche relative sia all'applicabilità dell'IRAP che degli studi di settore, nonché si guadagnerebbe una semplificazione sul piano della gestione amministrativa.

## La struttura del compenso: limitazioni e opportunità

Le proposte di ristrutturazione del compenso, come illustrate nel capitolo 9.3, vanno nella direzione di una netta distinzione all'interno della quota capitaria, sino ad oggi sostanzialmente onnicomprensiva, della componente relativa al finanziamento dei fattori di produzione che il MG deve necessariamente acquistare per l'esercizio dell'attività, con una quantificazione tendenzialmente commisurata ai costi effettivamente sostenuti.

I criteri individuati per poter ottenere tale obiettivo sono: il rimborso forfettario, la fornitura diretta dei fattori di produzione da parte dell'azienda sanitaria, il rimborso a pie' di lista.

Gli aspetti fiscali in relazione ai primi due criteri non sono particolarmente rilevanti. Da segnalare per quanto riguarda il rimborso forfettario, solo il vantaggio o eventualmente lo svantaggio fiscale, dato dalla differenza tra quanto effettivamente speso e quindi dedotto dal reddito, e quanto rimborsato in misura predeterminata che rappresenta una componente dei ricavi imponibili. La fornitura diretta al MG dei materiali e dei servizi, rappresenta comprensibilmente, sul piano amministrativo e fiscale, la soluzione di maggiore semplificazione. Infatti, una componente dei costi in capo al MG sarebbe completamente esclusa, così come una parte dei ricavi.

A proposito invece del rimborso a pie' di lista è necessaria qualche considerazione. Tale criterio consiste nel rimborso al MG in base alla documentazione analitica relativa alle spese effettivamente sostenute. Tale criterio come del resto già avvertito, al fine di evitare gli inconvenienti di natura finanziaria dovuti alla imprevedibilità della sua consistenza sul budget sanitario, dovrebbe essere comunque parametrato nel suo ammontare complessivo. Inoltre, non dovrebbe essere sottovalutato l'enorme aggravamento sul piano amministrativo che si imporrebbe sia al MG, sia all'azienda sanitaria, sia all'amministrazione finanziaria. Oltre alla necessità della gestione della documentazione, si aprirebbe un fronte sull'aspetto della cosiddetta "inerenza" dei costi sostenuti. In altri termini, si tratterebbe di un esame volto a valutare la funzionalità del materiale o del servizio acquisito in relazione all'attività svolta, con la necessità di attribuire un margine di discrezionalità di giudizio alle parti.

Sotto un profilo fiscale è necessaria segnalare una considerazione. Nella determinazione della base imponibile del MG, i costi sostenuti per l'acquisizione dei fattori non sono sistematicamente per intero deducibili dai ricavi. Esistono secondo la normativa fiscale alcuni costi che per loro natura sono solo limitatamente deducibili. Nel caso in cui i rimborsi ottenuti a fronte di tali costi, solo limitatamente deducibili, fossero qualificati come ricavi imponibili, si creerebbe una distonia fiscale tale per cui il MG sarebbe sottoposto a tassazione sulla quota di ricavi corrisposti per rimborsare costi non interamente deducibili. Anche in relazione all'IVA potrebbero aversi distonie. Infatti il tributo relativo agli acquisti sostenuti non è detraibile, almeno interamente, e una quota è inclusa nel costo. Quindi, l'ammontare rimborsato deve corrispondere al costo maggiorato della quota di IVA indetraibile.

Al fine di ottenere la completa neutralità fiscale, quindi rimborsi tassabili pari ai costi deducibili, è necessario operare una delle seguenti scelte: a) considerare il rimborso a pie' di lista come un'operazione esclusivamente finanziaria, per cui le spese non sono annoverate tra i costi, così come i rimborsi non entrano nel cumulo del reddito complessivo del MG; b) calibrare l'imponibilità dei ricavi sulla quota dei costi effettivamente deducibili; c) rimuovere i limiti di deducibilità dei costi che quindi diventerebbero interamente deducibili, visto che tale limitazione non avrebbe più alcun senso in quanto comunque corrispondentemente compensati da ricavi imponibili.

### **Gli scenari e le prospettive del nuovo federalismo fiscale in un sistema di contrattazione collettiva**

Nel PSN per il triennio 2003-2005 è stata avvertita la forte necessità di una nuova organizzazione del servizio a livello territoriale tale da comportare una redistribuzione delle risorse e dei servizi tra l'Assistenza Primaria e quella ospedaliera. Con il PSN del 2006-2008, confermato del resto anche negli indirizzi più recenti, si evidenzia definitivamente l'importanza di connotare lo sviluppo in senso federalista, ossia superando una visione eccessivamente centralista della gestione, a favore del coinvolgimento della pluralità dei soggetti istituzionali locali e decentrati. In sostanza, l'individuazione e la realizzazione delle finalità generali, contenute nelle linee di indirizzo della pianificazione nazionale, trovano il dettaglio e la specificazione nell'intervento delle istituzioni locali, in ragione delle caratteristiche e delle esigenze culturali ed economiche territoriali, pur cercando di rimuovere squilibri e differenziazioni nell'assicurare il servizio sanitario.

In questo contesto è necessario seguire l'evoluzione delle riforme costituzionali volte ad improntare in senso maggiormente federalista la struttura istituzionale dello Stato. In particolare è opportuno seguire l'evoluzione che nell'ambito del nostro sistema delle fonti normative modifica la funzione legislativa, nonché la ripartizione delle materie di competenza tra Stato, Regioni e Enti locali.

La riforma del titolo V della nostra Costituzione attuata con la Legge Costituzionale n.3 del 2001, ha indirizzato la funzione legislativa verso un percorso marcatamente autonomistico e regionalistico. La funzione legislativa così come riformulata nella riforma costituzionale prevede un ribaltamento di ruoli. Lo Stato non vanta più una competenza legislativa generale, bensì una competenza legislativa esclusiva solo nelle materie rigidamente elencate nell'articolo 117, secondo comma, mentre è attribuita alle Regioni la potestà normativa in riferimento ad ogni altra materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato. È stata prevista poi una forma di competenza concorrente tra Stato e Regioni nelle materie di prevalente interesse politico-istituzionale, nella quale la funzione legislativa statale si limita unicamente alla definizione dei principi guida. Tra le materie individuate al comma

3, riservate ad una potestà concorrente è prevista la “tutela della salute”. A distanza di qualche anno dall’entrata in vigore della riforma, come si può immaginare, non sono mancate le difficoltà applicative. Le incertezze principali si sono rilevate nella individuazione delle materie di esclusiva competenza regionale, in quanto individuabili solo in via residuale rispetto a quelle elencate di competenza statale. A titolo di esempio, si pensi che nell’elencazione di cui al comma secondo dell’articolo 117, quello che individua le materie riservate alla potestà statale, non risulterebbe menzionata l’ “assistenza sociale”. Ciò equivarrebbe pertanto, ad attribuire la potestà normativa relativamente a tale materia di esclusiva competenza regionale.

Alla potestà normativa statale rimarrebbe unicamente la materia della profilassi internazionale. Anche il potere regolamentare dello Stato ha subito un forte ridimensionamento. La potestà regolamentare statale rimane soltanto in relazione alle materie di competenza legislativa esclusivamente individuate. Cosicché, i regolamenti statali recedono, nelle materie non riservate allo Stato, di fronte a norme di legge e regolamenti regionali.

Segnatamente, la riforma ha impresso la dovuta omogeneità agli articoli 32 e 117, evidenziando quindi l’importanza di un diritto fondamentale del cittadino e di un interesse della collettività, quale quello della “tutela della salute”, tra le nuove materie di competenza concorrente delle Regioni.

Il legislatore della riforma sanitaria del 1978, istituendo il Servizio Sanitario Nazionale, aveva immaginato un rapporto Stato-cittadino in relazione alla materia sanitaria nel quadro della disciplina del precedente articolo 117, lasciando alle Regioni un ruolo di destinatarie delle funzioni di assistenza sanitaria e ospedaliera. Il sistema era saldamente ancorato al ruolo centrale e di supremazia dello Stato e si articolava con scarsa efficienza tra i differenti livelli di governo.

Con la riforma costituzionale del 2001, il Parlamento si trasforma da centro propulsore dell’attività politica ad attore comprimario in affiancamento di altri soggetti, assecondando la naturale rivendicazione localistiche di molte comunità territoriali che hanno trovato nel regionalismo lo strumento più adeguato a percepire le istanze diffuse e a formulare le scelte legislative più appropriate.

Nell’ambito della ripartizione delle materie assegnate alle diverse potestà normative, secondo la nuova formulazione dell’articolo 117 della Costituzione, la materia sanitaria è distribuita su due livelli: “la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio” è annoverata tra le attribuzioni esclusive alla potestà normativa statale. L’individuazione di tali “livelli essenziali” ha posto immediatamente il problema della valutazione sulla congruità dei livelli “minimi”, “massimi” o “uniformi” delle prestazioni erogabili. Con la ulteriore distonia data dal fatto che l’individuazione di tali congruità nell’ambito delle scelte operate in fase di elaborazione legislativa statale, subordina necessariamente livelli di spesa differenti, che però peseranno finanziariamente in fase di esecuzione sulle finanze regionali.

La “tutela della salute” invece (la formula sostituisce la precedente: “assistenza

sanitaria ed ospedaliera”) compare tra le materie di competenza concorrente tra Stato e Regioni.

Quindi, l'intervento normativo statale è limitato alla “determinazione dei principi fondamentali” entro i quali la normativa regionale dovrà operare. È opinione diffusa e oramai consolidata ritenere che l'intervento della norma statale non possa essere ostativo né necessariamente propedeutico all'intervento legislativo regionale, proprio perché non risulterebbe compatibile con il principio animatore della riforma immaginare una funzione legislativa regionale in subordine di quella nazionale. In altri termini, l'inerzia o la latitanza del legislatore statale nel tracciare le linee guida della legislazione nelle materie di competenza concorrente, non impedirebbero comunque l'emanazione della disciplina regionale.

Con la riforma costituzionale, l'attribuzione alle Regioni della potestà normativa concorrente in materia di “tutela della salute”, nella disciplina dell'organizzazione generale del servizio, della fornitura dei servizi sanitari, ha impresso una impostazione alla politica legislativa in questo settore in profonda discontinuità rispetto al sistema precedente. Infatti, il legislatore regionale rappresenta gli interessi più marcatamente del territorio di competenza, inteso come comunità sociale, contesto economico, livello di aspettative generalizzate, orientamento delle scelte individuali e collettive, nel quadro tuttavia, con tutte le problematiche intuibili che ciò comporti, della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali garantiti anche nella loro uniformità su tutto il territorio dello Stato, devoluti pertanto alla funzione legislativa dello Stato.

La legge delega approvata dal Parlamento definitivamente quest'anno sul riordino federale dello Stato presuppone quindi Decreti legislativi la cui disciplina è previsto entrerà a regime nel 2016. Pur essendo ad uno stadio embrionale, è tuttavia possibile definire i contorni essenziali del nuovo assetto istituzionale e finanziario che ne deriverà. La prima considerazione di carattere generale è che si accentueranno le forme di localizzazione dell'imposizione tributaria e della sua amministrazione, con una conseguente progressiva riduzione dell'effetto redistributivo proprio di una gestione accentrata dei tributi, a meno comunque di un fondo perequativo volto a compensare le situazioni limite. Interessante a questo proposito la previsione della sostituzione progressiva dell'IRAP con imposte istituite con legge regionale il cui gettito sarà destinato a coprire interamente i costi relativi a servizi locali.

Ne deriveranno pertanto nuovi equilibri finanziari destinati ad incidere in modo significativo sulla natura e sulla consistenza dei servizi erogati dai centri locali. In particolare, con una certa nettezza è stato stabilito il superamento graduale dell'attuale sistema di copertura basato sul cosiddetto “criterio della spesa storica”, secondo il quale sono stati erogati i trasferimenti statali dando continuità a quanto si è speso negli anni precedenti, con la naturale conseguenza nel tempo di premiare con maggiori risorse gli enti che spendevano di più. Il nuovo criterio farà affidamento sul cosiddetto “sistema dei costi *standard*”. Per ogni servizio erogato dagli enti territoriali si individuerà con criteri parametrici un “costo standard” al quale ci



si dovrà uniformare entro un periodo transitorio di cinque anni, assicurando comunque l'erogazione dei servizi in condizioni di economicità, efficienza ed appropriatezza. I "costi standard" troveranno la loro copertura quindi in ordine di priorità, nel gettito ricavato dai tributi regionali da individuare in base al principio di correlazione compresi, tra questi, quelli destinati a sostituire l'IRAP, dalle quote di compartecipazione al gettito erariale di IRPEF e IVA e da ultimo dalle quote assegnate del fondo perequativo.

Il finanziamento dei servizi in materia sanitaria, essendo come noto una delle competenze locali riservate, dovrà quindi sottostare a questo nuovo sistema di copertura con l'obbligo di assicurare e mantenere ai cittadini destinatari i livelli essenziali previsti.

### **Nuove esigenze e nuove forme associative: le prospettive del coordinamento organizzativo, gli assetti giuridici e la disciplina fiscale**

Immaginare l'assetto organizzativo e la sottostante forma giuridica di un ente associativo attraverso il quale il MG possa esercitare la propria professione, in prima approssimazione potrebbe limitarsi al problema di come gestire i costi ed i ricavi relativi all'attività. Tuttavia a ben vedere, tale aspetto non può essere risolto esclusivamente nella ricerca dell'assetto ottimale sotto un profilo amministrativo e fiscale, economizzando in termini di deduzioni e di risparmi. È necessario invece individuare una soluzione che si configuri adeguata a soddisfare anche esigenze più complesse, come quello della valorizzazione della funzione e del ruolo del medico che non perda la propria individualità, del migliore impiego delle risorse, sia intellettuali che strumentali, comuni tra i professionisti, della migliore realizzazione di un rapporto complesso tra la struttura pubblica e la comunità dei pazienti. In altri termini, l'organizzazione di mezzi e risorse di cui dispone il MG deve principalmente essa stessa contribuire ad assicurare l'erogazione di un servizio di sensibile utilità sociale, nella misura e secondo gli *standards* più soddisfacenti, predefiniti nell'ambito di un rapporto convenzionale tra il singolo medico e il SSN.

È da evidenziare immediatamente che lo spirito e gli obiettivi della medicina generale che si vorrà nel futuro, quella che assicurerà una presenza più decisa a livello territoriale dei servizi di Assistenza Primaria, quella che auspicabilmente invertirà la logica "ospedalocentrica" anche in termini di distribuzione di risorse, non potrà non presupporre un necessario spirito collaborativo e partecipativo da parte di tutti coloro che ne porteranno la responsabilità. Con ciò si marcherà un progressivo superamento della dimensione individuale nell'esercizio dell'attività per dare maggiore spazio al fenomeno dell'associazionismo. Un fenomeno che non necessariamente comporterà una contiguità fisica delle strutture e delle persone, almeno non necessariamente in misura continuativa. Quanto piuttosto un potenziale collegamento che permetta la condivisione del patrimonio culturale, informativo, di espe-

rienze e di risorse, che potenzi così le capacità professionali dell'individuo a vantaggio dei destinatari delle prestazioni.

Tale tendenza è affermata e ribadita nei PSN più recenti, nei quali si sollecita una riorganizzazione dell'Assistenza Primaria sperimentando nuove forme organizzative più adeguate a percepire e gestire le esigenze e le istanze locali. Per questo motivo, sono state ipotizzate sia strutture con sedi accentrate, che permettano ai professionisti la condivisione di esperienze, sia quelle dotate di articolazioni organizzative imperniate su una rete di tecnologie quali la telemedicina, il teleconsulto, il telesoccorso e l'informatica medica, più appropriate a contesti caratterizzati da minore densità di popolazione oppure da difficoltà di comunicazione territoriale.

Contestualmente alla redistribuzione delle risorse tra l'Assistenza Primaria e quella ospedaliera è tuttavia opportuno che si evolva il rapporto tra i due settori, in funzione di una sorta di integrazione dei sistemi informativi che permetta così una immediata condivisione del quadro diagnostico dei pazienti.

Una prima risposta a queste esigenze è stata individuata dalla normativa nazionale nel Distretto, espressione dell'articolazione organizzativo-territoriale delle Aziende Sanitarie, centro di elaborazione delle analisi dei bisogni e della domanda, di gestione dell'erogazione dei servizi e delle risorse. Non è agevole individuare un modello tipico di organizzazione e di struttura del Distretto, non esistendo una legislazione sufficientemente definita. La casistica delle concrete esperienze ha evidenziato il fatto che i principali aspetti organizzativi, strutturali e funzionali è stata demandata alla discrezionalità legislativa esercitata dalle Regioni, con il coinvolgimento delle Direzioni Generali delle ASL.

Tuttavia, in sostanza, il Distretto si è configurato come la struttura operativa preposta al governo dei processi integrativi tra i professionisti coinvolti nell'erogazione di servizi quanto più prossimi a soddisfare adeguatamente le necessità della domanda.

Più in generale dunque, è bene precisare che individuare e definire modelli organizzativi di erogazione del servizio sanitario nell'ambito dell'Assistenza Primaria, vuol dire essenzialmente intervenire in due ambiti. Il primo è quello rappresentato da tutto il complesso di rapporti, funzioni e responsabilità connesse con l'esercizio dell'attività erogata all'esterno a vantaggio della comunità delle persone assistite. Tali aspetti esigono sia la capacità di saper interpretare i bisogni e le richieste generalizzate, sia la capacità di gestire l'erogazione dei servizi. Il secondo ambito è quello rappresentato invece dall'organizzazione interna alle strutture preposte all'esercizio dell'attività. Tale aspetto attiene essenzialmente alla ricerca dei modelli organizzativi ed alle sottostanti forme giuridiche più appropriate alla gestione da parte dei medici delle risorse impiegate, sia di quelle fondamentali rappresentate dai professionisti coinvolti, sia di tutte quelle risorse materiali e strutturali comunque impegnate.

Tale distinzione segue in effetti quella su cui si impernia l'articolo 54 dell'ACN, che al comma terzo separa le *“forme associative che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi”* dalle *“forme associative, quali società di servizi, anche*

*cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi delle Aziende, o dei comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente. **In ogni caso dette società di servizi non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici?***

Come già in altre occasioni è stato evidenziato, è opportuno distinguere lo status giuridico del MG convenzionato, dall'organizzazione preposta alla gestione dei servizi di supporto alla sua attività, che a sua volta potrà svolgere anche un'attività di servizi di natura sanitaria non riconducibili però a quelli erogati nell'ambito del rapporto convenzionale. La titolarità di tali ultimi servizi infatti, o meglio del rapporto sottostante alla prestazione sanitaria, è di esclusiva competenza individuale del singolo MG che non è nella possibilità né di farsi sostituire né rappresentare nell'esercizio della sua attività da nessun ente collettivo, in qualsiasi forma giuridica esso sia organizzato, né tanto meno potranno essere attribuiti a tale ente i redditi ritratti dall'attività dei singoli medici esercitata in convenzione con il SSN. Pertanto, la ricerca delle soluzioni organizzative è limitata a quelle più appropriate allo svolgimento di un'attività sanitaria libero professionale a latere di quella svolta dal MG in esecuzione della convenzione, nonché all'approvvigionamento e gestione di tutti i servizi di supporto all'attività di quest'ultimo.

Quindi, è possibile concludere che le forme organizzative e giuridiche utilizzabili al fine di erogare prestazioni sanitarie sono funzionali solo alla gestione dei costi e degli approvvigionamenti di servizi e materiali al fine esclusivo di "migliorare le potenzialità di ciascuno" dei singoli medici che partecipano alla forma associativa, i quali conservano la loro individualità giuridica e autonomia professionale in quanto titolari esclusivi del rapporto con il SSN.

Più in particolare, è opportuno precisare che i costi di cui più evidente è l'esigenza di trovare una appropriata gestione sono principalmente quelli relativi all'acquisizione di materiali e servizi di uso comune all'insieme dei medici operanti nell'ambito della struttura. Ci si riferisce ad esempio alle spese sostenute per il personale di ausilio all'attività, alle utenze dei servizi, ai materiali e alle apparecchiature, nonché ai costi relativi all'immobile.

Da un punto di vista fiscale, l'acquisizione di tutte le risorse necessarie all'esercizio dell'attività e di utilità comune ai singoli professionisti, sia che si tratti di risorse umane che di materiali e strutture, rappresenta l'insieme dei costi per l'ente associativo.

Il problema che si pone in questo assetto consiste nella modalità adottata per dotare la struttura delle risorse finanziarie sufficienti a sostenere i costi.

È necessario distinguere i ricavi ottenuti nell'ambito dell'erogazione dei servizi sanitari: quelli, la gran parte, che rappresentano i compensi per l'attività effettuata in convenzione con il SSN e quelli invece derivanti dall'esercizio della libera professione.

Come abbiamo visto però, i ricavi ottenuti dall'erogazione dei servizi in convenzione con il SSN sono attribuibili solo ed esclusivamente personalmente ai singoli MMG; mentre solo quelli derivanti dall'attività libero professionale, nel caso in cui

sia costituito un ente associativo, possono essere attribuiti ad esso.

Una opportunità è rappresentata senza dubbio da quanto disposto dalla Norma Finale numero 4 all' ACN, che permette, previo accordo stipulato a livello regionale, di attribuire all'ente associativo una quota dei compensi relativi all'attività convenzionata corrisposti direttamente dall'Azienda Sanitaria. E' bene precisare a tale proposito che quanto attribuito a remunerazione dei costi sostenuti dall'ente, non potrebbe mai configurarsi come ricavo, proprio per le ragioni già esposte circa l'impossibilità di qualificare diversamente un compenso che ha la natura di remunerazione corrisposta dalla ASL a fronte di prestazioni convenzionate. Tali ammontari continuano da un punto di vista fiscale ad essere compresi comunque nel reddito imponibile del singolo medico, rappresentando al più un finanziamento da parte degli associati che da quel momento diventano creditori delle somme attribuite. In questa situazione l'ente rischia di trovarsi strutturalmente in perdita, con l'accumulo nel tempo di un credito Iva relativo agli acquisti effettuati.

Un'ipotesi di effettiva remunerazione dell'ente collettivo in termini di ricavi è rappresentata dalla possibilità di attribuire ad esso la titolarità dell'esercizio dell'attività libero professionale concretamente svolta dai singoli medici. In questo caso le fatture relative ai compensi ottenuti sono emesse dall'ente, rappresentandone così i ricavi.

Non può tuttavia tacersi una incongruenza di natura fiscale, tra i ricavi ottenuti a fronte di un'attività professionale libera e i costi sostenuti in funzione dell'attività convenzionata i cui ricavi sono attribuiti direttamente agli associati. La non inerenza potrebbe configurare una indeducibilità fiscale dei costi, nonché una indetraibilità della relativa iva.

Un'ulteriore possibilità è rappresentata dal cosiddetto "ribaltamento" dei costi sostenuti dall'ente sui singoli medici componenti dell'ente stesso. In tal caso tali ammontari si configurano come ricavi per l'ente che compenseranno i costi sostenuti e a loro volta saranno costi fiscalmente deducibili in capo ai medici. Le fatture emesse dall'ente sono relative ad un'attività di servizi di gestione, pertanto sono assoggettate interamente ad iva, solo parzialmente detraibile dal MG. In questo ultimo caso, la presenza di ricavi ottenuti dall'ente per i servizi erogati corregge la mancanza di inerenza dei costi che a questo punto trova corrispondenza nei ricavi dell'ente ottenuti dai singoli MMG.

Chiarita almeno nelle sue linee fondamentali la struttura dei costi e dei ricavi così come fiscalmente rilevano, è possibile immaginare le forme organizzative e giuridiche con cui strutturare l'ente associativo.

Nello spettro delle opportunità di enti collettivi cui fare riferimento, è possibile distinguere due categorie fondamentali: gli enti non-profit, che quindi non hanno lo scopo di agire con finalità lucrative e quelli che per loro natura possono svolgere attività commerciali, quindi profittevoli. Nella prima categoria sono estensivamente identificabili le associazioni professionali, i tradizionali enti non commerciali, anche nella specificità delle ONLUS; nella seconda categoria, più propriamente sono

identificabili le società commerciali con oggetto un'attività di servizi, anche cooperative, seppure con le loro particolarità.

In una dichiarazione congiunta dell'ultimo ACN 2009 si legge: *“È volontà delle parti procedere ad una graduale riorganizzazione della medicina generale nel rispetto dei valori fondamentali che caratterizza il rapporto di fiducia medico-paziente ed il rapporto convenzionale individuale.”* Pur prendendo atto di questa dichiarazione, con la quale le parti hanno inteso riaffermare la priorità delle responsabilità individuali del professionista nei confronti degli assistiti e del SSN, per consentire la realizzazione concreta di un lavoro di squadra fra i professionisti, si è comunque ritenuto di ribadire l'importanza della necessità di trovare soluzioni organizzative che favoriscano l'aggregazione dei medici in un ente che si configuri come centro unitario di imputazione di rapporti giuridici.

Nello specifico sono state delineate le funzioni di forme organizzative identificate con la sigla UCCP (Unità Complessa delle Cure Primarie) per l'erogazione di servizi di Assistenza Primaria (ampiamente descritte nel capitolo 10 dal prof. A.Cicchetti). Per quanto desumibile dalla definizione dei contenuti delle attività cui queste aggregazioni sono destinate, nonché dalla descrizione delle risorse necessarie a realizzarle, è possibile comunque ritenere che si tratterà di strutture connotate da necessità di consistenti investimenti in impianti ed attrezzature, dall'impiego di personale di supporto, da un'ampia necessità ricettiva.

Il primo aspetto che si porrà consiste nello stabilire chi dovrà sopportare l'onere ed eventualmente anche la gestione dell'investimento in fattori di produzione dell'Assistenza Primaria relativa alla medicina generale, comprese le prestazioni socio-sanitarie necessarie all'assistenza domiciliare e residenziale integrate.

Se questo costituirà una dotazione di provenienza pubblica, che si tratti della Regione oppure dell'Azienda Sanitaria, l'impegno a carico dei MMG dovrebbe essere considerevolmente ridimensionato. In tal caso, la problematica organizzativa è imperniata sulla integrazione tra l'attività svolta dai MMG, presumibilmente in un regime di autonomia professionale con un personale rapporto fiduciario con il paziente da tutelare, e una struttura pubblica che impiega mezzi e risorse a sostegno dell'attività del MG. La struttura organizzativa dei MMG, che si tratti di una società di servizi, magari anche in forma cooperativa, ha come scopo essenziale quello di reperire e gestire i servizi e i fattori produttivi non forniti direttamente dall'azienda e necessari alla loro specifica attività, escludendo comunque la componente di integrazione socio-sanitaria. Tale assetto comporta necessariamente l'accordo convenzionale tra la struttura associativa privata dei MMG e la struttura pubblica che fornisce la dotazione dei fattori produttivi, in ordine alla ripartizione del potere e della responsabilità di gestione di questi ultimi. Inoltre, tale accordo è destinato a condizionare il contenuto economico della struttura del compenso, specie nelle componenti riferite alla remunerazione figurativa corrisposta al MG a fronte dei costi sostenuti da questo relativi all'acquisizione dei fattori produttivi.

