

*I modelli organizzativi della medicina generale nella gestione delle patologie croniche:
una proposta per l'analisi e la valutazione*

SANIT 2011

Assistenza Primaria : evoluzione e prospettive

Prof. Elio Guzzanti

Direttore Scientifico IRCCS "Oasi", Troina (EN)

Roma, 16 giugno 2011

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel 1988 la legge finanziaria autorizza un programma pluriennale di interventi, per un importo di 30 mila miliardi di lire, destinato alla ristrutturazione e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e alla realizzazione di 140 mila posti in residenze per anziani e soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio (RSA).

La legge 135/1990, per la lotta contro l'AIDS, costituisce un paradigma organizzativo per la globalità e la omogeneità delle iniziative, che vanno dalla prevenzione alla assistenza domiciliare e residenziale per le condizioni terminali, includendo nel programma la riorganizzazione della rete infettivologica ospedaliera, progettata in modo flessibile per usi futuri diversi e dotata di day hospital, la organizzazione a rete di tutti i servizi, alla cui base è posta l'assistenza primaria territoriale, e comprende programmi di formazione continua del personale e progetti di ricerca che daranno all'Italia un mercato rilievo internazionale.

Nel 1992-93 si disciplinano le attività di ricovero a ciclo diurno, la day surgery e la chirurgia ambulatoriale.

Sul piano istituzionale, anche a seguito della crisi economico-finanziaria che investe il Paese nel settembre 1992, con i dlgs 502/92 e 517/93 si "aziendalizza" il SSN, distinguendo le Aziende Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere sede delle alte specialità di rilievo nazionale.

In ambedue i casi, i poteri di gestione e la rappresentanza legale sono affidati a un Direttore generale che, con le modifiche introdotte con dlgs 1999, si avvale del Collegio di direzione per le strategie e le iniziative sanitarie dell'Azienda.

Nel 1995 il Ministro della Sanità dirama le linee guida per l'avvio della remunerazione dei ricoveri ospedalieri con tariffe predeterminate sulla base della classificazione DRG (già adottata negli USA dal 1983), come disposto dalla legge finanziaria. Le linee guida richiamano ad un rapporto collaborativo tra gli ospedali e le attività e i servizi extraospedalieri, perché il nuovo sistema si fonda su degenze brevi alle quali deve seguire la continuità territoriale.

Nel 1995 si avvia anche la Carta dei servizi del SSN per rispondere alle crescenti aspettative della centralità del cittadino.

Nel 1996, in continuità con quanto stabilito nel 1992 sull'emergenza sanitaria, la Conferenza Stato Regioni approva il Sistema di emergenza sanitaria, fondato sul numero unico nazionale 118, le Centrali operative, i mezzi di soccorso adeguati e corrispondenti alle singole circostanze, i codici di valutazione di criticità del caso, il triage, e la rete ospedaliera, che è funzionalmente organizzata secondo il modello *hub and spoke*, differenziando i punti di primo intervento, il pronto soccorso e i DEA di 1° e 2° livello.

Nel 2006 è stata riconosciuta la specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Centralità delle cure primarie

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

Tale compito è affidato anche alle cure primarie, in particolare alla medicina generalista e alle altre componenti dell'assistenza convenzionata, in una logica di rete. I principali obiettivi ad esse affidati sono:

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

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

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

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

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

Nel suo “Fiscal Monitor report” (aprile 2011), il Fondo Monetario Internazionale afferma che se continuano a crescere come oggi, nel giro di 40 anni i costi per la sanità avranno sul debito pubblico un impatto tre volte superiore a quello della crisi finanziaria. In appendice, il rapporto presenta delle analisi econometriche effettuate per contenere “the excess cost growth (ECG)”, cioè l’aumento della spesa sanitaria rispetto al PIL “in excess of what is due to population aging”.

Da tali analisi risulta che gli interventi più efficaci sono la “estensione dei meccanismi di mercato” (-0,50), il “miglioramento della gestione e il coordinamento del settore pubblico” (-0,30) e il “rafforzamento dei limiti di bilancio” (-0,24).

Per “miglioramento della gestione e del coordinamento del settore pubblico” il rapporto intende “le decisioni essenziali prese a livello subnazionale”, cioè il modello italiano a partire dalla legge costituzionale del 2001, e “la presenza di medici di famiglia (GP) dalla cui valutazione dipende l’accesso della persona assistita alle prestazioni specialistiche e ospedaliere”. Sommando la seconda e la terza delle misure proposte, che meglio si adattano alla realtà del SSN, si otterrebbe una riduzione della spesa sanitaria rispetto al PIL dello 0,54%, pari a 8.363.617 di euro in confronto al PIL nominale dell’Italia 2010, che è di 1.558.816 milioni di euro.

Dal Documento di Economia e Finanza (DEF 2011)

- ❖ La politica di rigore fiscale non è temporanea, non è conseguenza imposta da una congiuntura economica negativa, non è imposta dall'Europa, ma è invece la politica necessaria e senza alternativa per gli anni a venire.
- ❖ Nell'ambito della progressiva riduzione del debito pubblico, in primo luogo si sta cercando di contenere la crescita di un importante canale della spesa pubblica rappresentato dalla sanità.
- ❖ Circa la spesa pubblica per pensioni, sanità, assistenza agli anziani, istruzione e altre voci causate dall'invecchiamento della popolazione, secondo l'Ageing Report (2009) riferito alla previsione centrale dell'Eurostat 2007, si prevedono:
 1. Un flusso annuo 2005-2060 di 226 mila unità di immigrati
 2. Un tasso di fecondità al 2060 di 1,56
anni 85,5 per i Maschi (+7,72) rispetto a 78,9 del 2009
 3. Una speranza di vita al 2060 di
anni 90,0 per le Femmine (+6,55) rispetto a 84,1 del 2009
- ❖ In tutte le politiche si intende coinvolgere e responsabilizzare sempre più il territorio, rafforzando la sussidiarietà orizzontale e non considerando più il bene comune come monopolio esclusivo del potere pubblico.

Il volontariato

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

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

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

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

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

È evidente che iniziative quali sono quelle precedentemente indicate possono essere assunte solo in presenza di chiare indicazioni circa le modalità di possibile finanziamento e tenendo ben presente il messaggio