Qualora invece i MMG dovessero sopportare gli oneri della struttura, l'organiz-

zazione sarà concretamente più complessa. Sarà necessario, quanto mai si è verificato sino ad oggi, ottimizzare la gestione di un patrimonio fatto di attrezzature e personale presumibilmente articolato e consistente. Così come quanto più sarà numerosa la compagine dei MMG partecipanti alla UCCP, tanto più sarà necessaria una gestione che assicuri il coordinamento dell'apparato amministrativo, nonché la gestione dei rapporti con le strutture pubbliche di riferimento e di quelli commerciali nell'ambito degli approvvigionamenti dei materiali e dei servizi. La selezione della forma giuridica più appropriata alle esigenze specifiche dipenderà dalla portata degli investimenti e dalle attitudini degli individui coinvolti. Un consistente investimento, una partecipazione di soggetti terzi, per quanto in posizione minoritaria, un alto livello di indebitamento, possono imprimere un connotato di commercialità all'iniziativa che potrebbe richiedere la forma giuridica societaria che assicura, oltre all'autonomia patrimoniale, anche una maggiore chiarezza nella *governance* e nella ripartizione degli utili e delle perdite.

La prevalenza di uno spirito mutualistico tra i partecipanti e le aspettative di solidarietà nel contesto in cui si opera, giustificano certamente un assetto organizzativo nell'ambito della categoria del non-profit e delle cooperative.

Più in particolare, nel caso in cui l'azienda non provvedesse direttamente ai fattori di produzione e ai servizi di integrazione socio-sanitaria, si potrebbero ipotizzare scenari differenti.

In un caso, la società, anche in forma cooperativa, oltre a procurare e gestire i fattori di produzione strettamente necessari all'attività professionale dei medici, dovrebbe farsi carico di procurare, attraverso contratti con società cooperative sociali, onlus di tipo diverso e/o associazioni di volontariato, quanto è necessario all'integrazione socio-sanitaria che l'azienda non è in grado o non intende fornire direttamente.

Il finanziamento dei fattori di produzione da parte delle Aziende Sanitarie potrebbe essere indiretto o diretto, a seconda che le risorse economiche siano riconosciute ai singoli medici affinché possano acquisire i beni e servizi dagli enti, oppure vengano direttamente corrisposte dalle Aziende Sanitarie agli enti stessi di servizio sulla base di contratti. Si ritiene necessario in quest'ultimo caso la previsione dei contenuti e delle caratteristiche di tali contratti nell'ambito degli accordi nazionali, regionali o aziendali con le Organizzazioni sindacali rappresentative dei professionisti convenzionati.

E' comunque da prendere in considerazione l'ipotesi che il mondo istituzionale, attraverso strumenti legislativi e negoziali, possa individuare le caratteristiche di questi enti e mettere in atto quanto necessario per avviare un processo di accreditamento degli stessi e delle attività erogate, il tutto alla luce della considerazione che non è interesse del sistema creare opportunità di utili da impresa, ma piuttosto rendere più flessibile, efficace ed efficiente il sostegno del medico generale nel raggiungimento di obiettivi di Assistenza Primaria di fondamentale utilità sociale.

Va infine considerata l'opportunità che tali enti possano far parte del settore non

profit e che godano di agevolazioni sia in termini di semplificazioni gestionali che di riduzione del carico fiscale.

A proposito di interventi incentivanti, si segnala l'opportunità di ripartire anche da quanto previsto dalla legge finanziaria 2008 (L.n.244/2007, commi 70-76) che, seppure in attesa delle autorizzazioni delle autorità comunitarie, ha introdotto il beneficio di un credito di imposta al fine di stimolare le aggregazioni professionali, con le dovute specificazioni in relazione a quelle organizzate dai MMG.

L'importanza della struttura e il rafforzamento della funzione probabilmente comporterà invece una più netta distinzione delle attività, quindi degli interessi e dei coinvolgimenti, del singolo MG che continuerà ad essere portatore necessariamente di una duplice *mission*, quella pubblica e quella privata, sinergiche ma mai concorrenti.

### Riferimenti bibliografici

- Per il diritto alla salute come diritto primario e fondamentale, v. Corte Costituzionale sentt. n. 184/1986, n. 599/1987, n.992/1988.
- Botti A. *Governi e gestione dell'azienda sanitaria locale*. 2003.
- Aicardi N. *La Sanità*, in Trattato di Diritto Amministrativo, a cura di S. Cassese, Milano 2003.
- Cilione G. *Diritto sanitario*. Repubblica di S. Marino. 2005.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Intesa sottoscritta il 23 marzo 2005 sugli accordi collettivi nazionali per la medicina generale e per la specialistica convenzionata.
- Jorio E. *L'atto aziendale e i suoi contenuti*, in Sanità pubblica e privata. 2006. p.12.
- Per la manualistica di diritto tributario, C. Fantozzi, *Il diritto tributario, Roma*, 2005; Lupi, *Corso di diritto tributario*, Giuffrè, 2007.
- Consiglio Nazionale FIMMG, *La Ri-fondazione della Medicina Generale*, Documento approvato all'unanimità, Roma, 9 Giugno 2007.
- Milillo G. *Il nuovo ruolo dei medici di medicina generale nell'Assistenza Primaria in Italia*. Monitor, Trimestrale dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali. Anno VII numero 20, Roma 2008.
- Milillo G. *Relazione in occasione del 63° Congresso Nazionale FIMMG*, Villasimius, 6-12 ottobre 2008.
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del D.lgs 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni. 27 maggio 2009.
- Miriello C. *Le aziende Sanitarie Pubbliche*, in Trattato di Diritto commerciale e di Diritto pubblico diretto da F.Galgano, CEDAM, 2009.
- De Matteis R. *Responsabilità e servizi sanitari. Modelli e funzioni*, in Trattato di Diritto commerciale e di Diritto pubblico diretto da F.Galgano, CEDAM, 2009.
- Tra i prontuari, v. Memento pratico Ipsos Francis-Lefebvre, *Fiscale*, 2009.



# 11.3 Il sistema previdenziale dei liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale

**Alberto Oliveti**

## **Introduzione**

Il medico libero professionista del secolo scorso e dei primi decenni di questo secolo, non aveva probabilmente bisogno di un sistema previdenziale che assicurasse a lui e ai suoi famigliari un reddito garantito in età avanzata, in caso di malattia o morte.

All'epoca i medici erano pochi e durante la loro vita professionale godevano di redditi molto superiori alla media, comunque tali da consentire loro di provvedere individualmente e autonomamente alla loro previdenza, intesa come attenzione a prendere in considerazione, con prudenza e tempestività, le necessità del futuro. Potevano accumulare risparmi e acquisire proprietà che avrebbero garantito rese più che sufficienti ai pochi anni di sopravvivenza alla cessazione dell'attività professionale.

L'allungamento della vita media e una maggiore distribuzione del reddito, elementi che hanno caratterizzato l'evoluzione sociale del nostro Paese in questo secolo, hanno richiesto un approccio collettivo al problema, imposto definitivamente dalla Costituzione italiana.

In senso collettivo, la previdenza è l'insieme di provvedimenti disposti a favore di una determinata categoria di persone allo scopo di assicurare ai lavoratori un reddito adeguato alle esigenze di vita e l'assistenza necessaria per le condizioni di bisogno.

In Italia la previdenza costituisce un obbligo per lo Stato ed un diritto dei cittadini e si fonda sul principio di solidarietà che partendo da interessi e vincoli di convivenza condivisi diventa una risposta materiale ai bisogni essenziali dei componenti della categoria di riferimento.

Il passaggio da una responsabilità previdenziale personale a una garantita dallo Stato, ha sicuramente migliorato il sistema di protezione, ma nuociuto alla consapevolezza individuale della sua necessità, a volte vissuta come imposizione o sottrazione di risorse alla disponibilità di ricchezza del presente.

È ora necessario che anche i liberi professionisti recuperino quella saggezza popolare che induceva a insegnare ai figli “non è tanto importante quello che guadagni, ma quello che metti da parte”.

Oggi la condizione del libero-professionista convenzionato è molto più simile, rispetto al passato, a quella del lavoratore dipendente e deve mutuare dalla sua condizione alcuni concetti fondamentali.

Il salario che ogni lavoratore ottiene in busta paga in cambio del proprio lavoro è solo una parte del salario complessivo che percepisce: un'altra parte è posticipata nel tempo - cosiddetto salario differito - per costituire con opportuni accantonamenti la pensione da riscuotere dopo la fine dell'attività produttiva. Ne è forse la componente più importante perché destinata ad una fase della vita in cui non si potrà più attingere a risorse lavorative.

La sostenibilità di un sistema di previdenza collettiva si fonda su un patto di solidarietà tra generazioni subentranti. Ciò significa che il sistema previdenziale prevede che chi lavora paghi con la sua contribuzione la pensione a chi ha cessato di lavorare, maturando così il diritto allo stesso trattamento quando cesserà a sua volta dal lavoro.

Questo patto visto dall'angolo visuale delle Casse di previdenza sostanzia il concetto di finanziamento a ripartizione, su cui si basano le gestioni dei fondi pensionistici pubblici, in cui i contributi dei lavoratori attivi pagano le pensioni ai lavoratori in quiescenza ed agli inabili al lavoro.

Si contrappone al finanziamento a capitalizzazione proprio dei fondi previdenziali assicurativi privati, in cui i contributi di ogni singolo lavoratore vengono investiti e fatti rendere per poi essere ad esso restituiti da pensionato sotto forma di una rendita o di un capitale.

Esistono forme miste - come in ENPAM (Ente Nazionale Previdenza Assistenza Medici) - in cui le pensioni vengono pagate per quota parte dai contributi incassati e per quota parte dai proventi di un patrimonio, costituitosi nel tempo grazie ai contributi eccedenti quelli necessari a pagare le pensioni opportunamente investiti e fatti rendere.

Perché questo patto tra generazioni possa tenere nel tempo va perseguita la sostanziale equivalenza tra contributi versati da lavoratore e pensioni godute da pensionato al netto della doverosa solidarietà di categoria. Questa regola rigorosa cui attenersi dovrà basarsi più sull'evidenza della effettiva convenienza a partecipare a questa catena di solidarietà tra generazioni successive che a vincoli ed obblighi di legge.

La necessità di garantire a sé ed ai familiari un reddito dignitoso dopo la cessazione dell'attività professionale, a causa dell'allungamento della vita media e dell'aumento dell'incidenza e prevalenza delle malattie croniche e dei casi di non autosufficienza, fenomeno che riguarda i medici come tutto il resto della popolazione, apre il campo per nuove esigenze di previdenza.

Il vero problema legato all'invecchiamento progressivo della popolazione è

per ogni individuo quello di perdere la propria autonomia e di diventare non più sufficiente a se stesso.

In certe drammatiche patologie la perdita di autonomia può diventare precocemente totale a fronte di una prolungata aspettativa di vita.

Difficilmente i risparmi della famiglia potranno garantire una assistenza sufficiente per una dignitosa esistenza.

La solidarietà è finalizzata a rendere ognuno più tutelato di fronte al bisogno. È auspicabile che a fianco delle tradizionali offerte di assistenza su domanda, possa decollare una linea assistenziale basata sulla solidarietà di categoria e su un approccio di tipo assicurativo di tutela del rischio della non autosufficienza, che preveda a fronte del pagamento di un premio da parte di tutta la comunità sottoposta a quel rischio, l'erogazione di finanziamenti finalizzati all'assistenza di tutti coloro riconosciuti mediante determinati indicatori come non autosufficienti.

Tale approccio di presa in carico di lungo periodo è appunto definito dal termine inglese di Long Term Care.

A fronte di quanto detto sopra è nell'interesse di tutta la categoria della medicina generale che i futuri MMG abbiano redditi dignitosi fin dal momento dell'iscrizione in convenzione, in maniera da garantire la tenuta del patto generazionale con il pagamento delle pensioni ai colleghi che hanno già cessato l'attività professionale e con la copertura dei costi dell'assistenza solidale.

Il differimento previdenziale andrà necessariamente commisurato alla sostenibilità del sacrificio di sottrarre risorse alle presenti e quotidiane esigenze di vita del contribuente, ma dovrà anche essere di misura adeguata per poter garantire le future esigenze di vita del medico pensionato e della sua famiglia, ed anche la solidarietà di categoria.

I rinnovi convenzionali dovranno garantire una dinamica progressiva di incremento della massa dei contributi per sostenere opportunamente gli equilibri dei fondi previdenziali in un'epoca di longevità crescente e di ritiro dal lavoro di fasce di età altamente rappresentate.

Questo vuol dire cercare di garantire ai giovani colleghi che entrano nel mondo della medicina generale una piena occupazione e, quindi, una piena contribuzione, fin dall'inizio della loro carriera, e renderne meno incerti e precari i percorsi professionali, evitando loro di dover affrontare momenti di lenta crescita del reddito e della contribuzione, come oggi avviene nei primi anni di acquisizione delle scelte. Soprattutto, con l'accesso e il ruolo unico, si devono evitare periodi caratterizzati da una, sia pure transitoria, forte riduzione di redditi e contribuzione quando si lascia definitivamente l'incarico di continuità assistenziale a favore di quello di Assistenza Primaria.

È questo uno degli obiettivi principali della Ri-fondazione della MG proposta dalla FIMMG ed è esattamente l'opposto di quanto è stato fatto negli ultimi anni.

## **Medicina generale e scenario previdenziale: riferimenti legislativi e normativi (L. 833/78, D.lgs 124/93, D.lgs 509/94, L.335/95, art. 1, 2 e 38 Costituzione), il diritto previdenziale, i tre pilastri della previdenza.**

La componente previdenziale della professione di medico di medicina generale è a buona ragione uno dei principali interessi della categoria.

La sua adeguata trattazione configura quasi una sorta di impegno morale che vincola le organizzazioni sindacali addette alla definizione degli Accordi Collettivi Nazionali a considerarla una priorità assoluta in quanto destinata a tutelare il medico di medicina generale nella sua fase post lavorativa.

Nei compensi professionali del MMG si può distinguere una retribuzione disponibile al consumo quotidiano del medico - comprensiva dei costi di gestione - ed una retribuzione differita, per quota parte non riscontrabile in busta paga, ma che sempre compenso è, anzi di valenza superiore se lo si considera destinato ad una fase della vita in cui non si sarà più in grado di aumentare i propri redditi da lavoro.

La definizione dell'entità di questa retribuzione differita a scopo previdenziale è demandata agli Accordi Collettivi Nazionali di Lavoro stipulati col Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833 e grava in parte sulle Aziende Sanitarie che la versano direttamente all'Ente gestore previdenziale senza documentarla in busta paga ed in parte sugli stessi medici convenzionati che la riscontrano nella documentazione dei propri compensi fornita dall'Azienda come trattenuta versata all'Ente gestore.

Dopo le indispensabili e non più rinviabili riforme del sistema pensionistico degli anni '90 causate dall'invecchiamento demografico, dalla crisi del mercato del lavoro e dall'insostenibile gravosità delle prestazioni pensionistiche, l'attuale assetto della previdenza italiana definito soprattutto dal D.lgs 21 aprile 1993, n.124 (introduzione della previdenza complementare ed integrativa), dal D.lgs 509/1994 (privatizzazione delle Casse di previdenza per i Liberi Professionisti) e dalla successiva L. 8 agosto 1995, n.335 (adozione del sistema contributivo di calcolo delle prestazioni) non si basa più su di un sistema di tutela obbligatoria esclusivamente pubblica, ma si poggia su tre pilastri fondamentali che configurano un sistema previdenziale globale.

La **previdenza sociale obbligatoria di 1° pilastro** gestita su schemi di finanziamento a ripartizione e totalmente deducibile dalla base imponibile fiscale, a finalità pubblica di rango costituzionale.

La **previdenza complementare di 2° pilastro** finalizzata a garantire soprattutto una rendita aggiuntiva alla pensione base pubblica, a contrattazione collettiva ed adesione individuale volontaria per gli appartenenti a determinate categorie (Fondi pensione chiusi) o ad adesione individuale per chi fosse sprovvisto di un Fondo chiuso (Fondi pensione aperti), entrambe con contributi gestiti a capitalizzazione da investitori autorizzati, fiscalmente deducibili dal reddito imponibile sino ad un tetto di 5.164,57 euro annui.

La **previdenza integrativa privata individuale di 3° pilastro** su base assicurativa, gestita su schemi a capitalizzazione (Fondi Individuali Pensionistici, Piani Individuali Previdenziali, Polizze vita), non incentivata fiscalmente non avendo finalità previdenziali di interesse collettivo.

Il diritto alla previdenza degli iscritti ai vari istituti ed organi previdenziali trae origine dalla Costituzione Italiana, che sintetizza efficacemente una lunga storia di interventi normativi, dottrinali e giurisprudenziali in tema di assicurazione sociale obbligatoria.

Difatti, in una Repubblica democratica fondata sul lavoro (art.1), che richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale (art. 2), ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento ed all'assistenza sociale (art. 38 c. 1), i lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia (art. 38 c. 2), ed ai compiti previsti provvedono organi ed istituti predisposti od integrati dallo Stato (art. 38 c. 4) .

Il **primo comma** dell'art. 38 inserisce il concetto della solidarietà del sistema nei riguardi della inabilità al lavoro, ponendo a carico della collettività i costi di mantenimento ed assistenza in caso di verificata assenza dei mezzi necessari per una esistenza libera e dignitosa.

Il **secondo comma** dell'art. 38 definisce il diritto dei lavoratori ad un sistema di tutela all'interno del sistema previdenziale obbligatorio, che garantisca l'assicurazione di mezzi adeguati alle esigenze di vita degli assicurati, provvedendo ad eliminare od a compensare integralmente lo stato di bisogno. Il principio di adeguatezza del trattamento di pensione deve garantire al lavoratore pensionato la possibilità di mantenere un tenore di vita in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa.

Col **quarto comma** si definisce l'impostazione organizzativa strutturale della gestione dei compiti della previdenza obbligatoria, a cui possono provvedere organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato.

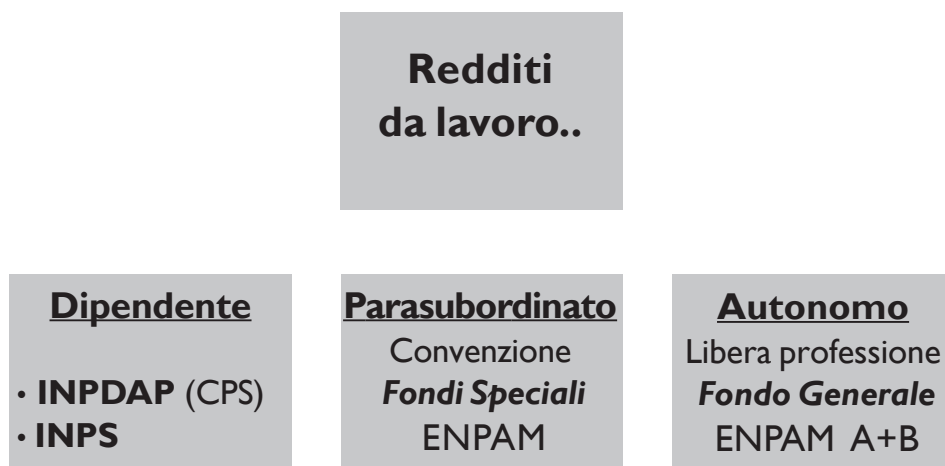
### **Le tipologie di reddito del medico ed i sistemi previdenziali di riferimento (ENPAM, INPDAP, INPS)**

Se nell'ambito della categoria dei medici italiani prendiamo in esame il collegamento tra i redditi da lavoro e la contribuzione previdenziale, possiamo notare come il reddito di ogni medico, sempre assoggettato all'obbligo della contribuzione previdenziale di 1° pilastro, si riconduca in sostanza a tre differenti tipologie, disposte in varie combinazioni a seconda delle attività professionali svolte: reddito da lavoro dipendente e reddito da lavoro autonomo a sua volta diviso in libero professionale e convenzionato.

I medici dipendenti contribuiscono se operanti nel polo della pubblica amministrazione all'INPDAP, gestione ex CPS, se nel polo privato all'INPS.

I redditi da libera professione afferiscono al Fondo Generale ENPAM, al "quota A" che si paga con le cartelle esattoriali per la quota minima obbligatoria per tutti in quanto iscritti agli Ordini e per l'eventuale reddito libero professionale eccedente al "quota B" o Fondo della libera professione.

I redditi da convenzione vengono gestiti dai tre Fondi speciali, quello dei generici, pediatri e guardia medica, quello degli specialisti ambulatoriali e medici dei servizi e quello dei convenzionati esterni od accreditati col SSN.



INPDAP (ex CPS) → **Redditi da lavoro dipendente di "pubblico impiego"**  
 INPS → **Reddito da lavoro dipendente di tipo privatistico**  
 Fondo generale → **Redditi da attività libero professionale**

- Quota A contributi minimi annuali obbligatori
- Quota B contributi proporzionali al reddito LP

Fondi speciali → **Redditi da convenzione od accreditamento con il S.S.N.**

- Fondo medicina generale (MMG, PLS)
- Fondo specialisti ambulatoriali
- Fondo convenzionati esterni o dell'accREDITAMENTO

L'Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza Medici (E.N.P.A.M.) è una Fondazione di diritto privato senza scopo di lucro che ha il compito di esercitare la previdenza sociale **obbligatoria** di 1° pilastro per tutti medici ed odontoiatri italiani iscritti agli Albi professionali incassando e capitalizzando i contributi derivanti dal loro **reddito** da lavoro autonomo, pagando le pensioni ai lavoratori in quiescenza ed ai loro familiari superstiti e garantendo una assistenza adeguata in caso di indigenza.

Da quanto espresso sopra, appare evidente come la Fondazione ENPAM sia per il medico di medicina generale **l'unico riferimento** in tema di previdenza obbligatoria.

L'obbligo di adesione e di contribuzione ai Fondi previdenziali gestiti dalla Fondazione trae fondamento dal dettato costituzionale oltre che dalle norme di Legge confermate da diverse sentenze della Corte Costituzionale.

L'ENPAM è quindi istituzionalmente deputato **al reddito da lavoro autonomo** dei medici ed odontoiatri interessati obbligatoriamente alla contribuzione all'ENPAM, sia per attività libero professionale sia per attività in regime di convenzione od accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale.

## **I Fondi previdenziali gestiti (generale, libera professione, speciali)**

I **Fondi gestiti dalla Fondazione ENPAM** sono cinque, orientati appunto alle diverse tipologie di reddito e di professione degli iscritti.

In particolare al **Fondo di Previdenza Generale "Quota A"** sono iscritti tutti i medici ed odontoiatri in conseguenza automatica della loro iscrizione all'Albo Professionale, a prescindere dell'effettivo esercizio della professione o dell'iscrizione presso altre gestioni obbligatorie di previdenza, e vi partecipano con un contributo fisso suddiviso per fasce di età che garantisce pensione di vecchiaia, pensione di invalidità sin dal primo giorno di iscrizione e numerose altre prestazioni assistenziali e previdenziali.

Al **Fondo di Previdenza Generale "Quota B" della libera professione** contribuiscono i medici ed odontoiatri esercenti attività libero professionale, compresa l'attività "intramoenia" degli ospedalieri, per la quota parte di reddito eccedente quello corrispondente alla contribuzione minima obbligatoria al "quota A".

Ai tre **Fondi Speciali di Previdenza** dell'ENPAM contribuiscono i medici operanti per il S.S.N. in regime di convenzione o di accreditamento, per la quota parte di reddito derivante da tale rapporto.

La facoltà concessa ad alcune categorie di medici - addetti alla guardia medica, alla medicina dei servizi e specialisti ambulatoriali - **transitati** dal convenzionamento alla dipendenza di optare, all'atto del loro inquadramento, per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso il Fondo Speciale corrispondente costitu-

isce l'unica deroga alla impostazione secondo cui la contribuzione da reddito derivante dal rapporto dipendente di "pubblico impiego" faccia riferimento all'INPDAP.

### **La storia dell'ENPAM (da Ente pubblico a Fondazione privatizzata)**

L'Ente nasce storicamente nel 1937 quando nell'ambito del vigente sistema di rappresentanza sindacale venne istituita la Cassa di Assistenza del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici (C.A.S.N.F.M.) il cui riconoscimento giuridico, con relativa approvazione dello Statuto, fu disposto con il Regio Decreto 14 luglio 1937 n.1484.

A quel tempo non era previsto dall'ordinamento pubblico un sistema di tutela generale di categoria per cui solo i sanitari che prestavano la loro opera professionale per organismi statali od enti locali potevano aver diritto ad un sistema di tutela previdenziale, i medici condotti già dal 1898, i veterinari dal 1902, gli ufficiali sanitari dal 1904 ed i dipendenti medici o sanitari dei Comuni, delle Province, delle istituzioni sanitarie di pubblica beneficenza sanitaria e dello Stato dal 1913.

La Cassa era configurata dalla sua legge istitutiva come una corporazione alla quale potevano iscriversi i medici rappresentati dai sindacati fascisti di categoria pur prevedendo in un successivo regolamento da redigere, l'estensione della iscrizione a tutti i medici italiani indipendentemente dalla loro adesione sindacale.

Prevedeva la concessione di assegni assistenziali temporanei ai propri iscritti e di borse di studio ai figli dei medici, ipotizzando in disponibilità di mezzi anche prestazioni previdenziali.

La Cassa era gestita con i rigidi criteri della ripartizione, dove le prestazioni dovute ai pensionati venivano finanziate con i contributi degli iscritti attivi in un collegamento tra generazioni secondo cui la contribuzione fissa a carico di tutti gli iscritti veniva determinata dall'entità delle prestazioni disposte a favore degli aventi diritto e gli eventuali saldi attivi costituivano una semplice riserva tecnica.

L'esperienza di questa Cassa assume il significato storico di un primo progetto di tutela sociale estesa nelle intenzioni a tutta la categoria medica tramite la gestione affidata ad un unico ente istituzionale.

A seguito della caduta del regime fascista, nel 1943 fu abrogato il regime corporativo dello Stato e delle sue emanazioni e furono ricostituiti gli Ordini professionali e le loro Federazioni, aboliti nel periodo fascista.

La ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e le loro Federazioni avvenne nel 1946, data della emanazione di un fondamentale Decreto del Capo Provvisorio dello Stato (DLCPS n°233 del 13 settembre 1946) in tema di previdenza sociale degli esercenti le professioni sanitarie che stabiliva l'obbligo di iscrizione e di contribuzione al proprio ente di previdenza per tutti gli iscritti agli Albi provinciali, l'obbligo del pagamento dei contributi previdenziali dovuti alle rispettive casse e metteva in capo ai Consigli nazionali ed alle Federazioni Nazionali degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri il potere di determinazione e di imposizione del contributo di iscrizione.



Tuttavia tra il 1943 ed il 1950 in assenza di un atto costitutivo del nuovo ente previdenziale dei medici, la Cassa , ora denominata C.N.A.M. (Cassa nazionale di assistenza dei medici), continuò ad essere gestita secondo le vecchie disposizioni del Regio decreto del 1937.

L'attuale denominazione di **ENPAM** (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici) fu assunta con il D.P.R. 27 ottobre 1950 , che diede esecuzione al suddetto Decreto del Capo Provvisorio dello Stato.

Sempre nel 1950 fu adottato il Regolamento esecutivo di applicazione del Decreto, comprese le norme di riscossione dei contributi dovuti agli Albi, alla Federazione ed alla Cassa di previdenza, che vennero equiparate alla riscossione delle imposte dirette.

Con questo passaggio vennero forniti all'Ente gli strumenti operativi ed i riferimenti normativi - sui quali ancora oggi basa la sua capacità impositiva e le sue funzioni istituzionali - per interpretare efficacemente come soggetto giuridico predisposto dallo Stato il dettato della nuova Costituzione repubblicana in tema di previdenza ed assistenza.

L'organizzazione strutturale dell'ENPAM come Ente pubblico gestore di forme obbligatorie di previdenza ed assistenza è stata in seguito disciplinata dallo Statuto approvato con D.P.R. n°931 del 2 settembre 1958, fino a tutto il 1994, anno in cui si chiude il periodo pubblico dell'Ente.

Dal 1° gennaio 1995, infatti, a seguito del Decreto Legislativo n°509/94 che in attuazione alla delega conferita dalla Legge n°537/93 ha disposto la privatizzazione di sedici Casse di Previdenza dei liberi professionisti, l'Ente ha assunto personalità giuridica privata trasformandosi in una Fondazione, procedendo quindi alle necessarie modifiche statutarie per adattare la sua struttura organizzativa al nuovo assetto.

L'approvazione dell'attuale Statuto della Fondazione è passata attraverso una fase di contenzioso giudiziario inerente la composizione ed i poteri degli organi gestionali, che ha avuto il suo compimento nell'aprile 2000.

È rilevante in questa analisi storica della previdenza medica considerare che inizialmente furono erogate per gli iscritti praticamente solo prestazioni assistenziali consistenti in assegni assistenziali temporanei, una tantum o continuativi.

Solo dal 1958 si è incominciata l'erogazione di trattamenti pensionistici , andando ad esaurimento l'erogazione degli assegni assistenziali continuativi e, grazie all'adozione del nuovo Statuto del 1959, la facoltà di gestione di fondi speciali per la previdenza ed assistenza di particolari categorie di sanitari.

Questa facoltà venne esercitata con l'istituzione del Fondo per i medici aventi rapporto professionale con gli istituti gestori dell'assicurazione sociale di malattia (le mutue... INAM, ENPAS, INADEL, ENPDEDP) poi sciolti con la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale n°833 del 1978.

Tale Fondo gestiva conti individuali e tecnicamente calcolava le prestazioni col metodo contributivo.

Dal 1972, ma con decorrenza retroattiva all'anno precedente, tale Fondo si divide in tre Fondi, per i medici generici, per gli specialisti operanti nei propri studi e per i medici ambulatoriali, costituendo l'antecedente storico degli attuali tre Fondi Speciali.

Dal 1976 viene adottata la gestione a ripartizione abbandonando la precedente capitalizzazione dei conti individuali e viene adottato lo schema di trattamento a prestazione definita che ancora oggi viene usato per il calcolo delle pensioni.

Nel tempo si procedette alla diversificazione regolamentare dei tre Fondi con l'ampliamento delle categorie rappresentate, come i pediatri e gli addetti alla guardia medica nell'85.

Nel 1990 il Fondo di Previdenza generale originariamente configurato come una gestione a ripartizione pura, fu soggetto ad una riforma regolamentare, che introdusse la contribuzione proporzionale al reddito per una seconda quota di pensione - quota B - che si aggiunse a quella fondamentale riferita ai contributi minimi obbligatori, dovuti sul presupposto della semplice iscrizione all'Albo professionale e che viene ora definita come quota A.

Con l'introduzione del "quota B" si gettarono le basi per una progressiva trasformazione del Fondo Generale da un sistema a ripartizione pura ad un sistema a ripartizione bilanciata da elementi di capitalizzazione che lo ha portato al pari degli altri Fondi.

Tale modello misto di gestione finanziaria si pone tra la modalità a ripartizione pura (chi lavora paga le prestazioni a chi è pensionato) e la capitalizzazione pura (i contributi individuali dell'iscritto attivo vengono capitalizzati e restituiti allo stesso contribuente pensionato realizzando per ogni iscritto una traslazione di parte del suo reddito nel tempo), ed è funzionale ad attenuare i rischi propri delle due modalità, il rischio delle gravi modificazioni demografiche ed economiche della ripartizione pura, che influenzano l'equivalenza tra generazioni successive di contribuenti, e il rischio proprio della capitalizzazione che l'inflazione riduca eccessivamente il potere d'acquisto del montante individuale accumulato.

In tale sistema la capitalizzazione patrimoniale deve essere intesa come una riserva tecnica di compensazione che assolve la funzione di garantire nel tempo la solvibilità del sistema a fronte di eventuali squilibri demografici o lavorativi delle generazioni successive, difendendo nel contempo il potere d'acquisto delle pensioni, ed è stato espressamente previsto proprio dal Decreto Legislativo n.509 di privatizzazione dell'Ente del 1994 quando si è definita in almeno cinque annualità delle pensioni in essere la **riserva legale**, la quantità di indispensabile "fieno in cascina" per garantire la tenuta della Cassa privatizzata, non più soggetta a trasferimenti statali di natura fiscale in caso di dissesto.

Attualmente, a dimostrare i buoni risultati di gestione che la privatizzazione ha portato, la riserva legale nel Bilancio Consuntivo 2008 di tutti i Fondi è poco più di **venti anni**, se riferita al disposto legislativo del 1994 e **più di nove anni** se riferita prudentemente all'anno stesso del bilancio.

## **Obiettivo istituzionale: mettere a reddito contributi obbligatori e volontari incassati per erogare prestazioni (pensioni, assistenza) al minor costo contributivo**

Va considerato che con l'assunzione della nuova veste giuridica di Fondazione non è stato modificato il compito istituzionale dell'Ente di assicurare la copertura pensionistica ai medici ed agli odontoiatri iscritti all'Albo Professionale, ferma restando l'obbligatorietà della iscrizione e della contribuzione a carico degli iscritti, che a partire dalla stessa data della privatizzazione, è stata estesa ai laureati in odontoiatria e protesi dentaria, privi di tutela previdenziale dopo l'istituzione della nuova categoria professionale avvenuta con la Legge 409/85.

Sono stati modificati invece gli strumenti di gestione e la qualificazione dell'ente che si trasforma in Fondazione assumendo la personalità di diritto privato.

Obiettivo istituzionale della Fondazione ENPAM rimane quello di sostenere la **solidarietà** e l'**equità** tra generazioni successive in un **patto** che si proietta nel tempo per cui chi lavora paga con la sua contribuzione la pensione o l'assistenza a chi ha cessato di lavorare, maturando così il diritto allo stesso trattamento quando cesserà a sua volta dal lavoro.

In questo rapporto tra la funzione pubblica di organo predisposto dallo Stato al perseguimento di obiettivi di rilevanza costituzionale ed i "mezzi" privati per realizzarla, si pone il controllo di garanzia da parte dello Stato interessato alla corretta espressione della funzione, e non agli strumenti necessari per esercitarla.

Nonostante la privatizzazione, o in funzione della stessa, sono aumentati i **controlli** a cui è sottoposta l'attività della Fondazione.

I controlli interni restano di competenza del Collegio dei Sindaci, mentre i bilanci di esercizio della Fondazione debbono essere certificati da una Società di certificazione e revisione contabile abilitata, incarico privato conferito alla Reconta Ernst& Young.

La Fondazione ENPAM, prima fra tutte le Casse Previdenziali privatizzate, ha recentemente istituito un servizio di "Internal Auditing" ed un "Organismo di Vigilanza" finalizzati alla verifica della qualità e dell'economicità della gestione dell'Ente. Ha inoltre approvato un "Codice Etico" che disciplina il complesso di diritti, doveri e responsabilità nei confronti di tutti gli interlocutori portatori di interesse con i quali si rapporta nel suo operare.

I controlli esterni sono riservati in primis ai Ministeri Vigilanti dato che il decreto legislativo n. 509/94 riserva alla competenze del Ministero del Lavoro, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze di approvare lo Statuto ed i regolamenti della Fondazione, nonché le relative integrazioni e modifiche, le delibere generali assunte dalla Fondazione in materia di contributi e di prestazioni e di formulare motivati rilievi sui bilanci preventivi e quelli consuntivi, sulle variazioni ai bilanci di previsione, sui criteri di individuazione e di ripartizione dei rischi connessi alla scelta degli investimenti e sulle delibere che stabiliscano direttive generali, oltre al controllo

circa la sussistenza dell'equilibrio del bilancio di gestione dei Fondi amministrati mediante l'adozione di provvedimenti coerenti alle indicazioni risultanti dal bilancio tecnico triennale.

La Fondazione è soggetta anche al controllo esterno della Corte dei Conti e della Commissione Parlamentare di controllo sugli enti gestori di forme di previdenza obbligatoria.

## La contribuzione al Fondo Speciale della medicina generale

*I medici di medicina generale, della Continuità Assistenziale e dell'Emergenza territoriale, in relazione all'Accordo Collettivo Nazionale del 20.01.2005, ed i Pediatri di libera scelta, in relazione all'ACN del 15.12.2005, contribuiscono al Fondo con una aliquota contributiva dal 01.01.2004 del **15%** di cui il 9,375% a carico dell'Azienda ed il 5,625% a carico del medico.*

*I medici transitati alla dipendenza in relazione al contratto di lavoro contribuiscono al Fondo con una aliquota contributiva del **32,35%** di cui il 23,80% a carico dell'Azienda e l'8,55% a carico del medico.*

*È previsto un contributo aggiuntivo a carico del medico dell'1% sulla quota di compenso superiore ad un tetto predeterminato (per il 2006 pari ad € 39.297,00).*

***Dal 1 gennaio 2008** la contribuzione per i medici di medicina generale, della Continuità Assistenziale e dell'Emergenza territoriale e passate al 16,5% di cui il 10,375% a carico dell'Azienda ed il 6,125% a carico del medico.*

Le aliquote contributive sono state così determinate nel tempo per il Fondo Medici di medicina generale suddivise rispettivamente a carico dell'Azienda, a carico del medico e in totale.

Dal 1° gennaio 1961	1%	-	0	=	1%
Dal 1° gennaio 1965	4%	-	2%	=	6%
Dal 1° gennaio 1970	10%	-	2%	=	12%
Dal 1° gennaio 1971	11,50%	-	2%	=	13,50%
Dal 1° gennaio 1982	13%	-	2%	=	15%
Dal 1° gennaio 1984	13%	-	7%	=	20%
Dal 1° gennaio 1995	8,125%	-	4,375%	=	12,50%
Dal 1° gennaio 1999	8,125%	-	4,875%	=	13%
Dal 1° gennaio 2004	9,375%	-	5,625%	=	15%
Dal 1° gennaio 2008	10,375%	-	6,125%	=	16,5%

N.B. Nell'accordo convenzionale del 1996, allo scopo di tener fuori dall'obbligo contributivo alla neo istituita Gestione separata INPS quella parte di retribuzione non sottoposta a prelievo previdenziale, si realizzò con decorrenza 1° gennaio 1995 il passaggio – sostanzialmente equivalente in termini di valore monetario dei contributi- dal pregresso 20% ordinariamente applicato solo su alcune voci del compenso al 12,50% su tutti i compensi percepiti.

**Le rispettive aliquote di rendimento assegnate sono:**

- 1,65% per gli anni dal 1961 al 1983
- 2,25% per gli anni dal 1984 al 1994
- 1,40% per gli anni dal 1995 al 1998
- 1,456% per gli anni dal 1999 al 2003
- 1,50% per gli anni dal 2004 in poi

È importante soffermarsi sul collegamento tra la fase contributiva e la definizione dell'entità della pensione.

L'importo della prestazione nei regolamenti dei Fondi dell'ENPAM viene calcolato con il **metodo retributivo reddituale**, che partendo dai contributi contabilizzati in cassa, per ogni anno di versamento ricostruisce il reddito relativo a quello stesso anno tramite l'aliquota di contribuzione vigente.

Dalla somma dei redditi annuali rivalutati all'anno precedente il pensionamento definisce la base pensionabile annua dividendoli per tutti gli anni di contribuzione e, per definire la pensione annua, applica alla base pensionabile, che è il reddito medio annuo rivalutato di tutta la vita professionale da cui sono originati i contributi versati, una aliquota percentuale di rendimento somma aritmetica delle aliquote percentuali annue di rendimento in vigore anno dopo anno.

<b>base pensionabile</b>	<b>x</b>	<b>aliquota % di rendimento</b>
(reddito medio annuo rivalutato)		( somma aliquote % annuali)

Questa modalità di calcolo della prestazione rende equo il metodo retributivo in quanto per calcolare la pensione si fa riferimento a tutta la storia contributiva del medico interessato, ricostruendo da quest'ultima la retribuzione media annua della sua vita professionale.

Ed è proprio dalla mancanza di equità del sistema retributivo adottato dalla previdenza pubblica generale, che usava la migliore retribuzione di un dato periodo di riferimento (l'ultimo anno, gli ultimi cinque, per esempio) per definire la pensione in godimento, che si è sostanziato uno dei principali punti della riforma degli anni '90, il passaggio al metodo contributivo, che prevede l'accumulazione dei contributi versati e rivalutati in un montante contributivo, e la definizione al momento del

pensionamento di un apposito coefficiente di trasformazione ( in sostanza una aliquota percentuale dell'intero monte contributivo) che definisce l'entità della prestazione annuale.

Appare evidente come in questo caso, rispetto alla situazione in ENPAM, si perda il vantaggio per il contribuente della definizione del rendimento dei suoi contributi al momento del loro versamento e non al momento del pensionamento.

Unico nel panorama della previdenza obbligatoria e volontaria, infatti l'ENPAM assegna al **momento dell'incasso** del contributo il corrispondente rendimento pensionistico valorizzandolo con la corrispondente aliquota di rendimento (*calibrata sulle ultime tabelle di sopravvivenza ISTAT a disposizione, anche se opportunamente corrette per le specificità dei medici iscritti*) e tutela con il **pro rata** le successive modifiche adottate in maniera che ogni variazione di aliquota di rendimento agisca solo dal momento della sua adozione sui contributi incassati da quel momento in poi.

All'atto della privatizzazione fu prevista per le Casse privatizzate la potestà di adottare il metodo contributivo per il calcolo delle pensioni, opzione adottata in seguito da alcune. L'ENPAM optò per mantenere il suo sistema retributivo, adottando per la stabilizzazione delle gestioni soltanto misure parametriche sul versante entrate od uscite.

### **Per quanto riguarda le prestazioni a fronte dell'obbligatoria iscrizione, l'E.N.P.A.M. eroga:**

- prestazioni di sola vecchiaia a carico del Fondo di Previdenza Generale;
- prestazioni di vecchiaia e di anzianità a carico dei Fondi Speciali;
- prestazioni di invalidità ed a superstiti;
- prestazioni assistenziali.

### **Requisiti di accesso alla pensione di vecchiaia nei Fondi Generale e Speciali:**

- ***65 anni di età + 5 anni di contribuzione effettiva, in costanza di iscrizione al Fondo,***

*oppure*

- ***15 anni di anzianità contributiva utile, in caso di cancellazione dall'Albo prima del 65° anno di età***

### **Requisiti di accesso alla pensione di anzianità nei Fondi Speciali:**

- ***35 anni di contributi e 58 anni di età + 30 anni di anzianità di laurea***

*oppure*

- ***40 anni di contributi + 30 anni di anzianità di laurea***

La **pensione di invalidità** è riconosciuta se in età inferiore a 65 anni sia accertata dalla Commissione medica provinciale la inabilità assoluta e permanente all'esercizio della professione.

La **pensione ai superstiti** è riconosciuta in caso di decesso dell'iscritto in costanza di contribuzione (**pensione indiretta**) o dell'iscritto già pensionato (**pensione di reversibilità**) ed è commisurata ad una quota di pensione di invalidità che sarebbe spettata al sanitario ove fosse divenuto totalmente e permanentemente invalido al momento del decesso, nelle seguenti misure:

al coniuge solo 70%

al coniuge + 1 figlio 60% + 20%

al coniuge + 2 figli 60% + 40%

*Sono considerati superstiti il coniuge e i figli infra 21enni o infra 26enni se studenti, in loro assenza, ascendenti e collaterali a carico.*

Requisiti indispensabili per usufruire dell'indennità per **invalidità temporanea** sono l'inabilità totale e temporanea all'esercizio dell'attività professionale in costanza del rapporto professionale con gli istituti del SSN ed un'età inferiore a 70 anni.

Decorre dal 31° giorno di insorgenza dello stato di inabilità e può essere liquidata per un periodo massimo continuativo di 24 mesi.

Dopo la ripresa dell'attività l'indennità spetta dopo un nuovo periodo di almeno 30 giorni.

In ogni caso non può comunque essere corrisposta per un periodo superiore a 24 mesi nell'arco degli ultimi 48.

I primi 30 giorni sono a carico delle assicurazioni stipulate con apposite convenzioni secondo quanto stabilito dagli accordi collettivi nazionali delle categorie interessate.

L'indennità giornaliera è pari ad 1/30 del 62,5% del compenso medio mensile, calcolato sulla base dei tre mesi precedenti quello di sospensione dell'attività.

### **Le parole chiave del sistema previdenziale. Solidarietà, sostenibilità, adeguatezza, equità intergenerazionale**

L'impegno primario della Fondazione va dunque correttamente interpretato come quello di **raccogliere contributi dalle generazioni attive trasferendo un reddito a quelle non più attive al minor costo contributivo ed accumulando nello stesso tempo sufficienti riserve a garanzia delle prestazioni future.**

Tutto nella misura massima sostenibile da un sistema che è composto da pensionati e dai lavoratori attivi, ma che deve tenere in debito conto l'interesse e la convenienza a partecipare dei futuri iscritti

Si ribadisce che tutti i sistemi previdenziali collettivi, da quello pubblico dopo la riforma del 1995 a quello privato dei Fondi pensione, definiscono l'entità della pensione

solo al momento del pensionamento del lavoratore, mentre solo in ENPAM la gestione si accolla completamente il rischio di definire il rendimento di ogni contributo sin dal momento del suo incasso, caricandosi di una obbligazione di prestazione verso l'iscritto il cui onere dovrà poi reperire sui mercati economici e finanziari mediante l'efficace investimento finanziario dei contributi.

Si può affermare che l'ENPAM nella sua funzione pubblica, obblighi gli iscritti ad un investimento fondiario, immobiliare e finanziario, a rendimento garantito.

L'entità delle contribuzioni, quella delle prestazioni e quella delle riserve patrimoniali va quindi attentamente commisurata alla sostenibilità del sistema nell'arco temporale minimo stabilito dalla legge, perseguendo quindi nell' **equivalenza attuariale** tra contributi e prestazioni l'**equità** e la **sostenibilità** del prelievo contributivo richiesto alle generazioni subentranti, nell'attenzione alla **convenienza economica** delle stesse ad aderire ad un sistema collettivo di **adeguata** valorizzazione del proprio reddito differito in una rete di tutela **solidale** del bisogno.

La vera questione per il futuro in un momento in cui l'aspettativa di vita è in costante aumento, sta nella **sostenibilità** della impostazione che prevede l'assegnazione della redditività del contributo già al momento del suo incasso da parte della Fondazione, con il meccanismo del pro rata che limita la portata di interventi di riequilibrio.

Il passaggio critico per la Fondazione in termini di sostenibilità non sta tanto nel definire l'aliquota contributiva, quanto nell'assegnare correttamente l'aliquota di rendimento corrispondente che poi definirà l'entità della pensione.

È appunto nella equilibrata e sostenibile valorizzazione assegnata ai contributi incassati che si sostanzia la difficoltà della proiezione attuariale che deve ben stimare sia il **rendimento atteso** dal contributo per tutto il periodo che va dall'incasso al pagamento della pensione che l'**aspettativa di vita residua** del pensionato e suoi superstiti.

Questo configura il concetto di un **debito previdenziale**, che trasferisce in capo alla Fondazione l'obbligo di onorare la prestazione definita già al momento dell'incasso del corrispondente contributo, mediante la sua capacità di investimento dello stesso sui mercati finanziari od immobiliari.

La corresponsività perseguita tra i contributi versati da ogni attivo e le corrispondenti prestazioni poi godute da pensionato, tecnicamente si traduce nei Regolamenti dell'ENPAM nell'equivalenza attuariale tra l'aliquota di contribuzione e l'aliquota di rendimento assegnata all'atto della riscossione del contributo.

Il **“fattore” longevità** legato al riscontro che ogni anno che passa aumenta di tre mesi l'aspettativa di vita media della popolazione italiana costituisce indubbiamente un potenziale elemento di squilibrio per la tenuta collettiva del sistema se ogni contribuente risulterà percepire la pensione più a lungo di quanto previsto statisticamente anni prima.

La corretta previsione della crescita incrementale dell'aspettativa di vita della



popolazione è diventato il vero problema montante per la tenuta dei sistemi previdenziali, al punto tale di sostanziare per la buona amministrazione delle gestioni un vero e proprio fattore di “rischio longevità” di tipo finanziario, economico e patrimoniale.

Eppure nonostante l’impegno a valorizzare subito, **“oggi per domani”**, i contributi incassati, i rendimenti a questi assegnati risultano oggi sensibilmente superiori a quelli delle altre gestioni.

Nel Fondo Generale “Quota A” in otto anni e mezzo si riprendono tutti i soldi versati, nel Fondo Generale “Quota B” in poco più di sette, nel Fondo della MG in dieci anni, i cd. transitati ce ne mettono undici e mezzo, gli specialisti ambulatoriali dieci e mezzo.

Se la vita media residua al 65° anno, desunta dalle tavole di mortalità della popolazione italiana (fonte ISTAT) sono per gli uomini 16,16 anni e per le donne 20, 21 anni (aumentata a 17,8 per i maschi e 21,5 per le femmine secondo il recente VI° rapporto “Osservasalute” del 2008) chi pagherà la evidente differenza tra la copertura tecnica e l’effettivo esborso?

#### **La risposta è o la futura generazione o la redditività del Patrimonio.**

E se si vuole correttamente escludere carichi impropri alla futura generazione di contribuenti, appare assolutamente necessario portare il Patrimonio accumulato alla sua massima redditività.

Purtroppo come Cassa privatizzata che non prevede l’intervento dello Stato con il ricorso all’imposizione fiscale in caso di dissesto, subiamo una indebita tassazione del Patrimonio - per Legge a garanzia del diritto alle pensioni- alla stessa stregua di quella cui è sottoposto il patrimonio di una impresa speculativa, con la beffa in aggiunta di non poter utilizzare le detrazioni di legge in tema di IVA per essa previste.

Le gestioni previdenziali in Europa non subiscono questo trattamento, i Fondi pensione, strumenti previdenziali di II° pilastro, di rango giuridico inferiore quindi, sono sottoposti ad una minore tassazione patrimoniale.

Per elementare principio di reciprocità, riteniamo che chi non possa usufruire di trasferimenti di risorse pubbliche in caso di dissesto non debba contribuire al bilancio dello Stato con una imposizione fiscale impropriamente perequativa sulla capitalizzazione collettiva dei contributi, atteso che poi ogni pensionato contribuirà con la sua pensione alle casse dello Stato attraverso l’applicazione delle normali aliquote progressive fiscali.

In nome della sostenibilità, si promulgano norme sempre più rigorose di equilibri prospettici che ci impongono di accumulare sempre più patrimonio a garanzia del pagamento delle pensioni per i futuri pensionati, ma poi tale patrimonio viene sottoposto a tassazione non considerandolo una capitalizzazione a garanzia del diritto costituzionale alla previdenza, indisponibile a logiche redistributive perché finalizzato alla solidarietà di una categoria di professionisti che quando privatizzata si è fatta carico di un debito previdenziale pregresso, ha triplicato il suo patrimonio, ha messo in equilibrio le sue gestioni ed eroga pensioni ed assistenza dignitose.

Il Fondo della medicina generale risulta il Fondo più consistente gestito dalla Fondazione.

Da esso origina il 50% dei contributi incassati e si genera il 60% della spesa per pensioni, per ogni pensionato ci sono quasi tre contribuenti attivi, il flusso dei contributi è superiore del 50% all'esborso per pensioni ingenerando un saldo attivo di quasi trecento milioni di euro all'anno, negli ultimi dieci anni si sono pensionati quasi settemila contribuenti, la maggior parte a settanta anni di età.

Il tasso di sostituzione, il rapporto cioè tra prima pensione ed ultimo stipendio per un medico di medicina generale con 35 anni di contribuzione è superiore al 50% del suo reddito medio totale, che è però comprensivo dei costi di gestione professionale, non più esistenti all'atto del pensionamento.

La proiezione futura del Fondo suscita qualche dovuta preoccupazione perché raggiungerà l'età pensionabile la fascia di età dei nati negli anni cinquanta che è la più numerosa, costituendo la famigerata "gobba previdenziale" del Fondo.

Dal 2015 al 2025 quarantamila dei settantamila iscritti si pensioneranno, verranno rimpiazzati da altrettanti nuovi convenzionati ma il rapporto attivi pensionati si modificherà verosimilmente dall'attuale 7:2,5 a 7:5 circa, aumentando notevolmente gli esborsi per pensioni.

A questo problema fisiologico si aggiunge il recente obbligo derivante dalla Finanziaria 2007 e successivo Decreto interministeriale di prevedere un equilibrio di almeno trenta anni, dagli originari quindici della privatizzazione, senza nel contempo contemperare un adeguato periodo di transizione a cui si aggiunge quello di redigere i bilanci tecnici secondo criteri che non tengono in conto le specificità demografiche, gestionali ed economico-finanziarie della popolazione della Cassa e ancorano al tasso di interesse del debito pubblico il tasso di redditività del Patrimonio da portare a bilancio.

A ciò si aggiunga la dichiarata impostazione dei Ministeri vigilanti di non contabilizzare il Patrimonio nel computare l'equilibrio dei Fondi, ma solo la sua summenzionata redditività imposta.

Se esaminiamo alla luce dell'ultimo bilancio tecnico disponibile al 31 dicembre 2006 la situazione del Fondo della medicina generale vediamo che il saldo totale tra entrate per contributi e proventi e le uscite per prestazioni e costi più oneri, si negativizza dopo quindici anni nel 2021 (rispettando l'originaria missione di quindici anni assegnata al momento della privatizzazione del 1994).

Da quel momento si comincia ad erodere la quota parte di patrimonio riferita al Fondo che si consuma totalmente in nove anni nel 2030.

Quindi pur computando la redditività del patrimonio con i criteri restrittivi assegnati dal decreto interministeriale, e contabilizzando i cespiti al costo storico, l'equilibrio risulta essere di ventiquattro anni.

Appare evidente quindi come sia importante contabilizzare il patrimonio come parte integrante del differimento previdenziale dei contribuenti, perché è senz'altro molto differente approntare una serie di interventi, rispettando il pro rata, per

portare un equilibrio da ventiquattro a trenta anni invece che farlo da quindici a trenta.

In ogni caso sarà inevitabile aumentare i contributi, riducendo la redditività loro assegnata allo scopo di contenere le prestazioni.

Questo intervento sulla sostenibilità del Fondo automaticamente apre il problema dell'adeguatezza delle prestazioni.

## L'integrazione previdenziale

Se facciamo riferimento all'adeguatezza delle pensioni attualmente erogate dalla Fondazione ENPAM, **l'importo medio delle 82.000 pensioni** è di circa **dodicimila euro all'anno**, dato che se corretto tramite il **Casellario delle Pensioni** che contabilizza tutte le pensioni in erogazione per ogni pensionato, porta la pensione media a quasi **quarantamila euro l'anno**.

La pensione media erogata ad un medico di medicina generale dal suo Fondo è di **duemilasettecento euro lorde al mese**, con la correzione del Casellario si arriva a **quattromila euro mensili**.

Questi dati vanno correlati alla esigua contribuzione oggi in atto sui compensi percepiti dai Medici di medicina generale, specie se confrontata con quella dei colleghi dipendenti che versano un terzo dei loro compensi in previdenza, a cui non potrà corrispondere una pensione sostanziosa.

Condizione per cui va promossa e diffusa prima possibile la cultura della **integrazione** previdenziale tempestiva, che veda un aumento dell'accantonamento previdenziale del reddito utilizzando tutti gli strumenti messi a disposizione da regolamenti moderni ed attenti alle esigenze dei propri iscritti, sia in campo di estensione della contribuzione obbligatoria con la flessibilità contributiva che usufruendo della possibilità data dai vari tipi di riscatto previsti dai Fondi.

L'istituto del riscatto è un modo **volontario** e **totalmente deducibile** dall'imponibile fiscale per aumentarsi la pensione.

I **riscatti nel Fondo Medicina generale** possibili sono:

- laurea e specializzazione: 6 anni del corso di laurea + corso di formazione in medicina generale + corso di specializzazione per i soli pediatri di libera scelta
- servizio militare o servizio civile obbligatorio
- periodo di attività precontributiva prestati per conto di enti ex mutualistici per i quali non vi è stato versamento contributivo-> è in via di esaurimento
- periodi oggetto di restituzione contributiva
- periodi di sospensione totale dell'attività per maternità, malattia, aggiornamento all'estero ecc..
- allineamento contributivo alla media degli ultimi 36 mesi coperti da contribuzione

Il **riscatto di allineamento** nel Fondo dei medici di medicina generale permette di allineare alla **media degli importi accreditati negli ultimi 36 mesi** di contribuzione effettiva, i contributi versati in anni precedenti.

In pratica è uno strumento **volontario** totalmente **deducibile** fiscalmente per integrare la propria pensione, dato che produce un aumento della retribuzione media della intera vita di contribuente al Fondo, e di conseguenza un trattamento pensionistico di importo più elevato.

A differenza del riscatto degli anni di laurea, **non permette di accedere prima al pensionamento** per anzianità contributiva, ma agisce solo per **l'incremento dell'importo della pensione**.

### L'assistenza alla fragilità

**L'ASSISTENZA** è un compito istituzionale della Fondazione ENPAM.

Il regolamento del Fondo Generale prevede che sia destinata ad Assistenza fino al 5% di quanto erogato in Previdenza.

In realtà con l'attuale assetto assistenziale - ultimi bilanci consuntivi alla mano - non si è mai raggiunto tale tetto.

Le prestazioni assistenziali vengono erogate dal Fondo Generale "Quota A" agli iscritti, ai pensionati e ai loro superstiti in condizioni economiche disagiate, o colpiti da infortunio, malattia o da eventi di particolare gravità e che versano in precarie condizioni economiche.

Il reddito complessivo per poter usufruire delle prestazioni assistenziali non deve essere superiore a 6 volte il minimo INPS (per il 2008 € 34.597,68) aumentabile di un sesto per ogni componente il nucleo familiare, escluso il richiedente.

Le prestazioni assistenziali straordinarie riguardano:

- spese per interventi chirurgici;
- cure sanitarie o fisioterapiche non a carico del S.S.N.;
- spese di assistenza a anziani, malati non autosufficienti, portatori di handicap;
- difficoltà contingenti del nucleo familiare, sopravvenute entro i dodici mesi successivi alla malattia o al decesso dell'iscritto;
- spese funerarie;
- spese straordinarie per eventi imprevisti.

La misura della prestazione non può essere di norma superiore a 7.350 euro indicizzati e possono essere concesse non più di due volte ogni anno solare.

Qualora il reddito complessivo del nucleo familiare sia inferiore a dodicimiladuecento euro possono essere erogati al massimo altri 5.250 euro indicizzati all'anno.

Sono inoltre previsti sussidi assistenziali nei seguenti casi:

- ad orfani per fini scolastici;
- ospitalità in case di riposo;
- assistenza domiciliare;
- calamità naturali per le quali si prevede:
  - a) una prestazione “una tantum” di importo massimo pari a € 15.750 indicizzati;
  - b) il concorso nel pagamento degli oneri per interessi su mutui, ricostruzione o riparazione della casa o dello studio professionale nella misura del 75% degli oneri stessi, con un limite annuo di € 8.400 indicizzati e per un periodo non superiore a 5 anni.

Sono previste prestazioni assistenziali aggiuntive all'iscritto ed ai suoi superstiti nel Fondo Generale “Quota B”.

Vengono erogate a quei medici ed odontoiatri, che abbiano contribuito al Quota B per almeno un anno nel triennio anteriore alla presentazione della domanda, ai pensionati e ai loro superstiti.

Il reddito complessivo di qualsiasi natura non deve essere superiore a sei volte il minimo INPS (per il 2008 € 34.597,68 ), aumentabile di un sesto per ogni componente il nucleo familiare, escluso il richiedente. La domanda deve pervenire tramite Ordine provinciale.

Si dividono in:

#### *PRESTAZIONI ASSISTENZIALI PER INVALIDITÀ TEMPORANEA*

Sono sottoposti a tutela le malattie e gli infortuni che determinino la temporanea e totale inabilità all'esercizio dell'attività professionale, con conseguente sospensione dell'attività stessa, per periodi precedenti l'età prevista per il pensionamento di vecchiaia.

La prestazione è erogata a partire dal 61° giorno dall'insorgenza dell'inabilità e non può essere corrisposta per un periodo continuativo superiore a 24 mesi, ovvero per un periodo anche non continuativo superiore a 24 mesi nell'arco degli ultimi 36 mesi.

In sede di prima applicazione l'importo della prestazione è stabilito in € 2.205 mensili indicizzati. La domanda deve essere presentata di norma non prima di 90 giorni dall'insorgenza dell'evento e, comunque, non oltre 30 giorni dalla cessazione dello stato di inabilità.

#### *PRESTAZIONI ASSISTENZIALI STRAORDINARIE NEI CASI DI INVALIDITÀ E PREMORIENZA*

Tali prestazioni, di importo non superiore ad € 4.200 annui indicizzati, sono erogate a favore dei pensionati del Fondo della libera professione che siano titolari del trattamento per invalidità assoluta e permanente.

### *SUSSIDI ASSISTENZIALI AGGIUNTIVI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE*

Ai pensionati del Fondo, al coniuge convivente ovvero al coniuge superstite può essere concessa, su domanda motivata, una maggiorazione pari al 50% dell'importo già erogato a tale titolo dalla "Quota A" del Fondo medesimo.

### *INTERVENTI AGGIUNTIVI PER CALAMITÀ NATURALI*

Agli iscritti, ai pensionati e ai loro superstiti residenti in comuni interessati da calamità naturali, i quali abbiano riportato danni ai beni mobili e immobili viene concessa, in aggiunta all'indennità già erogata dalla "Quota A" del Fondo, una prestazione straordinaria "una tantum" per un importo pari al 30% della medesima.

La domanda deve essere presentata entro e non oltre un anno dal Decreto del Presidente della Repubblica che ha dichiarato lo stato di emergenza.

## **Il patrimonio come garanzia delle pensioni e sue modalità di investimento**

Una futura generazione che guadagni di più e prima possibile è indubbiamente interesse primario degli attuali iscritti attivi e pensionati della Fondazione dato che nella continuità del patto generazionale sarà questa a mantenerli con i contributi del proprio lavoro.

Per il Patrimonio appare intuitiva l'esigenza di farlo fruttare al meglio, probabilmente meno focalizzata e condivisa è quest'altra fondamentale esigenza a garanzia della sostenibilità nel tempo del sistema previdenziale comune.

Facilitando l'avvio professionale dei giovani, riducendogli gli impegni economici gravosi e per questo anche condizionanti professionalmente, permettendogli di investire nella propria professionalità con una certa tranquillità economica non gravata da contingenze finanziarie pressanti, tutti gli iscritti all'ENPAM - attivi, pensionati e superstiti - si sentirebbero più garantiti dal rischio di crisi del sistema viste le attuali proiezioni di costante aumento delle aspettative di vita e di ritardato ingresso professionale.

Nel nostro sistema che si basa su una gestione finanziaria prevalentemente a ripartizione, il patto tra generazioni è una priorità che va curata, tutelata e difesa con politiche lungimiranti.

L'invecchiamento generale della popolazione sicuramente produrrà un maggior uso e consumo di tutto quello che è collegabile alla sanità: appare vitale che ogni prestazione sanitaria produca contributi previdenziali, per cui, oltre al fondamentale mantenimento dell'obbligo contributivo per tutti gli iscritti agli Ordini, una particolare attenzione va posta all'abusivismo, all'evasione, alle deviazioni sul sociale ed alle forme di esercizio professionale che eludano la contribuzione individuale.

In conclusione, lo scenario virtuoso definito da parole chiave come solidarietà, adeguatezza, sostenibilità ed equità non è fondato su automatismi contabili, messi in

atto in modo paternalistico, ma sull'autonomo percorso di ogni iscritto fatto di consapevolezza delle proprie esigenze e di conoscenza specifica.

La problematica futura della previdenza medica appare quella di coniugare un'equa solidarietà tra generazioni subentranti con la garanzia della sostenibilità futura delle gestioni e con la sufficiente adeguatezza delle singole prestazioni, provvedendo a costruire efficacemente consapevolezza dei bisogni e competenza per scelte tempestive.

Per ottenere tutto ciò appare necessario chiarire i termini del controllo di garanzia esercitato dallo Stato, che non debbono orientarsi alla redistribuzione sociale del patrimonio accumulato a garanzia delle prestazioni in quanto finalizzato alla solidarietà di una categoria autonoma.

L'obiettivo prioritario ed istituzionale della Fondazione, e quindi l'impegno morale di tutte le associazioni professionali e sindacali che ad essa fanno riferimento, è quello di garantire a tutti i contribuenti attivi e futuri dell'ENPAM la massima pensione possibile, purché sostenibile dall'autonomo equilibrio attuariale di ognuno dei Fondi che la compongono, senza compensazioni tra gli stessi.

In tal scenario il Patrimonio della Fondazione oltre che mantenere la sua funzione obbligatoria di riserva legale per il mantenimento dell'equilibrio delle gestioni previdenziali, potrebbe costituire anche una risorsa per lo sviluppo della medicina generale sul territorio, se gli investimenti sempre finalizzati a perseguire la massima redditività potessero essere nel contempo indirizzati, con tutte le opportune garanzie a tutela del rischio di insolvenza, alla promozione professionale della categoria che maggiormente contribuisce all'ENPAM e che in questo caso va vista come una potenziale fonte di guadagno dato che per esercitare la professione investe e consuma risorse ed è notoriamente appetita dai promotori finanziari.

L'ENPAM può a pieno diritto perseguire la massima redditività del suo Patrimonio partecipando a questo potenziale mercato tanto più che ha la garanzia di un rapporto continuativo per tutta la vita con l'iscritto.

Un progetto che preveda un investimento mobiliare su componenti strutturali ed organizzative della professione medica potrebbe ottenere il duplice obiettivo di assicurare alla Fondazione un duraturo e affidabile introito finanziario e nello stesso tempo di sostenere al meglio l'attività lavorativa dei contribuenti e di conseguenza i loro flussi contributivi, in previsione del progressivo invecchiamento della popolazione e del conseguente maggior ricorso alla sanità.

La stessa programmazione ed amministrazione sanitaria dovrebbe avere il massimo interesse a supportare tale iniziativa finalizzata allo sviluppo della medicina del territorio nella sua dimensione strutturale (studi idonei) o organizzativa (strumenti professionali).

Vista dalla parte dei medici potenzialmente interessati appare attrattiva la possibilità, alle condizioni di mercato, di ottenere da parte del proprio Ente di previdenza un sostegno alla propria attività professionale, consistente in fattori produttivi confacenti alle proprie esigenze e specifiche professionali nella consapevolezza che i

ricavi dell'Ente contribuiranno poi a sostenere in fondo la propria aspettativa di una adeguata pensione.

A parità di condizioni, ogni iscritto dovrebbe razionalmente essere ben disposto a far sì che il giusto margine di guadagno vada ad incrementare il Patrimonio del suo Ente, in definitiva garantendolo maggiormente in proiezione previdenziale.

## **Il patto generazionale: la futura generazione di contribuenti ed i pensionati**

Scorrendo i titoli dei sempre più numerosi convegni dedicati alla Previdenza medica italiana, il collegamento tra l'oggi ed il domani è forse il tema più ricorrente.

E quando appunto si parla della problematica previdenziale proiettata al futuro, spesso si ribadisce che i giovani iniziano tardi a versare contributi e versano poco per troppo tempo, trascurando le integrazioni possibili - non tante per la verità - per scarsa conoscenza della specifica materia, causa le lacune del percorso formativo universitario e post universitario.

Inoltre all'inizio della professione le sostituzioni dei colleghi più anziani non prevedono versamenti in previdenza, i Regolamenti ENPAM di fatto aiutano solo i già inseriti, la previdenza complementare non riesce a decollare perché non "fa presa" sull'attenzione dei giovani medici impegnati nei più pressanti problemi dell'inserimento lavorativo.

Si rischia la frattura generazionale, viene affermato, con annessa interruzione della catena della solidarietà per il conseguente rifiuto alla contribuzione obbligatoria, vera chiave di tenuta del sistema.

I futuri contribuenti al Fondo faticeranno a costruirsi una pensione adeguata, l'Università non li aiuta a costruirsi una cultura previdenziale specifica, l'area sanitaria si allarga sempre più a nuove figure professionali non mediche che andranno ad erodere la specifica contribuzione derivante dalle attività collegate al crescente consumo di sanità.

D'altro canto gli attuali contribuenti attivi contribuiscono con i loro versamenti alla copertura tecnica di prestazioni erogate ad una parte della generazione che li ha preceduti in maniera eccessivamente generosa, originatesi legittimamente da regolamenti in vigore all'epoca frutto di una impostazione meno solidale di adesso.

I pensionati per contro lamentano l'erosione progressiva del potere d'acquisto delle pensioni, la scarsa loro indicizzazione e il trattamento fiscale poco favorevole.

In Germania per esempio, i contribuenti attivi non sono agevolati fiscalmente con la deducibilità fiscale - hanno spalle larghe per alzarsi prima al mattino a guadagnare di più! - ma quando da pensionati hanno spalle curve non pagano tasse sulle loro sudate pensioni.

Il passaggio all'euro ha fatto il resto: prima cinque milioni di lire al mese erano considerati una discreta pensione, ora con gli attuali scenari inflazionistici di instabi-



lità diffusa, l'equivalente in euro ingenera una doverosa preoccupazione, specie se la sua rivalutazione è riferita all'indice ISTAT.

La Ri-Fondazione permetterebbe ai medici ora impegnati nella continuità assistenziale di guadagnare di più e con certezza da subito, dato che partecipando ad una Unità di medicina generale così come delineata dal progetto sarebbero subito titolari di un reddito professionale equivalente alle attuali 38 ore settimanali con corrispondente congruo versamento previdenziale; dal tal punto di vista quindi questo passaggio professionale assume anche la valenza di fattore proattivo di sostenibilità generazionale.

A proposito di questa riedificazione epocale della medicina generale è determinante precisare che quale che sia la ristrutturazione del compenso, i cambiamenti derivanti non influenzeranno la contribuzione ENPAM, che resterà come ora applicata alla globalità delle voci del compenso stesso.

Dovrà essere sempre prevista negli Accordi Convenzionali specifici la dicitura che da tutti i compensi previsti vada riversata all'ENPAM una contribuzione previdenziale percentuale, al fine di evitare sottrazioni di contributi previdenziali nelle diramazioni periferiche decentrate degli stessi o nell'esercizio di forme associative.

La flessibilità contributiva prevista dal nuovo Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale, che permette l'aumento volontario, e modificabile annualmente, della propria contribuzione fino ad un massimo di cinque punti percentuali, consentirà di adattare la pensione alle proprie esigenze se in certi periodi, vedi la maternità etc., si fossero registrate riduzioni contributive.

Riuscire finalmente a far abolire l'inequiva tassazione sul patrimonio della Fondazione permetterebbe di indicizzare tutte le pensioni erogate al 100% dell'indice ISTAT.

Un problema va invece messo all'attenzione, e quanto è recentemente accaduto con gli eventi legati al terremoto di L'Aquila lo fa risaltare pesantemente, ed è l'esigenza di una maggior attenzione alle fragilità professionali del lavoro di medico o di odontoiatra, specie se esercitato come libero professionista puro o dove l'esistenza di un "terzo pagante" sia sostanziata da una valenza giuridica labile con conseguente caducità della tenuta della possibilità di guadagno perché collegata semplicemente alla numerosità della platea di assistiti, come avviene per il medico di famiglia.

Sia la Convenzione che la previdenza debbano trovare nuove garanzie al di fuori dell'assistenza, ad esempio prevedere negli Accordi Collettivi Nazionali il finanziamento di polizze assicurative che prevedano la tutela dei gradi parziali di inabilità permanente per infortuni o malattie e il risarcimento della perdita procurata della capacità di guadagno, sia la definizione di una quota di retribuzione indipendente dalla platea di assistiti.

Se pensiamo agli eventi legati al terremoto, e in genere alle emergenze catastrofiche, tutele di questo tipo ristorano perdite permanenti dell'integrità fisica necessaria per esercitare la specifica professione e la inevitabile diminuzione definitiva di assistiti legata a riduzioni della popolazione locale.

Tramite l'ENPAM ed usando sempre l'approccio assicurativo della copertura del rischio, si potranno affrontare le fragilità emergenti della vita di cui la più grave è senz'altro la perdita della propria autonomia a qualsiasi età accada.

Il prestito d'onore potrebbe essere uno strumento di aiuto a medici in difficoltà effettive, il finanziamento etico potrebbe garantire le risorse immediate necessarie alla ricostruzione di strutture professionali, come è stato deliberato dal Consiglio di amministrazione dell'ENPAM per la ricostruzione dell'ospedale de L'Aquila.

### **Scegliere bene, nove volte su dieci significa saper scegliere in tempo**

Questa frase di Theodore Roosevelt penso si adatti bene al medico di medicina generale per un approccio efficace alla corretta gestione della propria questione previdenziale.

Perché quando sarebbe conveniente scegliere, generalmente succede che non si abbia il tempo né la sensibilità adeguata alla questione, mentre quando tale sensibilità si matura e si entra nell'ordine di idee di affrontare il problema, ci si trova spesso in ritardo per una scelta conveniente.

Per questo motivo è necessaria una vera mobilitazione culturale e professionale per supportare la crescita della competenza previdenziale di tutti i medici e di quelli di medicina generale in particolare, al fine di diffondere l'attitudine ad una valutazione tempestiva ed appropriata delle proprie esigenze previdenziali per poter per tempo intervenire con scelte efficaci e previdenti.

Ma scegliere bene significa anche fare per tempo scelte strategiche e responsabili, talvolta anche impopolari, da parte di chi rappresenta e governa i sistemi deputati a garantire in campo previdenziale una accettabile tranquillità nel periodo post lavorativo.

### **Riferimenti bibliografici**

*Oliveti A. La previdenza del Medico e dell'Odontoiatra*, C.G.Edizioni Medico Scientifiche.

Fondazione Enpam. *Enpam, perché?. Dizionario previdenziale per la professione medica* a cura di Marco Perelli Ercolini e Alberto Oliveti, Collana Universalialia Enpam.

*La previdenza della Fondazione ENPAM*. Dipartimento Previdenza Fondazione Enpam.

*Bilancio consuntivo Enpam 2008*.

*Bilancio preventivo Enpam 2009*.



## capitolo 12

---

### *Le forme integrative di assistenza sanitaria e sociosanitaria in Italia: evoluzioni e prospettive*



## 12. Le forme integrative di assistenza sanitaria e socio-sanitaria in Italia: evoluzioni e prospettive

**Luca Del Vecchio, Guido Riva**

### **Dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978 ai decreti legislativi 502/92 e 517/93**

L'evoluzione storica della legislazione sulla sanità integrativa del nostro Paese riflette le difficoltà di una visione strategica sul tema. Il quadro di riferimento che nel corso degli anni si è andato consolidando è stato conseguentemente ondivago e frutto di compromessi.

Per capire le ragioni di quanto accaduto, non si ritiene sufficiente analizzare unicamente la legislazione del settore. Sembra più opportuno esaminare la sanità integrativa nell'ambito di una visione più complessiva delle scelte che, nel corso degli anni, sono state compiute relativamente al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), inteso come sistema pubblico integrato fra funzione di programmazione/acquisto e funzione di erogazione delle prestazioni, solidaristico dal punto di vista del finanziamento, universalistico in termini di accesso alle cure e, almeno formalmente, completo ed esaustivo come prestazioni "garantite".

Ebbene, ogni qual volta nel nostro Paese sono state compiute scelte in materia di sanità integrativa, il dato comune che sembra emergere riguarda proprio l'approccio al problema. L'interrogativo è stato "come si deve porre il nuovo sistema integrativo nei confronti del SSN?" e non invece "quali caratteristiche deve avere tale sistema integrativo per massimizzare i benefici per i cittadini?", come forse sarebbe stato più corretto chiedersi.

Una tappa certamente fondamentale è stata quella del D.lgs 502 del 1992.

Il decreto legislativo 502, all'articolo 9, introduce per la prima volta il concetto di "*forme differenziate di assistenza*".

Ferma restando la garanzia nazionale dei LEA, il decreto 502 stabilisce che le regioni possono prevedere forme differenziate di assistenza, atte ad assicurare libertà e qualità ai cittadini nella fruizione delle prestazioni.

Inoltre, lo stesso decreto afferma che, con decreto dei Ministri della sanità, del tesoro e delle finanze, relativamente al triennio di sperimentazione di dette innovazioni (va infatti ricordato che, oltre alle forme differenziate di assistenza, il 502 introduce anche le sperimentazioni nella gestione dei servizi), vengano definite le quote di

risorse destinabili per la gestione delle forme differenziate, pur tenendo conto dei principi di solidarietà propri del SSN ed avendo riguardo all'obiettivo di garantire risultati di economicità.

Il comma 3 dell'articolo 9 del decreto contiene le principali innovazioni.

Esso afferma che le forme differenziate possono consistere:

- nel concorso alla spesa sostenuta dall'interessato per la fruizione della prestazione a pagamento;
- nell'affidamento a soggetti singoli o collettivi (comprese le mutue volontarie) della facoltà di negoziare con gli erogatori delle prestazioni del SSN, per conto dei rispettivi aderenti, stabilendo modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali.

Sul piano finanziario, il legislatore conferma integralmente il finanziamento del SSN, garantito dalla solidarietà generale, sufficiente ad una piena fruizione dei LEA e prevede la possibilità di individuare quote di risorse riservate per le forme differenziate.

L'adesione dell'assistito alle forme differenziate determina la rinuncia da parte dell'interessato stesso alla fruizione delle corrispondenti prestazioni in forma diretta ed ordinaria.

Per il SSN le innovazioni contenute nell'articolo 9 del decreto, appaiono vere e proprie rivoluzioni concettuali.

L'impostazione che sembra scaturire dal 502 appare quella di un nuovo sistema di assistenza in cui alcuni soggetti/enti, organizzati in base a categorie predeterminate, possono di fatto garantire alle proprie collettività di riferimento "quote" di assistenza sanitaria in modo differenziato rispetto all'assistenza sanitaria garantita secondo le regole "standard" ai cittadini, finanziate in parte con le risorse pubbliche.

Tali disposizioni sembrano così poter determinare le condizioni per una fuoriuscita, pur parziale, dall'assicurazione sanitaria pubblica di alcune collettività fermi restando gli obblighi di contribuzione alla solidarietà generale.

Perché il 502 fece una scelta così radicale rispetto all'assetto tradizionale del SSN?

Una risposta sembra essere che, alla base della scelta di introdurre tali forme differenziate, vi siano sostanzialmente esigenze di carattere finanziario.

Appare infatti chiaro per la prima volta, già all'inizio degli anni novanta, il problema della sostenibilità economica di una sanità pubblica che giuridicamente prevede di dare tutto a tutti, sostanzialmente gratis, e che è caratterizzata "costituzionalmente" da meccanismi di "deresponsabilizzazione" politica (e conseguentemente gestionale), in quanto la gestione è affidata alle regioni, ma con risorse individuate nella fiscalità generale ed a loro trasferite dallo Stato.

La soluzione ipotizzata dal decreto 502 pare, in buona sostanza, quella di rompere il monopolio pubblico sia dal lato dell'erogazione delle prestazioni, mediante l'istituto dell'accreditamento, sia nella stessa gestione delle risorse destinate alla copertura assicurativa obbligatoria, creando un meccanismo concorrenziale anche dal



lato assicurativo e consentendo a più soggetti qualificati di gestire quote di risorse pubbliche (cui potevano aggiungersi risorse private?) con l'obiettivo di perseguire maggior efficienza nella spesa soprattutto mediante l'ottimizzazione del rapporto negoziale con gli erogatori.

Quanto affermato dal 502 è presto considerato come un cuneo in grado di indebolire la sanità pubblica: la possibilità, anche teorica, che gruppi della popolazione possano "assicurarsi", anche solo parzialmente, mediante forme esterne al SSN, rischia di indebolire i complessivi meccanismi di solidarietà nazionale nel finanziamento della sanità pubblica, pur prevedendo, il 502, la conferma di un quadro generale di garanzia finanziaria per il SSN.

Non appare accettabile qualsiasi soluzione che, dal punto di vista dei diritti, ponga le persone su piani diversi per quanto concerne la tutela della salute, creando le premesse per la costruzione nel tempo di "n" classi di cittadini con diritti sanitari potenzialmente differenti fra loro.

L'articolo 9 della Legge 833/78 fu modificato nel decreto legislativo n. 517/93, prevedendo l'istituzione di fondi integrativi sanitari "finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale", per i quali si specificarono le fonti istitutive e cioè i contratti e accordi collettivi, gli accordi tra lavoratori autonomi o liberi professionisti ed infine, i regolamenti di enti, aziende, enti locali, associazioni senza fini di lucro o società di mutuo soccorso, giuridicamente riconosciute. A queste ultime, analogamente alle imprese assicuratrici, era riconosciuta la possibilità di gestire fondi integrativi sanitari. Inoltre, "le società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute che gestiscono unicamente fondi integrativi sanitari vengono equiparate ai fondi sanitari". Nell'articolo, infine, si stabilisce che con apposito regolamento da emanare su proposta del Ministero della sanità, dovevano essere disciplinate: "le modalità di costituzione dei fondi integrativi, la composizione degli organi di amministrazione e controllo, le forme di contribuzione, le modalità di vigilanza del Ministero della sanità, le modalità di scioglimento". Il regolamento predisposto dal Ministro della sanità pro tempore Elio Guzzanti, di concerto con quello del lavoro e della previdenza sociale alla fine dell'anno 1995, era stato articolato in 9 articoli ed aveva, tra gli obiettivi, quello di consentire un censimento delle diverse forme integrative di assistenza sanitaria presenti ed operanti in Italia. La commissione governativa Onofri per l'analisi delle compatibilità macro economiche della spesa sociale, nel documento dal titolo "Questioni aperte nel sistema sanitario italiano e linee di intervento" (a cura di Stefano Zamagni), si era così espressa sulla proposta di regolamento "la bozza aveva ottenuto parere favorevole del Consiglio di Stato, con alcune correzioni e prevedeva l'introduzione di un *sistema di controlli* con l'obiettivo di accertare l'equilibrio gestionale delle mutue. Si stabiliva, inoltre il divieto di realizzare nuove strutture sanitarie, per non dilatare l'offerta, incentivando invece le mutue integrative a concorrere per rendere più efficienti e produttive le strutture sanitarie sottoutilizzate. Casse e fondi avrebbero avuto comunque tre anni di tempo per adeguarsi alle regole previste dal regolamento, che, doveva essere deliberato dal Consiglio dei ministri nella forma di

decreto del Presidente della repubblica, e registrato dalla Corte dei Conti, per farlo entrare in vigore entro il mese di febbraio 1996, ma le successive elezioni ne hanno bloccato l'approvazione definitiva.”

### **La riforma realizzata con i decreti legislativi 229/99 e 41/2000**

Le profonde innovazioni del 1992 vengono così corrette nel giro di un solo anno e la scelta d'integratività, basata su una rigida separazione fra prestazioni erogabili dal SSN e dai fondi sanitari, determina in larga misura l'assetto del settore fino ai giorni nostri, pur se alla fine degli anni novanta viene realizzata un'ulteriore, importante riforma del SSN, con il decreto legislativo n. 229 del 1999, all'interno della quale sono previste nuove norme riguardanti il settore della sanità integrativa.

La revisione dei fondi integrativi compiuta con il decreto 229 conferma l'impostazione di fondo stabilita dal decreto 517 ed introduce alcune rilevanti innovazioni che contribuiscono a definire la normativa in termini di maggior dettaglio rispetto alla riforma del 1993.

In particolare viene previsto che:

- i fondi integrativi del SSN possono unicamente potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei LEA, aggiuntive e comunque integrate con essi. Fra le prestazioni considerate aggiuntive sono incluse le prestazioni di medicina non convenzionale, erogate anche da strutture non accreditate, le cure termali per le sole prestazioni non a carico del SSN e l'assistenza odontoiatrica, anch'essa per le prestazioni non a carico del SSN;
- detti fondi non possono adottare politiche di selezione del rischio;
- le prestazioni fornite dai fondi integrativi del SSN devono essere erogate unicamente da strutture e professionisti accreditati;
- possono essere fornite prestazioni comprese nei LEA ed erogate dal SSN, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di intramoenia e per la fruizione dei servizi alberghieri;
- possono essere erogate le prestazioni sociosanitarie presso strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito;
- vengono significativamente estese le fonti istitutive dei fondi prevedendo la possibilità di istituire fondi sanitari integrativi mediante atti assunti da soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicito divieto di adozione di strategie e comportamenti di selezione del rischio o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti;
- si regola l'eventuale affidamento in gestione dei fondi a soggetti pubblici o privati, operanti nel settore sociosanitario da almeno 5 anni, ovvero a regioni ed enti locali;

- si rinvia ad un regolamento per la definizione delle modalità di costituzione e scioglimento, della composizione degli organi di amministrazione e di controllo, delle forme e delle modalità di contribuzione, dei soggetti destinatari dell'assistenza, del trattamento e delle garanzie riservate al sottoscrittore ed al nucleo, delle cause di decadenza dalla qualifica di fondo sanitario integrativo del SSN.

Quanto al tema della vigilanza, di grande rilievo, ma non affrontato con le precedenti riforme del 1992-1993, il decreto 229 ne affida la competenza genericamente allo Stato ed alle regioni in ragione dell'area territoriale di operatività delle diverse realtà senza però specificare forme e soggetti precisi. Viene infine prevista l'istituzione dell'anagrafe dei fondi e dell'osservatorio presso il Ministero della sanità.

La riforma realizzata con il decreto 229 accentua la differenza fra la legislazione, definita per lo più in base a considerazioni di principio e teoriche, e le reali esigenze dei fondi.

I fondi o le casse preesistenti al 229 non sono nelle condizioni di adeguarsi alle nuove disposizioni senza mutare radicalmente le proprie caratteristiche.

I problemi maggiori non riguardano solamente il tema integratività/sostitutività delle prestazioni. Il decreto 229 introduce il vincolo che le prestazioni devono essere erogate solamente da strutture e professionisti accreditati.

Tale limitazione restringe fortemente la possibilità per i fondi stessi di svolgere efficientemente la loro funzione di terzo pagante avendo limitato il mercato in cui poter "comprare" le prestazioni.

Quale è l'effetto del decreto 229?

Pur essendo in presenza di una nuova riforma che per certi versi intende rafforzare il settore della sanità integrativa – riforma integrata un anno dopo dalla Legge 328 del 2000 (legge quadro sull'assistenza) che estende l'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale anche alle spese sostenute per prestazioni sociali finalizzate a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane – il quadro legislativo derivante dal decreto 229 non ha un significativo impatto sull'operatività delle realtà esistenti, realtà che mantengono caratteristiche profondamente diverse dalle nuove previsioni normative.

Infatti, pur con tale contesto legislativo poco favorevole ed in grado di penalizzare fortemente il settore, l'attività dei fondi continua invece a svilupparsi al di fuori della normativa di settore.

Anche la riforma realizzata con il 229 – che prevedeva alcuni importanti decreti e regolamenti attuativi – non è resa operativa.

Della riforma del 1999 rimane però una traccia importante che ha un impatto negativo sul funzionamento della sanità integrativa.

Parallelamente al decreto 229 viene approvato il decreto legislativo 41/2000, attuativo della riforma fiscale realizzata con la Legge 133 del 1999 (in particolare dell'articolo 10). Tale decreto intende accompagnare coerentemente l'impostazione

di politica sanitaria prevista con il 229 definendo un regime fiscale maggiormente incentivante con riferimento ai soli contributi versati ai fondi sanitari integrativi del SSN appena regolamentati.

Su questo punto va ricordato che, storicamente, il trattamento fiscale e contributivo dei contributi versati a casse o fondi previsti da contratti collettivi, accordi o regolamenti aziendali e finalizzati ad erogare prestazioni integrative assistenziali a favore del lavoratore e dei suoi familiari, è stato disciplinato in modo specifico nel nostro ordinamento.

Dal punto di vista previdenziale, la Legge n. 166 del 1991 assoggetta la parte dei contributi versati dalle imprese a detti fondi/casse al contributo di solidarietà del 10% prevedendo, quindi, un'aliquota inferiore rispetto alla contribuzione ordinaria.

Fiscalmente, invece, il decreto legislativo 314 del 1997 stabilisce che non concorrono a formare reddito, fino al limite di € 3615,20, ed a valere sui soli redditi da lavoro dipendente, i contributi assistenziali versati dal datore o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente finalità assistenziali in conformità a disposizioni di contratto, accordo o regolamento aziendale.

Il decreto 41 del 2000 non modifica la disciplina contributiva. Esso però interviene sul trattamento fiscale dei contributi definendo da un lato un regime di favore per quanto versato ai fondi di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 229/99, sia in termini di limiti di deducibilità sia allargando tale deducibilità a valere su tutti i tipi di redditi (non solo di quelli di lavoro dipendente) e dall'altro un trattamento più penalizzante, come limiti e perché la deducibilità è riferita ai soli redditi da lavoro, per gli "altri" fondi, quelli non disciplinati dal decreto 229.

Tale doppio trattamento si rivelerà presto solo una penalizzazione per i fondi "non doc", quelli cioè non rientranti nella disciplina del 229, in quanto i fondi "doc" non furono realizzati.

Negli anni successivi all'entrata in vigore del decreto 41 la confusione normativa aumenta, con riferimento alle questioni fiscali.

A seguito di numerose richieste di fondi o casse preesistenti, con le leggi finanziarie annuali vengono previste deroghe alle regole fiscali introdotte con il decreto 41 ripristinando, ma solamente di anno in anno, il limite di € 3615,20 di non concorrenza alla formazione dei redditi di lavoro dipendente per i contributi versati ai fondi/casse di natura negoziale.

Tale quadro di riferimento "precario", non favorevole alla progettazione di nuove iniziative di sanità integrativa, rimane inalterato fino all'autunno del 2007, periodo in cui è impostata la legge finanziaria per il 2008.

### **La riforma del 2008: dai fondi doc ai fondi negoziali**

Quale è stato l'impatto di oltre quindici anni di attività normativa, così come finora descritta, sul settore dei fondi sanitari? Che effetti hanno avuto le varie rifor-

me sui loro comportamenti e sulla loro capacità d'intercettare la spesa privata delle famiglie?

Alcuni dati fanno emergere una situazione di grande interesse sia sul piano numerico che delle caratteristiche delle diverse realtà.

Lo studio Censis del 2007 fa riferimento a due autorevoli studi, uno del 2003 condotto dalla Fondazione Pfizer ed uno del 2004 dell'Università di Padova. Il primo contava 2.179.363 assistiti (iscritti 980.865), il secondo 3.570.000 assistiti (1.840.000 iscritti). Confrontando i risultati dei due studi emerge comunque una linea di tendenza di costante sviluppo della sanità integrativa.

Il citato studio, inoltre, analizza alcuni tra i principali fondi:

- il Fasi (Fondo Assistenza Sanità Integrativa per i dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi);
- il Fis (Fondo Integrativo Sanitario per i dipendenti Eni);
- il Fasdac (Fondo Assistenza Sanitaria per i dirigenti delle aziende del commercio);
- il Fisdaf (Fondo Integrativo Sanitario Dirigenti Aziende Fiat);
- il Faschim (Fondo assistenza sanitaria per i lavoratori addetti all'industria chimica);
- il Casagit (Cassa autonoma di Assistenza integrativa dei Giornalisti Italiani);
- la Federcasse (Cassa Mutua Nazionale per il Personale delle Banche di Credito Cooperativo);
- la Società nazionale di mutuo soccorso "Cesare Pozzo".

Dallo studio emerge che la domanda di sanità integrativa tende a crescere nel nostro Paese in relazione all'aumento della domanda complessiva di salute, dovuta in particolar modo al costante invecchiamento della popolazione e ad una più complessa articolazione dei bisogni sanitari.

Prima dello studio del Censis erano state compiute altre significative analisi in questo settore. Tra queste, se ne segnalano in particolare due: la prima del 1988, condotta dall'Ufficio Studi di Montecitorio, a cura di Piperno, che porta ad evidenziare l'esistenza di 173 organizzazioni di sanità integrativa tra mutue, casse e fondi integrativi sanitari, per un ammontare di assistiti di circa 2 milioni di cittadini; la seconda indagine, a cura di Mastrobuono, Guzzanti, Cicchetti, Mazzeo che, pur riprendendo l'elenco predisposto dal primo studio, individua solo 45 organizzazioni, delle 173, che risultavano essere operanti con certezza nel panorama sanitario integrativo, con un numero di assistiti stimato intorno alle 1.887.788 unità, di cui 686.728 iscritti. Nella introduzione allo stesso volume Guzzanti così si esprime: "circa il ruolo da attribuire alle forme integrative di assistenza, particolare risalto viene dato in questo volume alle persone con limitata o perduta autosufficienza come destinatari privilegiati di queste modalità di finanziamento".

"Il problema della cronicità, con le sue conseguenze sulle persone e sulle fami-

glie, oltre che sulle Istituzioni, è venuto crescendo d'importanza man mano che le popolazioni dei Paesi industrializzati invecchiavano, un fenomeno che in Italia si è manifestato in modo particolare”.

“Il problema della cronicità, però non è affrontabile con il solo trasferimento di risorse dal settore ospedaliero, che pure è in parte possibile, ma richiede nuove soluzioni finanziarie”.

“Preso atto quindi che nel nostro Paese in particolare, ma in tutti i Paesi in generale, il finanziamento pubblico non è sufficiente a coprire tutti i bisogni e le esigenze dei cittadini, tanto è vero che la spesa sanitaria privata è consistente e crescente, occorre avere chiari gli indirizzi per il riorientamento di tale settore di spesa verso le finalità in precedenza ricordate”.

“Fondamentali al riguardo, saranno le scelte operate in tema di agevolazioni fiscali nei riguardi delle forme integrative di assistenza” perché “l'adozione di criteri restrittivi rischia di disincentivare la partecipazione ai fondi dei soggetti giovani, proprio quelli che hanno oggi la mentalità e le possibilità per iscriversi”.

“In questo momento in Italia, nelle condizioni demografiche e finanziarie che sono note, si ritiene necessario un corretto orientamento della spesa sanitaria privata attraverso la facilitazione, non l'impedimento, delle forme integrative di assistenza”.

“Questo potrebbe rendere possibile il soddisfare molte aspettative dei cittadini che il solo Servizio Sanitario Nazionale non è in grado di appagare e potrebbe, soprattutto, rendere migliori le condizioni di assistenza e la qualità della vita delle persone più vulnerabili della comunità nazionale.”

Un dato finalmente “ufficiale” compare nei documenti del gruppo di lavoro istituito nel 2007 presso il Ministero della salute per studiare il settore. Tale dato evidenzia circa 516 fra fondi o casse, istituite su basi volontarie ovvero a seguito di contrattazione collettiva, operanti nel nostro Paese.

Il dato più interessante riguarda le caratteristiche di queste realtà.

La maggioranza di esse non risulta corrispondente alle norme del decreto 229, soprattutto per quel che concerne le prestazioni erogate. Come già sottolineato, di fatto le realtà del settore – non potendo adeguarsi alla disciplina dei Fondi sanitari integrativi del SSN, ai sensi del decreto 229, in quanto non rispondente ai loro bisogni – operano al di fuori delle norme “ufficiali” di settore, in base unicamente alle norme del codice civile ed in coerenza con la normativa fiscale.

A fronte di tale realtà, i lavori presso il Ministero della salute sembrano finalmente porsi di fronte a queste tematiche in modo oggettivo cercando di analizzare profondamente i fenomeni invece che di compiere scelte “a tavolino”.

I lavori portano ad una consapevolezza nuova.

Viene ad emergere lo “strabismo” fra le scelte compiute nel corso degli anni dal legislatore e la realtà di un settore, la cui dimensione assume contorni rilevanti, che si è sviluppato grazie alle risorse che il privato ha volontariamente messo a disposizione, soprattutto con la contrattazione collettiva, e in base alle reali esigenze e preferenze degli assistiti.

Dallo studio emerge che le realtà esistenti sono realtà che garantiscono prestazioni sostanzialmente già previste dai LEA. Inoltre, esse non sono erogate solo da strutture e professionisti accreditati, come previsto dal decreto 229, ma anche da strutture autorizzate.

Per comprendere più in dettaglio la realtà dei fondi è utile analizzare i dati riportati nell'allegato 1 che approfondisce il tema della spesa sanitaria privata in Italia ed il ruolo dei fondi. I dati relativi ai fondi sono estratti dai dati "pubblici" di alcuni grandi fondi italiani: essi evidenziano la distribuzione della spesa in relazione alle diverse aree d'intervento. Inoltre, volendo effettuare una comparazione con altre realtà internazionali, nell'approfondimento "*La sanità integrativa in UK. Il caso Benenden*", all'interno dell'allegato 1, viene analizzata la realtà dei fondi sanitari integrativi in Gran Bretagna ed in particolare viene evidenziata l'attività di Beneden, uno dei più grandi fondi del panorama anglosassone.

L'analisi del Ministero porta poi alla luce altri fattori significativi.

Se nel corso degli anni 80 e 90 la sanità integrativa realizzata per via negoziale era vista per lo più come un benefit da riservare alle categorie cosiddette "privilegiate" (es: giornalisti, dirigenti dell'industria e del commercio...), in questi ultimi anni essa sta diventando sempre più fattore strategico nel campo delle relazioni industriali anche con riferimento ad altre fasce di lavoratori. Si evidenzia, a titolo di esempio, il caso del Faschim, il fondo per i lavoratori del settore chimico-farmaceutico, ovvero del Fondo Est, istituito in relazione al contratto del commercio.

In aggiunta a tali realtà categoriali, vanno poi sottolineate le innumerevoli realtà di sanità integrativa a livello aziendale, destinata anche a lavoratori non dirigenti, istituite a seguito di accordi o di regolamenti aziendali.

Nel corso dei lavori ministeriali emerge poi con chiarezza un ulteriore elemento che caratterizza i fondi dal punto di vista della sostenibilità economica. Appare evidente che il mancato decollo dei fondi cosiddetti "doc" deriva anche dall'insostenibilità di iniziative che prevedano unicamente l'erogazione di prestazioni extra-LEA. Infatti, soprattutto qualora i fondi intervengano su aree di spesa sensibili e critiche, come l'odontoiatria, è evidente la necessità di "spalmare" i rischi connessi a dette aree su un ventaglio di prestazioni previste dai nomenclatori che sia il più ampio possibile.

In linea più generale, l'attività di approfondimento realizzata dal Ministero mette in luce la funzione sociale dei fondi alla luce di alcune loro fondamentali caratteristiche. Essi, in primo luogo, sono enti senza scopo di lucro ed offrono, nella maggior parte dei casi, una mutualità ed una solidarietà intergenerazionali; in secondo luogo, non effettuano selezione del rischio.

Tale quadro di riferimento consente al gruppo ministeriale di trarre alcune considerazioni.

La storica volontà di marginalizzare ed esercitare un freno alla sanità integrativa, per il timore che il suo sviluppo potesse arrecare danno al SSN, ha rallentato fortemente il processo di modernizzazione della legislazione, ma non lo sviluppo "demografico" ed economico del settore: come evidenziato, ampie fasce di lavora-

tori dipendenti sono coperte da forme integrative di assistenza sanitaria.

Questo ha prodotto in realtà un paradosso: la sanità integrativa è sempre stata vista come un pericolo per quella pubblica ma, non potendola bloccare nei processi reali di sviluppo, il risultato è che in tutti questi anni non è stata governata da regole specifiche sfuggendo alle statistiche ed al monitoraggio delle Istituzioni.

Anche nel merito del problema, la posizione di “sospetto” verso i fondi, che ha guidato il legislatore dal 1993, appare difficilmente comprensibile.

Essa appare più determinata dalla preoccupazione di evitare effetti negativi sul SSN trascurando invece una corretta regolamentazione del settore che avrebbe potuto contribuire ad alleviare l'onere della spesa sanitaria *cash* a carico dei cittadini nonché la possibilità di “utilizzare” i fondi/casse per politiche pubbliche.

Tale errore strategico appare dettato sostanzialmente da una ragione.

Si è stentato a riconoscere che, oltre alle risorse a carico della fiscalità generale stanziata per il SSN, gli italiani spendono strutturalmente dai 25 ai 30 miliardi di euro (Cislighi, 2008) – di cui al 2004, secondo lo studio Censis del 2007, oltre l'86 % in forma *cash*, circa il 4% attraverso assicurazioni private ed il 9.5% attraverso altre fonti di finanziamento – per prestazioni sanitarie acquistate liberamente sul mercato, anche con riferimento ad aree prestazionali già “garantite” dal SSN.

Pur avendo in più occasioni cercato di indirizzare tali risorse private, in modo aggiuntivo alle pubbliche, verso il SSN (es: l'obbligo di copertura, da parte dei fondi, del costo della compartecipazione a carico dei cittadini ovvero dei costi delle prestazioni erogate in regime di *intra-moenia*), nei fatti le disposizioni legislative non sono riuscite a vincolarne l'impiego rimanendo questo, invece, condizionato unicamente da altri fattori come le preferenze degli assistiti sul medico o sulla struttura dove curarsi ovvero la necessità di supportare privatamente importanti quote di domanda di salute che il nostro sistema sanitario non è in grado di soddisfare adeguatamente in termini qualitativi o di facilità nell'accesso alle cure.

In buona sintesi, per troppi anni si è rimasti convinti dell'idea che la quota di risorse spesa privatamente andasse canalizzata verso la sanità pubblica, sanando quella che da molti era considerata una distorsione del sistema in quanto sottrazione di risorse dal SSN.

Tale idea si è dimostrata sbagliata.

Come si vede dai dati di spesa (vedi allegato 1), anche negli anni in cui si è incrementato significativamente lo stanziamento per il SSN non è diminuita la quota percentuale di spesa privata sul totale, evidenziando sostanzialmente l'assenza di nesso fra le due fonti di spesa. La spesa privata non sembra in linea di massima dipendere dalla quantità di spesa pubblica, ma dalla sua qualità e dalle libere scelte dei cittadini-utenti.

Anche il tentativo del decreto 41/2000 di una forzosa canalizzazione, realizzata mediante incentivi fiscali selettivi, delle risorse private gestite da Fondi/casse verso soluzioni completamente integrative non è andata a buon fine.

Troppo forte l'esigenza dei cittadini-utenti e dei lavoratori di non abbandonare



forme libere di assistenza sanitaria realizzate sulla base delle preferenze degli assistiti e dei loro bisogni effettivi, e non di quelli stabiliti per decreto, “a tavolino” e quindi deboli in termini di attrattività delle soluzioni ipotizzate.

Proprio perché “accetta” di partire da tali analisi, l’azione riformatrice promossa dall’attività ministeriale consente, anche se solo parzialmente, di riconciliare la legislazione con le esigenze reali degli operatori e dei cittadini e, quindi, di definire un quadro di riferimento complessivo in cui i fondi possano contribuire strategicamente a perseguire importanti obiettivi di politica sanitaria.

La prima parte della riforma viene realizzata con la legge finanziaria per il 2008.

Con essa viene realizzata la stabilizzazione della norma fiscale riguardante il trattamento dei contributi versati ai fondi.

Ciò avviene mantenendo ancora il doppio binario istituito con i decreti 229/99 e 41/2000. Da un lato, unicamente per i fondi integrativi del SSN, si fissa a € 3615,20 il limite di non concorrenza alla formazione dei redditi ai sensi dell’articolo 10 del Tuir (tutti i redditi) dei contributi versati. Se da un lato la fissazione di tale limite a valere sull’articolo 10 appare un dato positivo in quanto aumenta l’attrattività dei fondi verso aree della popolazione non rientranti nel lavoro dipendente, rimane però significativa la limitazione dal lato delle prestazioni avendo riferito tale agevolazione ai soli fondi “doc”.

Quanto, invece, ai fondi o casse aventi esclusivamente finalità assistenziali, torna ad essere reso strutturale, riportando la norma alla situazione ante decreto 41/2000, il limite di € 3615,20 di non concorrenza alla formazione del reddito a valere sull’articolo 51 del Tuir (ovvero con riferimento ai soli redditi da lavoro dipendente) dei contributi versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in conformità a contratto, accordo o regolamento aziendale.

Le disposizioni fiscali rinviano ad un decreto del Ministro della salute per quanto riguarda la definizione degli ambiti d’intervento, con riferimento sia ai fondi integrativi del SSN che ai fondi/casse assistenziali, ambiti da rispettare obbligatoriamente ai fini del beneficio fiscale.

Il decreto, firmato nel marzo 2008, riprende lo stesso schema delle norme fiscali previste dalla legge finanziaria 2008 distinguendo gli ambiti d’intervento per le due tipologie di fondi.

Per quelli doc, disciplinati dal decreto 229, si confermano gli ambiti già stabiliti dalla legislazione in vigore.

Per i fondi non doc e per le società di mutuo soccorso viene scelta un’impostazione innovativa.

Per poter beneficiare delle agevolazioni fiscali, tali fondi – restando liberi di erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie secondo i rispettivi statuti e regolamenti, nonché i costi della compartecipazione alla spesa sostenuti nella fruizione di prestazioni del SSN e gli oneri per l’accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria – a partire dal 2010, devono attestare di aver erogato su base annua almeno il 20% dell’ammontare complessivo delle risorse destinate alla

copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti, in forma singola o congiunta, a prestazioni dell'area sociosanitaria e di quella odontoiatrica.

L'innovazione è rilevante.

Si riconosce il ruolo sociale dei fondi/casse quali soggetti incentivati dallo Stato ad erogare prestazioni sanitarie, anche se già comprese nei LEA, purché operanti secondo finalità unicamente assistenziali.

Si chiede alla contrattazione collettiva di promuovere lo sviluppo dell'assistenza sanitaria integrativa.

Si sgombra il campo dal vincolo, introdotto dal decreto 229 per i fondi "doc", che le prestazioni debbano essere erogate unicamente da soggetti accreditati, allentando quindi, anche da questo lato, il legame con il SSN.

Si chiede ai fondi, con la necessaria gradualità temporale, di contribuire a due grandi obiettivi di salute come l'odontoiatria e l'area del sociosanitario per i quali lo Stato riconosce le oggettive difficoltà di perseguimento con le sole risorse pubbliche e ritiene utile, di conseguenza, incentivare la canalizzazione di risorse, gestionali e finanziarie, private.

Ma soprattutto si riconosce l'esistenza di un settore importante quale quello della sanità integrativa "libera", non rientrante nei vincoli del 229, la cui vastità ed il cui spessore potranno essere compresi e valutati integralmente solo nei prossimi anni, grazie ad una legislazione che consente di far luce sul settore e di misurarne il perimetro.

L'azione conoscitiva sulla realtà dei fondi sarà consentita anche grazie all'istituzione dell'Anagrafe presso il Ministero della salute, con funzioni inizialmente solo documentali, il cui funzionamento sarà stabilito da un successivo decreto ministeriale.

Con il decreto sembra così chiudersi una fase durata oltre 15 anni caratterizzata da dibattiti, leggi, polemiche nel corso della quale, pur con notevole fatica, si è affermata la convinzione dell'insufficienza sostanziale del SSN e della necessità di realizzare un secondo pilastro in sanità che integri strategicamente il SSN.

Le modalità secondo le quali sarà garantita la sostenibilità di tale secondo pilastro, sia nei confronti dei cittadini che della contrattazione collettiva, nonché i possibili effetti benefici, in termini di efficienza nella spesa e di qualità del servizio, che tale sistema potrà generare dipendono in buona misura dalla capacità di completare la "piccola, grande riforma" del 2008 con la previsione di un insieme di regole equilibrato, flessibile ed incentivante.

## **Problemi aperti e proposte**

L'approvazione nel 2008 della disciplina fiscale e del decreto sugli ambiti d'intervento apre quindi nuovi scenari.

Le norme sembrano determinare un assetto più stabile del settore, assetto che prevede che la spina dorsale del secondo pilastro in sanità siano i fondi/casse con esclusiva finalità assistenziale di natura negoziale.

I punti fissi del nuovo assetto sono la stabilizzazione degli incentivi fiscali, l'ampia flessibilità riguardo le prestazioni erogabili e gli erogatori delle stesse, il ruolo fondamentale della contrattazione collettiva nel finanziare e governare le iniziative.

La riforma del 2008 – nel fondarsi su tali aspetti – rappresenta probabilmente un punto di non ritorno.

Essa però non è completa: sono diverse le questioni rimaste aperte.

Con particolare riferimento ai soli fondi/casse di natura negoziale, si evidenziano alcuni “temi aperti” da approfondire in una prospettiva di completamento dell'assetto normativo.

Nel breve periodo vi sono alcuni adempimenti specifici stabiliti dal decreto del marzo 2008. In particolare occorre:

- definire puntualmente le modalità di funzionamento dell'anagrafe dei fondi sanitari e degli enti/casse con finalità assistenziali nonché di trasmissione della relativa documentazione. Il decreto del marzo 2008 sembra per il momento riservare all'anagrafe una funzione unicamente documentale. Non appare infatti chiaro quale meccanismo sanzionatorio scatti in caso di mancato invio della documentazione stessa: in particolare, il mancato invio della documentazione prevista dal decreto non comporterebbe la mancata applicazione dei benefici fiscali, essendo questi riferiti unicamente all'attestazione del raggiungimento del limite del 20% delle risorse da destinare alla prestazioni dell'area sociosanitarie ed odontoiatrica sul totale delle risorse destinate complessivamente in un anno a tutte le prestazioni. Va comunque sottolineato che anche la sola funzione documentale assume un significato rilevante. Sarà finalmente possibile censire i fondi, di entrambi i tipi, ed iniziare a studiarne il funzionamento, le regole statutarie ed i comportamenti operativi. Chiaramente, da tale funzione documentale ad una vera e propria attività di vigilanza, il passo appare ancora lungo;
- stabilire il metodo di calcolo del citato limite minimo del 20%. Occorre stabilire con precisione cosa s'intende sia per il numeratore che per il denominatore del rapporto. Particolare attenzione dovrà essere riservata alla definizione delle spese per prestazioni sociosanitarie, tenuto conto che l'area odontoiatrica sembra di immediata individuazione non intervenendo lo Stato in modo significativo. L'impostazione del decreto del marzo 2008 non sembra consentire una definizione immediata ed agevole dell'area sociosanitaria in quanto le norme privilegiano una demarcazione degli ambiti di intervento dei fondi o casse di riflesso ed a complemento rispetto all'intervento pubblico. Quest'ultimo viene delimitato mediante l'indicazione dei relativi riferimenti normativi della legislazione sanitaria. Tale impostazione rischia di appesantire l'attività amministrativa dei fondi/casse costretti ad una mappatura sull'intero territorio nazionale delle norme e delle azioni messe in campo dalle regioni in materia sociosanitaria prima di poter individuare, in via complementare, termini e condizioni dell'assistenza in quest'area ai propri assistiti. Tenuto conto che si tratta di norma di natura regola-

mentare, potrebbe essere opportuno valutarne una semplificazione individuando una definizione flessibile e non “amministrativa” dell’area sociosanitaria.

Va, infine, chiarito se al denominatore occorra comprendere anche le spese generali, strumentali all’erogazioni delle prestazioni sanitarie.

Una volta definite con chiarezza e semplicità le regole per il calcolo del rapporto del 20%, rimane aperta la definizione delle modalità di attestazione, da parte dei fondi, del raggiungimento di tale limite alle autorità competenti nonché di quelle di controllo da parte del pubblico.

Da una lettura testuale della norma appare evidente che il calcolo del 20% debba essere riferito a dati consuntivi, mentre l’assenza di un’autorità di vigilanza su questa materia pone problemi concreti in termini di adeguatezza dei controlli.

In ogni caso, la procedura di verifica del rispetto del limite del 20% deve essere definita in modo da garantire la massima certezza e rapidità agli operatori ed alle aziende ai fini dell’applicazione o meno delle agevolazione fiscale sui redditi dei lavoratori.

Oltre ai due aspetti evidenziati (anagrafe e metodo di calcolo del 20%), su un piano più generale è utile una riflessione più ampia su altri rilevanti aspetti che consentirebbero di completare la regolazione del settore, in particolare per i fondi negoziali:

- **Fonti istitutive e forma giuridica.** Le fonti istitutive sono di fatto stabilite dalla legge fiscale (art. 51 Tuir): contratti, accordi o regolamenti aziendali. Quanto alla forma giuridica, con il quadro normativo attuale l’unico vincolo, peraltro generico, sembra essere il fatto che gli enti o casse abbiano una esclusiva finalità assistenziale. Sembrerebbe pertanto preclusa la possibilità di organismi di natura *profit*. Una possibile soluzione è quella di rinviare a figure giuridiche già previste dal codice civile, con particolare riferimento alle associazioni. L’eventuale rilascio del riconoscimento, se richiesto dalle parti istitutive del fondo, dovrebbe essere riservato al Ministero competente.
- **Organi di amministrazione e di controllo.** Tenuto conto che i fondi o casse di natura assistenziale sono emanazione della contrattazione collettiva o di regolamento aziendale, appare opportuno prevedere forme di pariteticità nella composizione degli organi di amministrazione.
- **Forme, modalità ed entità della contribuzione.** Si tratta di aspetti delicati sui quali non appare opportuno introdurre vincoli o rigidità. La soluzione migliore è quella di rinviare alla flessibilità statutaria e/o regolamentare, sedi queste in cui è manifestata esplicitamente la volontà delle parti istitutrici dei fondi/casse anche in merito alle forme ed ai livelli di solidarietà. Per favorire il controllo in merito alla sostenibilità economica complessiva a garanzia degli iscritti, può essere chiesto all’organo di amministrazione di presentare all’Autorità di controllo rapporti periodici sull’andamento gestionale e sulle prospettive economiche di medio periodo.

- **Destinatari e relative garanzie.** Le considerazioni di natura sindacale rendono opportuno prevedere forme di flessibilità anche a tale riguardo rinviando unicamente agli statuti/regolamenti circa le regole sull'iscrivibilità. In tale ambito appare opportuno prevedere comunque il divieto di forme di esclusione o di discriminazione di particolari soggetti, al di fuori di regole aventi carattere di generalità. Inoltre, è opportuno chiedere ai fondi l'adozione di criteri di pubblicità e trasparenza nel rapporto con i propri iscritti.
- **Affidamento in gestione.** I fondi o casse possono essere autogestiti ovvero essere affidati in gestione, integralmente o in parte. Sarebbe opportuno regolamentare tale affidamento ad esempio a: fondi/casse registrati presso l'anagrafe; imprese di assicurazione autorizzate dall'Isvap. Per massimizzare i benefici per gli iscritti sarebbe poi opportuno un controllo pubblico sui costi generali, diretti o indiretti, delle varie realtà.

Rimane poi aperta la delicata questione della vigilanza.

Prima di formulare proposte è utile porsi la domanda di cosa occorra vigilare in questo settore.

Un primo punto riguarda certamente le questioni finanziarie.

Appare ragionevole un controllo sulla gestione delle risorse finanziarie di fondi/casse per monitorare eventuali investimenti finanziari che possano mettere a rischio la stabilità economica degli enti.

L'impatto sull'equilibrio finanziario può derivare anche da decisioni degli organi di amministrazione del fondo sul nomenclatore delle prestazioni e sulle relative tariffe di rimborso.

Appare opportuno, al riguardo, ipotizzare la predisposizione di bilanci previsionali pluriennali, da sottoporre al controllo periodico dell'autorità di vigilanza, dai quali sia possibile valutare l'impatto delle scelte di rimborsabilità delle prestazioni sul conto economico del fondo.

Oltre tali aspetti, vi sono poi altre aree "sensibili" sulle quali sembra necessaria una funzione pubblica di controllo a garanzia del corretto funzionamento del sistema nel suo complesso.

Un'area rilevante riguarda certamente i rapporti fra i fondi/casse e gli iscritti, affinché non vengano poste in essere discriminazioni fra i diversi soggetti in relazione alle regole statutarie e/o regolamentari. Temi, ad esempio, come il rispetto del divieto di politiche di selezione del rischio, la trasparenza informativa, la possibilità di ricorrere contro decisioni avverse, il controllo sull'efficienza gestionale per far sì che le risorse del fondo vengano riservate il più possibile per le prestazioni agli iscritti, la corretta applicazione degli accordi convenzionali con i professionisti e le strutture, il regolare funzionamento degli organi statutari nonché delle forme di affidamento in gestione a terzi sono tutti aspetti che "meritano" un controllo pubblico.

Come ugualmente appare importante vigilare sulla regolarità dei rimborsi delle prestazioni agli iscritti per evitare eventuali comportamenti non leciti. Va infatti ri-

cordato che le risorse del fondo sono risorse di tutti gli iscritti ed in quanto tali vanno tutelate evitando vantaggi solo per alcuni.

Le attività elencate, peraltro in modo evidentemente non esaustivo, sembrano richiedere professionalità estremamente specialistiche, non facilmente reperibili all'interno delle Amministrazioni.

Anche per tali ragioni, l'individuazione di una sede indipendente e terza rispetto all'Amministrazione potrebbe essere la scelta più giusta per meglio consentire un equilibrato sviluppo del settore ed evitare di individuare una sede in cui vi sia il rischio di commistioni con gli interessi che presiedono al funzionamento del SSN.

Una professionale e qualificata funzione di regolazione tecnica e di vigilanza, infine, potrebbe valorizzare la rete dei fondi/casse anche in un'ottica di beneficio per lo stesso sistema pubblico.

Basti pensare ad una equilibrata e graduale azione di armonizzazione dei vari nomenclatori, alla costituzione di una rete telematica che garantisca dati di qualità sulle prestazioni, alla possibilità di realizzare controlli incrociati con i dati fiscali.

Si potrebbe avere nel tempo la disponibilità di informazioni specifiche, di difficile reperimento all'interno del sistema sanitario pubblico, da utilizzare per finalità pubbliche (es: costi).

Una specifica riflessione riguarda poi il rapporto fra sanità integrativa e contrattazione collettiva, rapporto dal quale si ritiene possa dipendere in larga misura lo sviluppo a breve del secondo pilastro sanitario.

La stabilizzazione delle agevolazioni fiscali a valere sul reddito del lavoratore dipendente è certamente una misura significativa. Essa però andrebbe completata anche dal lato aziendale individuando misure di sgravio che possano rendere neutro il costo della contribuzione aziendale ai fondi/casse per le imprese.

Per tali ragioni fiscali nonché per l'impatto di tale settore sul sistema delle relazioni industriali, appare importante che l'intera legislazione sulla sanità integrativa rimanga al livello nazionale evitando differenziazioni territoriali.

Su un piano diverso, per un corretto sviluppo di fondi o casse di tipo negoziale una riflessione importante riguarda la sostenibilità di tali iniziative tenendo conto del fatto che la popolazione di riferimento delle stesse appare "strutturalmente" chiusa a precisi limiti di natura contrattuale (es: i lavoratori di un determinato settore ovvero di una specifica azienda o gruppo aziendale).

In sanità appare invece importante poter contare su grandi numeri ai fini di una miglior ripartizione del rischio e, conseguentemente, di un abbassamento dei costi.

Una possibile soluzione potrebbe essere quella di realizzare percorsi che consentano ai fondi negoziali di aprirsi, pur con le necessarie cautele e gradualità, a popolazioni di riferimento più ampie.

Un esempio al riguardo è rappresentato dal Fasi, il Fondo di assistenza dei dirigenti industriali che ha compiuto nel 2008 trent'anni di vita, che ha previsto a partire dal 2009, mediante FasiOpen, la possibilità d'iscrizione anche ad altre collettività aziendali o categoriali.

Si tratta di una prospettiva interessante da seguire con grande attenzione.

Per ultimo, rimane aperto il tema di come poter offrire le opportunità del secondo pilastro sanitario a tutti i cittadini, indipendentemente dal vincolo relativo allo sgravio fiscale attualmente riservato ai redditi di lavoro dipendente.

Sul piano normativo, il problema non appare di difficile soluzione. Basterebbero poche correzioni all'articolo 9 del decreto legislativo 229 del 1999, per eliminare alcuni vincoli sulle prestazioni e sugli erogatori. Ciò renderebbe disponibili ed appetibili i fondi a tutti i cittadini in collegamento allo sgravio previsto a valere sull'articolo 10 del Tuir, relativo a tutti tipi di reddito.

La vera criticità riguarda i costi per lo Stato connessi a tale operazione, con particolare riferimento alle mancate entrate fiscali derivanti dallo sgravio. Si tratta di un problema concreto, non secondario, da valutare tecnicamente in profondità, eventualmente nel quadro di una revisione più completa del sistema sanitario che preveda una rimodulazione complessiva delle coperture e degli sgravi fiscali esistenti con riferimento alle spese mediche.

## ALLEGATO I

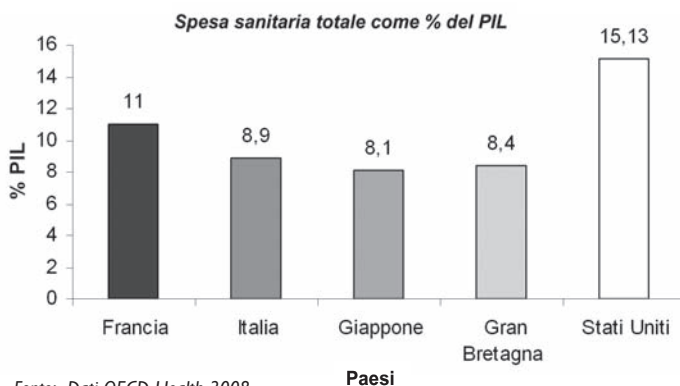
### La spesa sanitaria privata in Italia ed il ruolo dei fondi: analisi per quantità e tipologia

La spesa sanitaria totale in Italia nel 2006, secondo gli OECD Health Data 2008, è pari ad 8,9% del Pil (fig. 1), mentre la spesa sanitaria pro capite è uguale a 2.614 \$ contro i 2.759 \$ della media del Paesi OECD.

Nonostante la spesa totale in sanità appaia sostanzialmente in linea con quella dei principali Paesi è interessante considerare come essa sia solo per il suo 77% pubblica, lasciando dunque un ampio spazio alla spesa privata.

Tali dati assumono un significato particolare soprattutto se si tiene conto che in Italia sia stato istituito un Servizio Sanitario Nazionale.

**Figura I - La Spesa sanitaria totale come % del Pil. Un confronto tra Italia ed altre realtà internazionali**

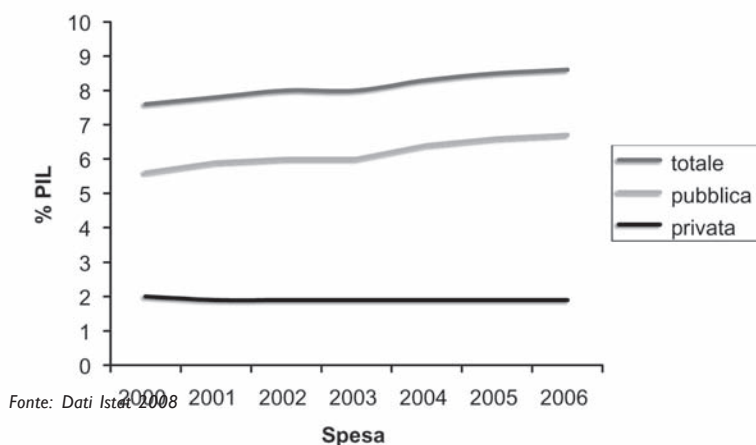


Fonte: Dati OECD Health 2008

Osservando i dati dell'incidenza della spesa sanitaria totale, pubblica e privata, sul PIL dall'anno 2000 al 2007 (figura II, Tabella 1) si nota come:

- la spesa totale aumenta di poco più di un punto % nel periodo;
- la spesa pubblica è la parte che di più cresce;
- la spesa privata resta sostanzialmente stabile con un valore del 2% sul Pil.

**Figura II - La spesa sanitaria in Italia. Anni 2000-2007**



Fonte: Dati Istat 2008

**Tabella 1 - Spesa sanitaria totale, pubblica e privata-var % PIL. Anni 2000-2007**

Spesa	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>totale</b>	7,6	7,8	8	8	8,3	8,5	8,6	<b>8,4</b>
<b>pubblica</b>	5,6	5,9	6	6	6,4	6,6	6,7	<b>6,5</b>
<b>privata</b>	2	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	<b>1,9</b>

Fonte: Dati Istat 2008 di Contabilità nazionale (Sec95)

\*La spesa sanitaria è intesa come "spesa corrente", ovvero come spesa per consumi sanitari esclusi gli investimenti

Tale dato sembrerebbe supportare il fatto che, anche in una fase di aumento del finanziamento pubblico per la sanità, sembrerebbe che non vi sia una relazione diretta fra questo e la dinamica della spesa privata.

La spesa sanitaria privata appare "rigida" ed indipendente.

È quindi opportuno analizzarla per capirne le ragioni.

Secondo alcune stime, la spesa privata totale nell'anno 2007 "vale" va dai 25 ai 30 miliardi di euro.

Secondo dati del Ministero della Salute, riportati nel rapporto CEIS 2008, essa è cresciuta in media tra il 2005 ed il 2006 del 2,6%, in maniera inferiore a quella pubblica, aumentata, negli stessi anni, del 4%. Confrontando i dati degli anni 2001, 2005 e 2006 il rapporto Ceis osserva che la crescita maggiore si ha nelle regioni del Centro con un incremento medio annuo del 3,1%, mentre al Sud solo dell'1,9%. Al Nord invece la crescita della spesa sanitaria privata è stata pari al 2,8%.



Sempre il citato rapporto afferma che nel 2006 la spesa sanitaria privata è risultata maggiore al Nord (24,7% della spesa sanitaria totale), dove c'è un reddito delle famiglie superiore, rispetto al Centro (21,4%) ed al Sud (17,9%). Dal Rapporto emerge quindi come ci sia un'evidente correlazione positiva tra spesa privata e reddito delle famiglie rischiando di portare ad una sostanziale differenza in termini di accesso alle cure tra chi ha le possibilità di usufruire in modo supplementare o complementare dei servizi sanitari e chi, non potendo permetterselo, deve accedere al SSN.

La quota di spesa sanitaria privata delle famiglie, tramite un esborso out of pocket, ossia da un pagamento diretto effettuato dalle stesse famiglie attraverso i loro risparmi per finanziare il costo delle cure o delle prestazioni a cui si sottopongono, è pari a circa l'87% della spesa privata totale ed è uno dei valori più alti in Europa (tab. 2).

**Tabella 2 - Spesa sanitaria privata per fonte di finanziamento: confronto internazionale - Anno 2005 (a) (val. %)**

	Pagamenti pazienti (b)	Assicurazioni private	Altre fonti di finanziamento	Totale
Stati Uniti	23,9	66,6	9,5	100,0
Francia	34,2	62,0	3,8	100,0
Canada	48,7	43,3	8,0	100,0
Germania	56,8	39,8	3,4	100,0
Irlanda	61,0	31,7	7,3	100,0
Austria	67,4	21,3	11,3	100,0
Turchia	69,5	0,0	30,5	100,0
Svizzera	75,7	21,9	2,3	100,0
Nuova Zelanda	76,3	20,7	3,0	100,0
Belgio	76,7	18,2	5,1	100,0
Spagna	78,2	19,2	2,6	100,0
Lussemburgo	78,9	8,2	12,9	100,0
Finlandia	80,0	10,2	9,8	100,0
Corea	80,1	7,3	12,6	100,0
Ungheria	81,3	3,8	14,9	100,0
Portogallo	81,5	13,8	4,7	100,0
Polonia	85,1	1,8	13,1	100,0
Italia	86,6	3,9	9,5	100,0
Slovacchia	88,1	0,0	11,9	100,0
Danimarca	90,1	9,5	0,4	100,0
Messico	93,9	6,1	0,0	100,0
Giappone	94,9	1,9	3,2	100,0
Repubblica Ceca	95,3	2,2	2,5	100,0
Norvegia	95,3	0,0	4,7	100,0
Islanda	100,0	0,0	0,0	100,0

(a) Per Belgio, Nuova Zelanda, Polonia, Portogallo, Danimarca e Spagna i dati sono stimati.

Per Giappone, Lussemburgo e Ungheria i dati sono al 2004 e sono stimati - (b) Spesa "out of pocket"

Fonte: elaborazione Censis su dati Oecd-Health Data, Luglio 2007

Si nota, di converso, che solo circa il 13% della spesa sanitaria privata totale è coperta da assicurazioni e da altre fonti, rispettivamente per il 3,9% ed il 9,5%.

Il sistema assicurativo appare quindi non completamente in grado di intercettare la spesa privata.

I fondi sanitari, secondo quanto riportato da uno studio del Censis del 2007, risultano al 2004 essere più di quattrocento (oltre 500 secondo documenti del Ministero della salute del 2008) ed offrono copertura sanitaria ad un *range* di popolazione che, secondo diversi studi, va da 1,8 a 3,5 milioni di assistiti. Non esistono dati ufficiali sulla tipologie di prestazioni da questi fornite.

Le ragioni dell'andamento costante della spesa sanitaria privata in rapporto al PIL (cfr tab 1) possono essere ricercate sotto molteplici aspetti. Secondo Cislighi, ci si deve chiedere se la presenza di una quota importante di prestazioni a pagamento non debba leggersi come una riduzione dei livelli di garanzia dei servizi assistenziali: certamente una quota eccessiva di prestazioni out of pocket significa un non corretto funzionamento all'interno del SSN. Alla luce di queste considerazioni, il fatto che la spesa privata sia percentualmente superiore e cresca di più al Nord sembra, almeno parzialmente, contraddire l'assunto che la sanità pubblica al Nord del Paese sia di migliore qualità.

Un'altra recente indagine, promossa dall'Anao Assomed e realizzata dalla Swg condotta a dicembre 2008 su un campione di 1000 soggetti di età superiore ai 25 anni, fa emergere che:

- complessivamente metà della popolazione interpellata dichiara di avere fiducia nel sistema sanitario nazionale, fiducia che tocca oltre il 66% al Nord e scende di 20 punti percentuali nelle regioni del Centro (46%) ed ulteriormente al Sud (41%);
- la qualità dei servizi sanitari nel corso degli anni è per la maggioranza rimasta uguale. Mentre segnali di miglioramento provengono dalle regioni del Nord e del Centro, dove una quota tra il 26 ed il 21% degli interpellati sostiene che ci sia stata un'ottimizzazione. Tuttavia, un italiano su tre ritiene vi sia stato un peggioramento.

Secondo il già citato studio del Censis, sembrano emergere due principali profili, uno oggettivo ed uno soggettivo che giustificano l'elevata quota di spesa privata.

Il primo appare dovuto ai gravi problemi di inefficienza della sanità pubblica, che non sembra riuscire a soddisfare pienamente le esigenze dei pazienti in termini di livelli di efficacia e qualità sperati, nonché alle numerose disuguaglianze tra i vari sistemi sanitari regionali, dal punto di vista della qualità delle cure, dell'efficienza, dell'efficacia e soprattutto dei tempi di attesa.

Il secondo va invece ricondotto al comportamento del cittadino-utente nell'accesso ai servizi sanitari. L'utenza, secondo le analisi del Censis, è spinta al ricorso a prestazioni e servizi sanitari a pagamento da un mix di fattori, tra cui i più importanti sono le attitudini, le propensioni e le preferenze per il privato al pagamento di per sé (ovvero aspetti soggettivi, come il confort, la richiesta di prestazioni personalizzate o di una specifica équipe medica, ecc). Si conferma poi che ulteriori discriminanti nell'ambito dei comportamenti di salute dei cittadini e del loro rapporto con l'assistenza e le prestazioni sanitarie a pagamento sembrano essere variabili come il sesso, l'età, il livello culturale e la condizione socio-economica. Ciò che comunque emerge dallo studio è che il cittadino-utente vuole avere libertà di scelta sia fra gli operatori che riguardo al luogo di cura. La chiave, dunque, del ricorso alla spesa privata sembra trovarsi in un'ampia articolazione di motivazioni in cui, agli estremi, vengono posti da una parte la libertà di scelta, la

personalizzazione del servizio e dall'altra la necessità di individuare soluzioni alternative a problemi come l'inequità o le lentezze nelle modalità di accesso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie.

Nell'ambito della spesa privata, merita un focus la questione delle prestazioni erogate in regime di intramoenia. Dai dati del 2007 dell'ASSR, Agenzia per i servizi sanitari regionali, emerge che i ricavi totali nel 2006 sono stati pari a 1.147.043.000 di euro e non coprono tutti i costi, quelli diretti ed indiretti. Se si confronta tale dato con il corrispettivo valore nel 2006 del complesso della spesa privata (circa 25 miliardi €), sembra evidenziarsi il ruolo ancora tutto sommato modesto dell'intramoenia in termini di preferenze degli assistiti.

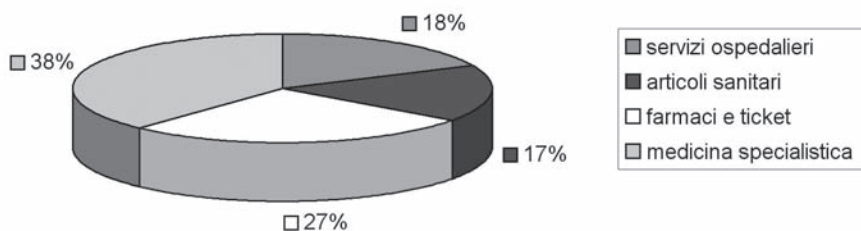
L'impressione, anche alla luce di alcune indicazioni provenienti da importanti fondi/casse che prevedono l'erogazione delle prestazioni in regime di intramoenia ai rispettivi assistiti, è che dette prestazioni siano in senso relativo economicamente meno convenienti rispetto ai prezzi medi di mercato riducendone, quindi, l'appeal complessivo.

Si evidenzia che tra le cause di ricorso all'intramoenia, secondo Cislighi, dopo la fiducia, c'è l'urgenza, ovvero l'impossibilità di aspettare la disponibilità di un'altra struttura.

Appare, poi, significativo analizzare la composizione della spesa privata per aree d'intervento. Al riguardo ad oggi non esistono molte stime. L'unica stima attualmente disponibile è quella fornita da Saniteia (Centro di ricerca, consulenza e formazione nel campo dell'economia applicata alla salute ed alla sanità) che descrive la ripartizione della spesa sanitaria privata nell'anno 2006 nel seguente modo:

- 18% servizi ospedalieri;
- 17% articoli sanitari;
- 27% farmaci e ticket;
- 38% medicina specialistica. (figura III)

**Figura III - La ripartizione della spesa sanitaria privata in Italia**



Fonte: Elaborazione Saniteia su dati Istat 2008

Un dato su cui è utile soffermarsi è infine quello relativo alla spesa odontoiatrica, poiché dall'indagine ISTAT emerge che la quota di quanti sostengono a proprio carico la spesa per le cure odontoiatriche è di ben 85,6% del totale. Addirittura risulta che essa arrivi al picco dell'88,1% per la popolazione tra i 25 ed i 34 anni e tra i 55 ed i 64 anni. Solo tra i bambini ed i molto anziani si osservano percentuali abbastanza consistenti di fruizione gratuita delle prestazioni.

Sempre con riferimento alla composizione della spesa privata appare utile analizzare alcuni fondi integrativi italiani i cui dati sono disponibili: il Fasi, l'Assilt, il Faschim e il Fondo Est. Dai dati Fasi dell'anno 2007 emerge che la spesa è distribuita principalmente tra alcune categorie di prestazioni, quali:

- le cure odontoiatriche e stomatologiche liquidate per il 25.03% sul totale;
- gli interventi chirurgici liquidati per il 24.63% sul totale;
- le analisi ed accertamenti per il 13.82% sul totale;
- le prestazioni mediche specialistiche per l'11.68% sul totale.

Inoltre, si evidenzia che l'1.76% sul totale è rimborsato a seguito della spesa sostenuta dalle famiglie per l'assistenza socio-sanitaria a tutela dei soggetti non autosufficienti.

Per quanto riguarda gli altri suddetti Fondi si nota che:

- Assilt nel 2007 ha liquidato le prestazioni odontoiatriche per il 46,93% sul totale;
- Fondo Est nel 2007 ha rimborsato il 25% sul totale per ticket ed il 10% per visite specialistiche;
- Faschim nel periodo gennaio-ottobre 2007, ha liquidato il 32,70% sul totale per l'odontoiatria ed il 24,05% per visite specialistiche.

L'area di spesa che sembra destinata a crescere, in relazione al costante invecchiamento della popolazione ed all'aumento delle cronicità, appare quella per servizi e prestazioni socio-sanitarie contro il rischio di non autosufficienza. Attualmente, sempre secondo il Censis, tali bisogni non trovano copertura adeguata da parte sia del SSN che delle azioni assistenziali messe in campo dalle regioni e dai Comuni.

Considerando i dati disponibili, sinteticamente si può affermare che la componente pubblica per le prestazioni socio-assistenziali contro il rischio di non autosufficienza rappresenti poco meno del 35% (pari a 3.883 milioni di euro) del totale della spesa per tali servizi e prestazioni), a fronte di un 22% (pari a 2.457 milioni di euro) del privato out of pocket e di un consistente 43,3%, (pari a 4.841 milioni di euro, si stima sia questo il valore economico delle attività di care giving), rappresentato dall'assistenza fornita direttamente dalle famiglie (tabella 4).

**Tabella 4 - Stima della spesa per prestazioni socio-assistenziali contro il rischio di non autosufficienza in Italia**

	Milioni di euro	% del totale
Componente spesa pubblica	3.883	34,7
Componente spesa privata out pocket	2.457	22,0
Valore economico aiuti familiari	4.841	43,3
Totale	11.181	100,0

Fonte: Agenzia per i servizi sanitari regionali, 2005

A riguardo, appare rilevante osservare che l'ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici) nel giugno 2005 ha istituito il "Fondo Unico Nazionale LTC del settore assicurativo" che nel 2008 ha raggiunto la quota di 45.723 assistiti (dati del terzo trimestre).

stre 2008). Il Fondo è di natura contrattuale ed offre una copertura assicurativa per LTC a dipendenti in forza e pensionati con contratto assicurativo, che non sono più ritenuti autosufficienti, secondo quanto previsto dal regolamento del Fondo il quale prevede che la perdita di autosufficienza si rilevi quando l'affiliato è incapace di svolgere alcune delle seguenti attività e per il cui svolgimento necessita di assistenza: farsi il bagno, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare. Il Fondo si basa sul versamento contributivo (ad eccezione per i pensionati con diritto a copertura) e funziona attraverso un sistema a capitalizzazione collettiva.

Ai fini di un ragionamento più completo sulla componente privata della spesa sanitaria, una riflessione si ritiene opportuno riservare all'entità del sommerso in sanità.

La stima del contributo della sanità al sommerso economico, ai sensi del documento Istat "La misura dell'economia sommersa secondo le statistiche ufficiali" del 18 giugno 2008, si ritiene possa essere superiore ai 5 miliardi di euro.

La stima tiene conto del fatto che:

- il sommerso economico complessivo è mediamente di 240 miliardi di euro;
- la spesa sanitaria privata vale il 2 % in media del Pil ufficiale;
- la grande maggioranza del sommerso economico, poco più dell'83%, è attribuibile all'area dei servizi.

Questi dati evidenziano, quindi che la quota di spesa totale privata potrebbe essere maggiore rispetto alle stime attuali.

I dati fanno poi riflettere sul pericolo che, in mancanza di un terzo pagante, quale un fondo ovvero un'assicurazione, il pagamento delle prestazioni in forma cash potrebbe maggiormente indurre a forme irregolari di pagamento.

Tale assunto deriva anche da un'analisi dei dati sulle dichiarazioni dei redditi delle persone fisiche (anno imposta 2005), pubblicati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, relativi agli oneri detraibili. Dall'analisi emerge un ammontare dichiarato di 11,3 mld relativo al totale delle spese sanitarie, alle spese sanitarie per portatori di handicap e all'acquisto di cani guida.

Il dato si discosta notevolmente dalle stime di 25-30 mld di spesa privata.

Si evidenzia infine che la stessa Amministrazione finanziaria (Agenzia delle Entrate, 2007), in uno studio limitato alla libera professione svolta in regime di intramoenia, dichiara che "l'attività libero professionale non sempre è condotta in osservanza alla vigente normativa di settore....per quanto riguarda il profilo fiscale si è constatata – nei casi di irregolarità – la mancata fatturazione delle prestazioni, o la fatturazione di esse per importi minori,....con la conseguente sottrazione ad imposizione dei compensi imponibili. I risultati raggiunti dalle attività di controllo, relativi alle regioni Sicilia, Liguria e Lazio, hanno evidenziato significative sottrazioni di reddito imponibile, mancata emissione di fatture mediamente intorno al 30-40%, con picchi superiori al 50%".

### **Approfondimento: LA SANITÀ INTEGRATIVA IN UK. IL CASO BENEDENI**

I *Fondi sanitari integrativi* sono una realtà molto presente nel National Health Service britannico e, secondo recenti stime, erogano prestazioni a ben 12 milioni di cittadini. Il Governo ha da sempre tenuto conto dell'esistenza di questa realtà legittimando il suo

importante ruolo nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

Nel recente Health Bill del Dipartimento della Salute, presentato alla Camera dei Lord il 15 gennaio 2009, troviamo la volontà di regolare il rapporto tra pubblico e privato ed anche tra il Governo ed i FSI.

I FSI britannici sono attualmente ritenuti soggetti ibridi: hanno le caratteristiche sia dei nostri fondi di categoria sia delle società di mutuo soccorso. Infatti, nascono sia come forme mutualistiche di sostegno alle classi più svantaggiate sia come forme categoriali. Con il passare degli anni si sono aperti al territorio estendendo la loro operatività a tutta la popolazione ed attualmente alcuni di loro sono divenuti anche proprietari di ospedali. La particolarità dei FSI britannici è che essi vengono automaticamente riconosciuti dal NHS e, se non risultano rispondenti a determinate caratteristiche, vengono automaticamente esclusi. Sono soggetti, infatti, alle disposizioni del NICE (National Institute for Clinical Excellence) che svolge compiti di regolazione della qualità e dell'eccellenza clinica e controlla e certifica tutte le strutture sia pubbliche sia private. Il controllo da parte del NICE fa sì che i fondi debbano rivolgersi solo a strutture certificate, pena la loro esclusione dal panorama assistenziale. Ciò evidentemente costituisce una garanzia per gli iscritti e gli assistiti.

Oltre ai fondi, nel sistema integrativo britannico, operano le *charities* (associazioni libere di cittadini), enti categoriali che offrono pacchetti assicurativi ed operano a livello territoriale garantendo servizi come assistenza domiciliare integrata, trasporto in ambulanza, etc.

Le entità territoriali di negoziazione che trattano con i fondi e le *charities* sono i *Primary Care Trust* (PCTs), nati durante il Governo Blair dall'evoluzione dei *Primary Care Group*.

Uno dei fondi sanitari integrativi più diffusi in Gran Bretagna è **Benenden**.

*Benenden* è nato oltre 100 anni fa per aiutare il personale delle ferrovie e delle poste che soffriva di tubercolosi e poi si è aperto a tutti i cittadini. È un fondo no-profit ed i contributi versati dagli iscritti vengono utilizzati per migliorare ed aumentare il livello dei servizi offerti. Un gruppo ristretto di soci ordinari, eletti ogni due anni, costituisce il *Committee of Management* che ha la responsabilità di tutto ciò che riguarda il fondo.

Attualmente sono soci di *Benenden* circa 940.000 persone. La quota annua per l'iscrizione al fondo è di circa 60 -70 sterline, ma secondo necessità si può aderire per periodi più brevi, anche per una sola settimana per un costo di solo 1.25 sterline (1.50 sterline dal 1° luglio 2009). L'iscrizione dà la possibilità ai soci ed alle loro famiglie di accedere, pagandoli, ai vantaggiosi pacchetti sanitari offerti dal fondo.

Si può diventare soci di *Benenden* iscrivendosi on-line o presentandosi nella sede. I requisiti per l'accesso al fondo sono: essere lavoratori o aver lavorato nel settore pubblico; essere familiare o collega di un socio di *Benenden*. *Benenden* non attua la selezione del rischio, non richiede visita medica preliminare e la quota di iscrizione non varia a seconda dell'età. Si rimane soci del Fondo anche se si cambia lavoro o si va in pensione, ed in caso di decesso del partner iscritto si mantiene il diritto all'accesso alle prestazioni. I servizi offerti dal fondo per gli assistiti sono:

- *24 Hour Gp Telephone Advice Line*. Servizio di consulenza telefonica con un Gp (General Practitioner);
- *Fast, Local Consultation and Test*. Consulenti come specialisti, anche segnalati dal proprio Gp, che appartengono al NHS post e/o sono iscritti ad un Royal College;
- *Treatment and Surgery*. Trattamenti medici e/o chirurgici presso il *Benenden Hospital*

(ospedale indipendente di beneficenza proprietà di Benenden) ed in tutti gli ospedali selezionati in Uk;

- *Physiotherapy*. Rimborso della spesa per trattamenti di fisioterapia;
- *Advice on LTC*. Garanzia di assistenza ai non autosufficienti anche se chi ne usufruisce non è iscritto al fondo;
- *Financial Assistance for Cancer and Tb*. Rimborso delle spese sostenute durante la malattia. Accesso a fondi extra per le spese di assistenza domiciliare, viaggi da e per l'ospedale, prescrizioni, etc;
- *Health Concern Advice Line*. Servizio di consulenza per conoscere i servizi offerti nell'area di appartenenza;
- *Bupa Wellness Health Screening Discount*. Inserimento in programmi di screening.

*Solo per gli iscritti inoltre sono disponibili:*

- *24 Hours Counselling Helpline*. Consulenze per persone con problemi familiari, lavorativi, finanziari, di relazioni, etc.;
- *Best Health*. Rimborso per spese dovute a visite presso dentisti, oculisti, fisioterapisti ovvero a permanenze presso gli ospedali o maternità. Il rimborso delle spese sanitarie avviene previo invio della fattura in originale. Altra condizione per ottenere il rimborso è che il fondo deve prima autorizzare la prestazione per iscritto.

## Riferimenti bibliografici

- Piperno, A.  *Mercati assicurativi e istituzioni, la previdenza sanitaria integrativa*. Il Mulino, 1997.
- Mastrobuono I., Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C.  *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza* . Il Pensiero Scientifico Editore, 1999.
- Elaborazione dati Confcommercio del 2008  *I Dati di Fondo Est a confronto con i dati del censimento Istat 2001*.
- Fiorentini G.,  *I Servizi sanitari in Italia 2004*, Il Mulino.
- Dati sulle dichiarazioni delle persone fisiche, anno d'imposta 2005. fonte: [www.finanze.gov.it](http://www.finanze.gov.it)
- Cavalli L, Jommi C., Lecci F.,  *La spesa sanitaria: fonti informative, composizione ed evoluzione*. Rapporto Oasi 2007, Egea.
- Agenzia per i servizi sanitari regionali,  *Dati di sintesi sulla libera professione intramoenia (quinto rapporto annuale)*, settembre 2007.
- Assilt (Associazione per l'assistenza sanitaria integrativa ai lavoratori delle aziende del Gruppo Telecom Italia), Rendiconto annuale di gestione 2007.
- FASI (Fondo assistenza sanitaria integrativa per i dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi), Rendiconto Economico 2007.
- Censis,  *Il futuro della sanità integrativa. Mutualità e Long Term Care*, ottobre 2007.
- Censis.  *Il futuro della sanità integrativa. Mutualità e Long Term Care*. Numero 10, ottobre 2007.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze,  *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2007*.
- Rapporto 2007 dell'ASSR  *Dati di sintesi sulla libera professione intramoenia*, quinto rapporto annuale settembre 2007.
- Ceis, Rapporto Sanità-2008,  *La Sanità delle regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla riforma del Titolo V e alla vigilia del Federalismo fiscale*.
- Cislaghi, L'out of pocket sanitario nelle regioni Italiane.  *Analisi dei dati dell'Indagine Istat Multi-scopo 2005*. Supplemento novembre 2008, Monitor 3, Assr.
- ISTAT,  *Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia* (dati anno 2005), Sanità Statistiche in breve, dicembre 2008.
- Mapelli V.,  *La qualità della sanità non dipende dalla spesa*, 2008.
- Indagine Istat Cure odontoiatriche d'élite*.  *Il Sole 24 ore Sanità* n. 49, del 16-22 dicembre 2008.
- Cergas, Rapporto Oasi 2008.  *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*.
- E. Guzzanti, I. Mastrobuono, D. Bova,  *Le forme integrative di assistenza sanitaria e socio-sanitaria in Italia: le ragioni e la evoluzione di un programma di interventi per il loro sviluppo*, Organizzazione Sanitaria - n.4 - Ott-Dic – 2008.
- Elaborazione Dati Faschim* (Fondo di assistenza sanitaria per i lavoratori addetti all'industria chimica), Tavole statistiche presentate in Assemblea ordinaria il 27 novembre 2008.



## **Sitografia**

[www.assr.it](http://www.assr.it)

[www.istat.it](http://www.istat.it)

[www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)

[www.lavoce.info](http://www.lavoce.info)

[www.politichesanitarie.it](http://www.politichesanitarie.it)

[www.mef.gov.it](http://www.mef.gov.it)

[www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it)

[www.oecd.org](http://www.oecd.org)

[www.sole24ore.sanita.it](http://www.sole24ore.sanita.it)

[www.saniteia.it](http://www.saniteia.it)

[www.ania.it](http://www.ania.it)

[www.finanze.gov.it](http://www.finanze.gov.it)



# Considerazioni conclusive

Data la vastità dell'analisi e dei suggerimenti contenuti nel volume, si è scelto di esprimere le considerazioni conclusive dell'opera in forma di sintetiche proposte riguardanti la possibilità di adottare alcuni coerenti provvedimenti normativi ed operativi, che consentano l'attuazione di una serie di cambiamenti utili a realizzare la Assistenza Primaria in Italia.

Quali ambiti principali di intervento sono stati identificati i seguenti dieci punti:

1. L'Assistenza Primaria.
2. Le proposte della medicina generale e ICT.
3. La Formazione.
4. L'Integrazione socio-sanitaria.
5. Il Farmaco.
6. HTA.
7. Federalismo, Fondi integrativi, LEA.
8. L'assistenza sanitaria integrativa.
9. La centralità della persona come risposta alle nuove esigenze assistenziali.
10. Il Governo clinico.

## L'ASSISTENZA PRIMARIA

Il titolo del presente volume ed il taglio dei diversi capitoli si ispirano alla Dichiarazione di Alma-Ata, sottoscritta da 134 Paesi invitati dalla Organizzazione Mondiale della Sanità nel settembre 1978, nella quale si afferma che la *primary health care* intende tutelare la salute secondo un modello assistenziale che non comprende solo l'aspetto biomedico, ma anche le condizioni socio-economiche ed ambientali, capaci di influenzare negativamente la salute.

La Legge 833 del 1978, che a distanza di pochi mesi da Alma-Ata ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, ha stabilito che alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme nell'intero territorio nazionale, con una rete completa di Unità Sanitarie Locali, che si articolano in Distretti Sanitari di base quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

Questa parte della riforma sanitaria, per motivi trattati anche in alcuni capitoli del volume, non si è adeguatamente sviluppata, ed oggi se ne avverte la mancanza per le profonde trasformazioni che si sono verificate nella demografia, nell'epidemiologia e nella tecnologia, ma anche nelle caratteristiche della società, i cui singoli componenti sentono, al tempo stesso, il bisogno di un'effettiva tutela della salute, ma anche

l'esigenza di avere voce in capitolo in relazione alle scelte da effettuare al riguardo.

In un Paese come l'Italia, che tra i 30 membri dell'OECD si colloca, ora e nelle prospettive, nelle prime posizioni per quanto riguarda la percentuale delle persone anziane e molto anziane, per la speranza di vita alla nascita e che è caratterizzato dalle profonde differenze esistenti tra le Regioni dal punto di vista socio-economico, lo sviluppo dei servizi territoriali è un'esigenza indifferibile. È nel territorio che si incontrano i bisogni del mondo reale, che si possono rilevare i fattori di rischio, cioè le possibilità e probabilità che si sviluppino determinate malattie, in particolare le patologie croniche, le cui frequenza e complicanze aumentano con l'avanzare dell'età. Ed è ancora nel territorio che si possono riscontrare i dannosi effetti sulla salute dello stato socio-economico, rilevabile dal reddito, dal livello di istruzione, dallo stato di occupazione, dal luogo di residenza, dalle condizioni abitative, nonché dalla esistenza o meno delle reti familiari di supporto.

Questi concetti sono ben riassunti nel Libro Bianco del Ministro Sacconi quando si afferma che "la salute non identifica più semplicemente la cura della malattia ma, prima ancora, la promozione del benessere e lo sviluppo delle capacità personali, tenuto conto delle differenti condizioni di ciascuno".

Considerato che nel territorio, tra medici e farmacisti, i libero-professionisti convenzionati con il SSN sono circa 132 mila rispetto ai 130 mila dirigenti del SSN (di cui 111 mila medici), che sono insediati nel territorio circa 270 mila posti residenziali, ancora pochi rispetto alle esigenze, ma sono già oggi numericamente superiori ai posti letto ospedalieri, si propone di assumere iniziative legislative per qualificare e coordinare questo patrimonio quale Assistenza Primaria, il braccio armato dei Distretti nello svolgimento del loro ruolo territoriale di coordinamento tra i servizi direttamente gestiti, quelli convenzionati, quelli accreditati ed il terzo settore.

Ai libero-professionisti, nell'ambito di una graduale evoluzione degli ACN che si accompagna alle misure legislative, si chiede di facilitare lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo nel quale, ferma rimanendo la posizione di libero-professionista quale condizione essenziale perché le persone possano scegliere il loro medico di fiducia e con lui costituire le basi di una reciproca conoscenza e collaborazione, definizione di un maggior numero di ore di disponibilità possa consentire di svolgere le funzioni richieste dalle attuali esigenze.

In parte nel proprio studio, per le necessità di determinati gruppi di assistiti o per ragioni di accessibilità geografica, in parte maggiore in ambienti comuni dedicati al lavoro tra colleghi medici e con la collaborazione delle altre professioni sanitarie, per lavorare con lo spirito di una squadra dove si definisce una strategia e ciascuno ha un proprio ruolo si realizza, così, un servizio la cui disponibilità nell'arco della giornata favorisce l'accesso degli assistiti secondo orari loro convenienti, si assicura la continuità assistenziale notturna e festiva e si favorisce la continuità di rapporti con le altre attività del Distretto, con gli ospedali e con l'assistenza domiciliare e residenziale.

Il percorso non sarà semplice e neppure breve, come dimostrano i progetti sperimentali delle *Patient-centered Medical Homes*, che sono in corso negli Stati Uniti, ed

occorreranno facilitazioni ed incentivi per studiare e mettere in opera i vari modelli, per favorire l'acquisizione di strutture, la disponibilità di personale non medico e, soprattutto, per costruire lo spirito di squadra, che è l'essenza per la riuscita dei progetti.

Il World Health Report 2008 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che nel trentesimo anniversario di Alma-Ata ha affermato: «*Primary health care, ora più che mai*», conferma che è giunto il momento delle decisioni e che pur essendo necessari degli investimenti iniziali, questi saranno assai più redditizi di ogni altra alternativa.

Consapevoli di tutto ciò e scientificamente confortati da quanto scritto, proposto e realizzato, anche da noi stessi, sosteniamo le proposte avanzate nell'interesse delle persone assistite, che hanno diritto ad una assistenza continuativa fondata sulla fiducia, così che non si ripetano esami inutili, fastidiosi e talora pericolosi, che i farmaci siano somministrati con appropriatezza, che i ricoveri avvengano quando è veramente necessario e che dopo il ricovero la cosiddetta assistenza intermedia, a domicilio oppure nell'ospedale di comunità, rappresenti il ritorno a casa, nei luoghi conosciuti e vicini alle persone care.

## LE PROPOSTE DELLA MEDICINA GENERALE E ICT

Per affrontare la situazione di crisi internazionale e nazionale della medicina generale si raccomandano alcuni interventi articolati fra loro che, salvaguardando il rapporto di fiducia continuato nel tempo e la distribuzione capillare sul territorio, portino i medici di medicina generale a lavorare in squadra, a riscoprire motivazioni e soddisfazioni professionali, a rendere conto e a rendersi conto di ciò che fanno e dei risultati che raggiungono. Tali obiettivi possono essere perseguiti con:

- a) la creazione dell'Area unica della Medicina Generale, che consiste nel superamento dell'attuale distinzione fra il rapporto convenzionale dei Settori di Continuità Assistenziale (ex guardia medica), quello della Medicina dei Servizi e quello dell'Assistenza Primaria (medici di famiglia); si dovrebbe consentire un accesso unico alla convenzione per la medicina generale, prevedendo l'articolazione delle rispettive attività, invece che in Settori, in funzioni che possano essere svolte anche contemporaneamente, articolate nel tempo con diverse combinazioni, in modo da consentire una progressione professionale ed economica che la proposta denomina Evoluzione dell'Assetto Professionale.
- b) La ristrutturazione del compenso, in modo che siano nettamente distinte la quota destinata ad onorare l'attività del professionista da quella necessaria a garantire l'acquisizione dei fattori di produzione dell'assistenza erogata, così che ognuna possa avere sedi e criteri di adeguamento diversi. La parte destinata a remunerare l'attività professionale dovrebbe essere composta essenzialmente da una "quota capitaria", che remunera l'attività "fiduciaria" connessa alla scelta elettiva del cittadino, e da una "quota oraria" destinata e retribuire attività assistenziali comuni a

- tutta la popolazione assistita (continuità dell'assistenza, coordinamento, formazione, insegnamento, ricerca, ecc.)
- c) Il finanziamento dei fattori di produzione attraverso canali diversi dal finanziamento degli ACN, in particolare con investimenti previsti dal Piano Sanitario Nazionale e dall'Intesa triennale Stato-Regioni per il finanziamento del SSN. Per assicurare un investimento coerente e uniforme su tutto il territorio nazionale sarebbe di fondamentale importanza la previsione, in questi due importanti strumenti istituzionali, di una Cabina di regia per il governo dello sviluppo dell'Assistenza Primaria, composta dai Ministeri competenti, dalle Regioni e da rappresentanti della categoria.
  - d) Il presupposto fondamentale, sia al lavoro di squadra sia alla partecipazione alla programmazione e gestione dell'assistenza, che l'intera categoria dei medici di medicina generale si mostri capace di "accountability", cioè di conoscere e valutare la propria attività, nei confronti propri e di altri soggetti. Da ciò emerge la necessità di identificare a livello nazionale indicatori specifici che consentano di valutare in senso qualitativo e quantitativo l'attività della medicina generale, per ciascuno dei quali dovranno essere valorizzati standard periferici, in relazione al contesto e ai bisogni specifici della comunità locale.
  - e) Lo sviluppo dell'Information and Communication Technology (ICT) che apre ulteriori orizzonti alla medicina generale e opportunità di maggiore integrazione con tutti i livelli del SSN, oltre che la possibilità di offrire al cittadino di accedere a tutta una serie di servizi assistenziali ovunque esso si trovi o direttamente dallo studio del medico, senza doversi recare personalmente di sede in sede (come per esempio tele-prenotazioni di esami diagnostici e visite specialistiche).
  - f) Il processo di informatizzazione degli studi medici al fine di realizzare audit e accountability e sfruttare le opportunità dell'ICT richiede impiego di risorse umane ed economiche dedicate. È quindi necessaria una notevole accelerazione del processo di piena informatizzazione della medicina generale attraverso due linee fondamentali: da un lato si chiede al Governo e alle Regioni di prevedere investimenti strutturali che possano garantire ai medici attrezzature, personale e funzionalità, dall'altro i medici di medicina generale devono raggiungere la consapevolezza che tali attività rappresentano parte integrante e irrinunciabile dei loro compiti.

## LA FORMAZIONE

Il riconoscimento di una disciplina specifica della Medicina Generale comporta, accanto al tradizionale ruolo clinico, svolto all'interno del SSN, anche il riconoscimento istituzionale del ruolo didattico e di ricerca dei medici di famiglia. In assenza di un insegnamento universitario dedicato, tale disciplina è nata e si è sviluppata sulla base della raccolta di conoscenze e competenze nell'ambito della pratica professionale, che nel loro insieme hanno costituito il know-how professionale.

La formazione specifica in Italia oggi fa capo all'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 su tutto il territorio nazionale.

Pertanto si propone:

- di prevedere con atto istituzionale cogente e vincolante, come potrebbe essere un atto d'intesa tra Stato e Regioni, l'adozione di standard organizzativi e di contenuti formativi da parte di tutte le Regioni, a garanzia di una omogeneità e uniformità di competenze della medicina generale su tutto il territorio nazionale;
- di valutare l'opportunità di creare una specializzazione in medicina generale che trovi in ambito universitario la propria collocazione all'interno di una struttura di tipo dipartimentale misto di Medicina generale. La proposta prevede la stesura di una convenzione tra Università e Regione per determinare, tenendo conto di quanto definito nell'ambito degli Accordi Collettivi Nazionali e Regionali, la regolamentazione del Dipartimento, compiti e funzioni del personale docente e la durata dei contratti, nonché i criteri e le modalità di accreditamento del personale docente. La proposta prevede che l'insegnamento e la ricerca istituzionale nell'ambito di tale Dipartimento siano svolti prevalentemente da medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale.

## **L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**

L'attuale momento di politica sanitaria nazionale e regionale prevede una serie di provvedimenti e grandi innovazioni, tra loro coerenti, che ci si augura possano rappresentare occasioni istituzionali che consentano di attuare interventi orientati alla realizzazione di obiettivi di integrazione socio-sanitaria, nel pieno riconoscimento di tale forma di assistenza come una tra le più significative ed identitarie per la realizzazione dell'Assistenza Primaria in Italia.

Il bisogno assistenziale socio-sanitario è un bisogno complesso, che va riferito come livello assistenziale all'Assistenza Primaria, proprio perché possa essere garantita una risposta assistenziale unitaria, inscindibile nelle singole componenti sanitaria e sociale, cui corrisponda una unitarietà organizzativa, gestionale, temporale, ma anche di sede di erogazione e di risorse umane e strumentali che la costituiscono.

La necessità di raccogliere, misurare e analizzare il bisogno di assistenza socio-sanitaria allo scopo di programmare e pianificare soluzioni adeguate, efficaci ed efficienti trova risposta nella recente istituzione da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di un sistema informativo specifico per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare e di una banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali (DM 17 dicembre 2008).

Urgente e improcrastinabile emerge la necessità di una chiara definizione e speci-

ficazione di livelli essenziali sociali e socio-sanitari. Ciò consentirebbe di garantire omogeneità ed uniformità di offerta sul territorio nazionale e, quindi, di quantificare le risorse per la relativa applicazione, nonché di delineare un'appropriata ripartizione delle competenze di spesa fra settore sociale e sanitario, sulla base di una necessaria concertata assunzione di responsabilità economiche fra Stato, Regioni ed Enti locali.

Si rende quindi necessaria una decisione politica rispetto alle fonti di finanziamento da destinare all'integrazione socio-sanitaria, ed in essa in particolare alla tutela delle condizioni di non autosufficienza e disabilità.

È particolarmente auspicabile l'intendimento di un'espressione di chiarezza, in termini di politica sanitaria nazionale, rispetto alla definizione dei confini tra intervento o copertura pubblica (ad esempio considerando di ripristinare la proposta di una tassa di scopo) ed il ricorso ad un'eventuale compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini su base reddituale; o, ancora, si potrebbe valutare l'opportunità di ricorso alle assicurazioni private per garantire l'assistenza ai soggetti non autosufficienti, ripercorrendo la strada intrapresa da altri Paesi europei come la Germania (come descritto nel capitolo). La scelta fra queste tre soluzioni è di carattere strettamente politico; proprio in questo periodo si presentano delle significative occasioni che potrebbero consentire di orientare il dibattito politico a tale riguardo, rappresentate dall'approvazione della legge delega sul Federalismo fiscale, dalla definizione dei LEA ed, in essa, l'espressione di volontà rispetto all'eventuale mantenimento, e potenziamento del Fondo nazionale per le non autosufficienze.

Una chiara definizione del livello essenziale corrispondente alla assistenza sociale e socio-sanitaria implica, come diretta conseguenza, sul piano organizzativo e gestionale, la strutturazione e la sistematizzazione dei rapporti fra i vari ambiti istituzionali, organizzativi e professionali a vario titolo coinvolti, superando definitivamente l'attuale frammentazione settoriale, sia della programmazione che della realizzazione delle politiche e dei conseguenti interventi.

Sarà a tal proposito di strategica importanza orientare una riflessione attenta ed approfondita, di carattere multidisciplinare, sulla necessità di offrire a tutti i professionisti e agli operatori, a vario titolo coinvolti nella realizzazione di obiettivi di integrazione socio-sanitaria, una formazione integrata.

Entrambi i passaggi sopra descritti, la strutturazione di rapporti fra operatori e professionisti del settore, nonché la formazione integrata ad essi dedicata, potranno consentire finalmente la formulazione condivisa di linee guida operative specifiche per le prestazioni socio-sanitarie.

Rispetto agli strumenti di programmazione, in ambito regionale andrà promossa l'elaborazione di piani socio-sanitari integrati, mentre è a livello locale, quindi dell'Assistenza Primaria, che sarà necessario dedicare ogni attenzione necessaria per evitare che la ricchezza di strumenti normativi, a causa di una interpretazione ed attuazione distorsiva della propria funzione di facilitazione della integrazione, possa rappresentare un momento di inutile e dannosa frammentazione, sovrapposizione e duplicazione programmatoria.



## IL FARMACO

Per l'equilibrio del sistema e la sua sostenibilità è indispensabile un cambiamento di rotta nella gestione della spesa sanitaria pubblica, che si ponga l'obiettivo della responsabilizzazione di tutti gli attori, dell'appropriatezza di ciascuna prestazione sanitaria e della diffusione delle best practice. La domanda di salute è destinata a crescere, quindi è necessario usare meglio le risorse già disponibili, che possono essere ottimizzate mantenendo la qualità dei servizi.

- **Garantire stabilità del quadro normativo e certezza delle regole:** per migliorare le condizioni di contesto per investimenti che si misurano nell'arco di oltre un decennio, è necessario un quadro normativo stabile, coerente ai vari livelli di Governo (nazionale e regionale), competitivo rispetto a quello di altri Paesi, con risorse adeguate alla domanda di salute
- **Ridurre gli sprechi in sanità per promuovere una visione integrata:** la farmaceutica ha i conti in ordine e, dal 2007, le imprese sono rimaste all'interno delle risorse loro assegnate, con una dinamica di spesa ormai sostanzialmente sotto controllo, a differenza di molti degli altri comparti di spesa. Dal 2001 al 2008, a fronte di un aumento delle altre voci superiore al 50%, la spesa farmaceutica convenzionata è diminuita del 2,4% – con un aumento dei consumi del 40% – e, in termini pro-capite, è ormai di oltre il 30% inferiore alla media dei grandi Paesi europei. Nello stesso periodo, si è invece registrata una crescita del +54,6% per altri capitoli di spesa, per oltre il 50% composti da spesa ospedaliera, dove vi sono ampi margini per miglioramenti gestionali.

A una visione a compartimenti stagni (farmaceutica, ospedali, diagnostica, ecc.) deve, quindi, subentrare una che tenga conto delle relazioni tra le varie voci del sistema socio-sanitario e del valore delle prestazioni in termini di risultati.

- **La distribuzione dei farmaci:** implementare la distribuzione diretta e per conto della Asl dei farmaci in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale. Questa modalità di distribuzione può essere funzionale per il governo della spesa, purché adottata nei modi previsti dalla normativa nazionale, valutandone anche i costi amministrativi necessari per il suo funzionamento, garantendo la libertà prescrittiva dei medici e – soprattutto – tenendo conto delle esigenze dei pazienti, ai quali va assicurata la piena disponibilità e accessibilità delle cure.
- **Promuovere l'appropriatezza come strumento per favorire una maggiore sostenibilità del sistema:** nell'ottica di una farmaceutica integrata nel totale del Sistema Sanitario, l'uso corretto ed appropriato di medicinali e vaccini rappresenta uno strumento per l'efficienza e la sostenibilità del SSN, perché può generare significativi risparmi, sia con la prevenzione primaria, sia rallentando la degenerazione di molte malattie: un bene per il paziente come per il SSN, che può evitare il ricorso a prestazioni sanitarie più costose.

- **Rinnovare la governance per promuovere qualità e responsabilità:** La sfida da raccogliere è quella di definire politiche sanitarie “dinamicamente efficienti”, ossia che non rispondano solamente alle esigenze di bilancio di breve periodo (esclusivamente di contenimento della spesa), ma che si pongano in un’ottica di medio-lungo periodo che considera tutte le relazioni esistenti tra le diverse componenti della spesa sanitaria e tra questa e il sistema economico complessivo.

Il nuovo modello di *Welfare* dovrà essere, quindi, in grado di sostituire un approccio dirigista con uno fondato su una maggiore responsabilità di tutti gli attori del sistema (istituzioni, imprese, cittadini, medici).

## HTA

L’adozione dei principi e dei metodi dell’HTA può dimostrarsi preziosa per giungere ad una collocazione più appropriata, efficace ed efficiente del patrimonio tecnologico del SSN tra strutture ospedaliere e territoriali. Le aggregazioni funzionali territoriali previste dall’ACN 2009 così come le attuali esperienze di aggregazioni di MMG in forme organizzative innovative (quali le UTAP, i NCP, ecc.) permettono di identificare nuove localizzazioni per le tecnologie sanitarie in particolare per quelle diagnostiche. L’identificazione delle tecnologie sanitarie il cui uso è preferibile in tali contesti extraospedalieri impone una valutazione delle implicazioni che questo trasferimento ha sulle infrastrutture, sugli assetti organizzativi, sulla qualificazione professionale dei MMG e sulla percezione che i cittadini hanno dell’accesso a prestazioni tradizionalmente basate nell’ospedale all’interno di un contesto territoriale. Gli esempi a livello internazionale non mancano e dalle esperienze e dagli errori di altri paesi è possibile trarre preziose indicazioni per una futura strategia di HTA per l’Assistenza Primaria.

## FEDERALISMO, FONDI INTEGRATIVI, LEA

Gli ultimi sette anni del SSN hanno rappresentato un periodo importante di “transizione” verso un federalismo maturo. L’atteso decreto sui nuovi LEA e la previsione di un sistema di allocazione delle risorse basato non più sulla spesa storica, ma su un sistema di costi standard, dovrebbe permettere di superare alcuni limiti che hanno caratterizzato il periodo 2001-2008.

Dopo l’approvazione parlamentare della legge sul federalismo fiscale è iniziato il biennio nel quale i decreti attuativi daranno forma concreta a questa innovazione istituzionale. Due sono gli elementi da sottolineare. In primo luogo la definizione dei LEA oggi e nel futuro dovrà essere fondata su un processo istituzionalizzato di health technology assessment con carattere nazionale capace di governare l’introdu-

zione delle innovazioni tecnologiche (farmaci, devices, proceure) nel pacchetto LEA così come il “de-listing” delle tecnologie e delle pratiche obsolete.

Il secondo elemento critico riguarda invece la non autosufficienza che rappresenta un campo di applicazione del federalismo particolarmente impegnativo per la varietà di interventi e di livelli di governo coinvolti: i servizi socio-sanitari di responsabilità regionale, i servizi sociali di titolarità comunale e le prestazioni monetarie di competenza statale. Infatti, il federalismo pone una duplice sfida alla non autosufficienza: da una parte, è necessario sviluppare le stime dei costi standard dei servizi, dall'altra, la definizione dei livelli essenziali richiede di indicare la strategia nazionale per la non autosufficienza con particolare riferimento alla definizione di un livello di copertura che i singoli territori devono offrire, o come quota di spesa pro capite o come percentuale di non autosufficienti serviti.

## **L'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA**

Le caratteristiche e l'entità (circa 30 mld euro) della spesa ufficiale privata hanno ormai determinato una consapevolezza diffusa circa l'opportunità di regolare il settore, abbandonando schemi utilizzati in passato, fondati su una rigida separazione fra prestazioni garantite dal SSN e dai fondi sanitari.

Il decreto del Ministro della Salute del marzo 2008 rappresenta una base valida e ragionevole per la costruzione di un secondo pilastro sanitario, in analogia con quanto realizzato negli anni scorsi con la previdenza complementare, che consente di mettere a disposizione dei cittadini, come accade in altri Paesi, coperture sanitarie di tipo non profit defiscalizzate.

Sarà opportuno ora completare la riforma avviata con il decreto, definendo la parte regolamentare sulla tipologia dei fondi, sulla loro governance e sul sistema di vigilanza.

Particolare attenzione va riservata ai legami fra sanità integrativa e contrattazione collettiva. In tale ambito, si ritiene opportuno definire un insieme di incentivi fiscali che rendano neutro il costo della sanità integrativa per le imprese, favorendo così uno sviluppo equilibrato e prudente di forme sanitarie integrative categoriali o aziendali.

## **LA CENTRALITÀ DELLA PERSONA COME RISPOSTA ALLE NUOVE ESIGENZE ASSISTENZIALI**

È ampiamente noto come l'attuale quadro assistenziale si sia profondamente modificato spinto da longevità, cronicità e necessità di prevenzione, rendendo evidente come sia sempre più necessario compiere oggi una scelta che permetterà di rispondere domani a domande di salute sempre più complesse.

È necessario trasformare l'approccio assistenziale/paternalistico alla condizione

di malattia e di disagio sociale in un affiancamento del cittadino per aiutarlo a prevenire, per quanto possibile, tali condizioni, passando da una medicina di attesa ad una medicina di iniziativa.

Questo è particolarmente vero per le malattie cardiovascolari che rappresentano la prima causa di morte in Italia con il 44% di tutti i decessi e il cui reale impatto sociale può essere ben compreso solo se si prendono in considerazione i soggetti che sopravvivono ad eventi cardiovascolari acuti e che diventano pertanto malati cronici. Questo stato genera infatti importanti ripercussioni sulla qualità di vita e provoca un sensibile incremento dei costi economici e sociali che la società deve sostenere per far fronte all'aumentato fabbisogno assistenziale così generato.

Spesso si dichiara che i servizi sanitari devono mettere al centro il paziente ma questo approccio dovrebbe essere realizzato includendo il paziente nel team assistenziale in quanto lui stesso è partecipe e consapevole della propria malattia, è in grado di riconoscere i segnali di cambiamento del proprio stato di salute e chiamare il medico quando è necessario, sa tenere sotto controllo la malattia misurando alcuni parametri, osservando i cambiamenti del proprio organismo e adottando stili di vita salutari, assume le terapie nel modo corretto aderendo al regime terapeutico in modo continuativo consapevole dei rischi e dei benefici attesi.

Per ottenere questo è necessario educare il paziente e affiancarlo nel percorso diagnostico-terapeutico tramite un infermiere professionale che opera con il medico di medicina generale e con gli specialisti di riferimento in modo da accompagnarlo nel percorso di prevenzione, facendo leva sulla sua motivazione e sulla conoscenza acquisita che gli consente di assumere decisioni per la sua salute con il suo medico e il suo care manager. Il care manager diventa un efficace supporto per il medico e per il paziente se adeguatamente formato sia sugli aspetti clinici e sull'applicazione delle linee guida sia su tecniche di comunicazione e di motivazione per il cosiddetto "empowerment" del paziente di cui prende in considerazione tutti gli aspetti che possono migliorare la sua compliance a corretti stili di vita inclusa la sfera cognitiva e psicologica. In questo modo il paziente fa ricorso ai servizi sanitari definiti nel percorso e nei tempi previsti e il care manager agevola l'accesso evitando al paziente di perdersi in una rete sempre più complessa.

Nel Gennaio 2006 il servizio sanitario inglese (NHS) ha pubblicato il White Paper per promuovere una riforma del sistema sanitario per diminuire il ricorso all'ospedale e migliorare i servizi territoriali. (*Our Health, Our Care, Our Say, a new direction for community services*). In questo documento, tra l'altro, si propone di consentire ai cittadini di avere "un maggiore controllo della loro salute e delle cure. "Ci sono valide evidenze che la cura è meno efficace se i pazienti sentono di non averne il controllo". Tutto ciò che consente di prevenire malattie evitabili non riguarda solo i pazienti e le loro famiglie ma la società e l'economia del paese.

Nell'ambito di un programma di partnership tra alcune Regioni e la Pfizer e in linea con la sempre maggiore attenzione mostrata dal mondo politico e sanitario rispetto alla prevenzione di quei fattori di rischio che propiziano l'insorgenza della

malattia cardiovascolare (abitudine tabagica, ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà), sono state avviate, come nel caso della Regione Puglia, alcune sperimentazioni di modelli organizzativi con l'obiettivo di valutare la fattibilità e l'efficacia di un innovativo modello di presa in carico del paziente nell'ambito della medicina del territorio, definito "Disease and Care Management"

Il Disease Management rappresenta un approccio sistemico ed Evidence-based che vede il coinvolgimento di tutti gli "erogatori di assistenza": il Medico di Medicina Generale, che governa l'equipe assistenziale, lo specialista, il care manager ed il paziente. Quest'ultimo partecipa maggiormente al proprio piano di salute, migliorando la propria auto-gestione ed aderenza alle cure.

Le esperienze fatte rappresentano, quindi, una base di sperimentazione importante per l'adozione di una nuova modalità di governo della presa in carico delle malattie croniche e della fragilità, per la continuità dei percorsi assistenziali e l'elemento facilitatore dell'integrazione dei servizi e delle competenze professionali nei confronti del cittadino, in sintonia con le indicazioni regionali di rafforzamento del territorio.

Tale modello ha dimostrato che promuovendo l'empowerment e la responsabilizzazione del paziente, attraverso la sinergia di tutti i professionisti coinvolti e l'integrazione dei servizi disponibili, è possibile produrre sia benefici significativi per i pazienti che un ricorso più appropriato ai servizi, contribuendo così sensibilmente allo spostamento di risorse dall'ospedale/urgenza/acuzie al territorio/cronicità/prevenzione.

Tale modello dovrebbe essere implementato nell'ambito di organizzazioni innovative quali le medicine di gruppo o le UTAP o altre aggregazioni dei medici di medicina generale dove sia possibile condividere il care manager identificando i pazienti che meglio possano beneficiare dal percorso assistito. Il care manager deve avere requisiti e formazione necessaria per fornire al paziente tutto il supporto di cui necessita per accompagnarlo durante il percorso di prevenzione di un primo evento o di una recidiva rendendolo responsabile e consapevole della propria malattia e della cura che si è impegnato ad adottare per raggiungere l'obiettivo di un migliore stato di salute e qualità di vita. Questo è un modo concreto per interpretare l'obiettivo dichiarato della centralità del paziente, un paziente diverso che decide, conosce, cambia stile di vita, partecipa alla cura con il suo medico indipendentemente dal suo stato sociale e dalla sua scolarità che spesso sono fattori che determinano un accesso più difficoltoso ad un percorso di salute.

## IL GOVERNO CLINICO

Nel Libro Bianco del Ministro Sacconi si citano anche la *Clinical governance* e il *Risk management* come parole chiave, mutuata dal mondo anglosassone, che introducono una nuova cultura del governo sanitario. Dal punto di vista della storia recente

l'affermazione è del tutto corretta, derivando la *Clinical governance* dal Libro Bianco del Governo Laburista inglese del 1997, dal titolo *The new NHS. Modern – Dependable*, e il *risk management* dal *To err is human*, un rapporto dell'Institute of Medicine degli Stati Uniti del 2003.

Se guardiamo, però, all'essenza di queste parole chiave, la mente ci riporta a molti secoli fa, e precisamente al Giuramento di Ippocrate, del V secolo a.C., nel quale il medico afferma che «regolerò il regime dei malati a loro vantaggio secondo le mie capacità e il mio giudizio, e mi asterrò da ogni mala azione e da ogni ingiustizia». Nel corso dei secoli, però – e particolarmente alla fine del XVIII secolo – questa responsabilità si è estesa dal rapporto medico-malato anche alle relazioni con le istituzioni, dal momento che lo Stato ha assunto il compito di assistere le persone, prima quelle indigenti e, progressivamente, la grande maggioranza – se non la totalità – dei cittadini.

Il processo di responsabilizzazione del medico – perché di questo si tratta – si è esteso ed è diventato di pubblica utilità, sempre che esistano le condizioni per esercitarlo. Nella prima, fondamentale, legge sanitaria dell'Italia post-unitaria, quella sulla *Tutela dell'Igiene e della Sanità Pubblica*, Francesco Crispi, nel presentarla al Parlamento nel 1888, affermava che il servizio pubblico, che ha per scopo la tutela dell'igiene e della salute pubblica della popolazione, doveva essere affidato a cultori delle discipline sanitarie dotati di un sapere tecnico e di una pratica che non sono comuni a persone di altra cultura, così da provvedere sia ad un lavoro di informazione e statistico, indispensabile ai legislatori e al Governo per conoscere le condizioni sanitarie del Paese, sia per vigilare sull'esecuzione delle leggi sanitarie ed applicare i provvedimenti che il Governo nell'interesse pubblico crede opportuno di emanare.

Crispi affermava, inoltre, che non essendo chiamato ad interessarsi dell'igiene pubblica l'elemento tecnico che nei Comuni ha l'assistenza clinica degli infermi, cioè il medico condotto, l'Italia è un Paese pressoché ignoto dal punto di vista della statistica generale e locale sanitaria. L'approvazione della legge, nel dicembre del 1888, ha quindi sancito compiti e responsabilità dei medici, verso i singoli e verso la comunità, quest'ultima portata fino ai più remoti Comuni con l'affidamento al medico condotto delle funzioni di ufficiale sanitario comunale.

Quasi un secolo dopo, un'altra fondamentale legge, la 833 del 23 dicembre 1978, ha istituito il Servizio sanitario nazionale ed ha disposto, tra l'altro, che:

- la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio sanitario nazionale;
- la legge dello Stato fissa «i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini», gradualmente unificando, nei tempi e nei modi stabiliti dal Piano sanitario nazionale, le prestazioni già erogate dai disciolti enti mutualistici.

Da qui parte una lunga storia che vede apparire il primo Piano Sanitario Nazio-

nale nel 1994 e nella circostanza si individuano sei livelli essenziali di assistenza (LEA), poi ridotti a tre dal Piano sanitario 1998-2000, i cui principi vengono trasfusi nel DPCM 29/11/2001. Attualmente è in discussione una successiva e più articolata versione dei livelli essenziali di assistenza presentata nell'aprile 2008.

Nei riguardi del problema dei LEA, il Libro Bianco afferma che «sono diventati talora l'alibi per coprire inefficienze e sprechi, anche perché privi di efficaci meccanismi di controllo e monitoraggio», e che quindi «vanno ripensati come uno strumento in grado di conciliare sostenibilità del sistema, diritti del cittadino, accesso ai servizi, appropriatezza e sicurezza delle cure». In effetti è proprio così, eppure gli strumenti per rendere possibile questo percorso erano già stati previsti, a partire dalla legge 833 del 1978, che articolava le costituenti Unità Sanitarie Locali in Distretti Sanitari di base quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento, ed ordinava gli ospedali in dipartimenti, per l'integrazione delle competenze anche attraverso il lavoro di gruppo, e per il collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri.

In realtà i distretti hanno avuto – e tuttora hanno – grandi difficoltà a decollare e così i dipartimenti, tanto che, nel 1995, dovendo provvedere ad attuare il disposto della legge finanziaria 724 del 1994 circa l'avvio della remunerazione degli ospedali secondo la metodologia delle tariffe predeterminate per caso di ricovero, le linee guida del Ministro della Sanità n. 1/1995 hanno anzitutto chiarito che «le risorse finanziarie attribuite alle Regioni sulla base della quota capitolaria sono destinate a garantire le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza», e quindi solo una parte doveva essere l'oggetto delle nuove forme di finanziamento.

Considerando, inoltre, che il sistema delle tariffe avrebbe potuto indurre variazioni significative nella condotta clinico-assistenziale, tali da influire sulla qualità delle prestazioni erogate, si sollecitava la costituzione dei Dipartimenti e, nel loro ambito, la conduzione di audit medici utili, al tempo stesso, come controllo interno, ma anche come controllo esterno.

Nel rispondere sull'argomento alla competente Commissione della Camera dei Deputati, il Ministro della Sanità pro-tempore affermava, infatti, che praticare l'audit clinico significava «rendersi conto di quello che facciamo per rendere conto agli altri».

Ben poco da allora, si è fatto in questo campo, preferendo invece lo strumento delle leggi per limitare le strutture, le spese e le tipologie di alcuni settori del SSN, tra i quali i farmaci e gli ospedali, quasi dimenticando che prima degli ospedali dovrebbe esistere una vera Assistenza Primaria, quale oggi non esiste, e che dopo gli ospedali sia l'Assistenza Domiciliare sia quella Residenziale sono fortemente carenti.

Le proposte rispetto a questa situazione scaturiscono dalla necessità di avviare subito le procedure per rispettare quanto stabilito dalla Legge 5 maggio 2009, n. 42 in materia di federalismo fiscale, che richiede il superamento della spesa storica e la determinazione del costo e del fabbisogno standard quale costo che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica.

Considerato quanto sopra, è indispensabile collegare le eventuali misure normative con procedimenti di effettiva conoscenza, valutazione e responsabilizzazione, quali gli audit da effettuare nei Dipartimenti di Prevenzione, nei Dipartimenti Ospedalieri e nelle attività a carattere dipartimentale da svolgere sin da ora nell'ambito di quella che diverrà l'Assistenza Primaria.

Attraverso una metodologia valutativa delle prestazioni da effettuare *ex-ante* ed *ex-post*, come descritta nel capitolo del Governo clinico, conosceremo finalmente dalla fonte tutto quello che avviene – e come avviene – nella prima linea, laddove operano coloro i quali hanno l'obbligo del “rendersi conto per rendere conto” ai cittadini e alle istituzioni.





Finito di stampare nel mese di luglio 2009  
dalla tipografia Eurolit - Roma

#### ALESSANDRO MELONCELLI

È Docente incaricato di Diritto Tributario presso l'Università di Foggia; è docente presso la Scuola Superiore dell'economia e finanze (ex "E. Vanoni"), presso la Scuola superiore della Guardia di Finanza e presso la Scuola Superiore di Pubblica Amministrazione; è autore di numerosi articoli e saggi pubblicati su riviste scientifiche universitarie e sui principali quotidiani economici, è autore della monografia "Imposizione e proporzionalità dell'azione", 2006; è relatore in seminari universitari e convegni organizzati da associazioni ed istituzioni pubbliche e private; ha svolto attività di assistenza parlamentare presso la Commissioni finanze della Camera dei deputati e presso la Commissione bicamerale dei Trenta per la riforma tributaria presieduta dall'On. S.Biasco; è stato direttore scientifico e coordinatore, insieme ai proff. Augusto Fantozzi e Pietro Boria, del primo master a distanza in diritto tributario, realizzato dal gruppo Kataweb in convenzione con la facoltà di Economia presso l'Università di Foggia e la Fondazione Luca Pacioli del Consiglio Nazionale dei Ragionieri commercialisti; ha partecipato a gruppi di lavoro di istituzioni pubbliche e private; è membro del Comitato scientifico di ACB Group, presieduto dal prof. Luigi Guatri e dal prof. Victor Ukmar, network di studi professionali; attualmente svolge attività di consulenza in materia societaria, finanziaria e tributaria presso lo Studio Gnudi, primario studio professionale in Italia, ricoprendo cariche presso società private ed enti pubblici.

#### GIACOMO MILILLO

Dall'ottobre 2006 è Segretario generale nazionale della FIMMG (Federazione Italiana Medici di Famiglia). Dal 1982 a tutt'oggi è medico di medicina generale e dal 1999 Vice Segretario Nazionale Vicario; in tale veste ha partecipato alle trattative nazionali per la definizione degli Accordi Collettivi Nazionali per i medici di medicina generale del 2000 e del 2005. È stato Segretario provinciale della FIMMG Torino dal 1996 al 2001. Nel 1981 ha partecipato alla progettazione e all'avviamento del primo centro per le tossicodipendenze dell'USL 40 di Ivrea. Dal 1985 è Animatore di Formazione in medicina generale; nell'ambito della Scuola Piemontese di formazione in medicina generale, di cui è socio fondatore, ha lavorato alla produzione di corsi di formazione per medici generali. Consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Torino dal 1993 al 2008, è stato Vice Presidente dello stesso Ordine dal 2003 al 2008. Membro del Comitato Tecnico-Scientifico Regionale per il Tirocinio in Medicina Generale dal 1993 al 1998; dal 2003 è componente del Comitato etico dell'IRCC (Istituto per la Ricerca e la Cura sul Cancro) di Candiolo (TO). Dal 1984 è socio della Società Italiana di Medicina Generale; Responsabile Nazionale delle attività di VRQ (Verifica e Revisione della Qualità) nella stessa società dal 1991 al 1994.

In copertina:

*La clairvoyance (La chiaroveggenza)*

René Magritte

1962 circa, gouache su carta, 34,8x25,8cm.

Collezione di Brigitte SALIK e Véronique SALIK

Con il sostegno incondizionato della



La FIMMG, Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale, ha inteso promuovere una riflessione culturale e scientifica sull'attuale organizzazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale ed in particolare sull'Assistenza Primaria. Il tema dell'Assistenza Primaria, del suo sviluppo e della sua aderenza alle reali esigenze dei cittadini rappresenta una prospettiva strategica per la sostenibilità del SSN e per il rispetto dei principi di equità e universalità dell'assistenza che lo caratterizzano. Per approfondire questo tema è stato costituito il GISAP, Gruppo Indipendente per lo Studio dell'Assistenza Primaria, di cui il Professor Elio Guzzanti è il Direttore scientifico, la Dottoressa Maria Concetta Mazzeo coordinatrice scientifica, e di cui fanno parte Americo Cicchetti, Professore straordinario della Facoltà di Economia Sanitaria dell'Università Cattolica di Roma, Alessandro Meloncelli, Docente incaricato di Diritto Tributario presso l'Università di Foggia, il Dottor Giacomo Milillo, Segretario Nazionale della FIMMG. Al GISAP collaborano le Dottoresse Carmela Fidelmina Le Rose e Anna Ceccarelli che fanno parte dello staff della Segreteria nazionale della FIMMG. Il GISAP, che si avvale anche del contributo di esperti e protagonisti del settore, intende realizzare studi e ricerche sull'Assistenza Primaria e come prima iniziativa, con il sostegno incondizionato della Pfizer Italia, ha realizzato il presente volume.

#### ELIO GUZZANTI

Si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università La Sapienza di Roma, specializzandosi in Malattie respiratorie ed in Igiene e Tecnica Ospedaliera. È Libero Docente Universitario di Igiene. Medico Internista presso gli Ospedali Riuniti di Roma tra il 1946 e il 1969. Negli anni fra il 1970 ed il 1975 ha rivestito la carica di Direttore sanitario degli ospedali S. Spirito, S. Camillo e Policlinico Umberto I di Roma e, successivamente, di Sovrintendente sanitario degli Ospedali Riuniti di Roma (1976-1979). Sovrintendente sanitario dell'IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma (1979-1987), ne è divenuto in seguito Direttore Scientifico (1987-1994). Tra il 1976 ed il 1993 per quattro mandati triennali è stato Componente del Consiglio Superiore di Sanità. Nel decennio 1987-1996 è stato Vice Presidente e poi Presidente della Commissione Nazionale per la lotta all'AIDS. Ministro della Sanità nel periodo gennaio 1995 - maggio 1996. Negli anni 1996-1998 è stato Direttore dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali allora costituita. Negli anni 2004-2007 è stato Componente effettivo di nomina del Ministero della Salute nella Commissione Nazionale per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Dal 2002 è Direttore Scientifico dell'IRCCS Oasi SS. Maria di Troina (En). Medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica, Cavaliere di Gran Croce dell'Ordine "Al Merito della Repubblica Italiana", è autore di oltre quattrocento pubblicazioni e sei monografie riguardanti l'organizzazione sanitaria e la sanità pubblica.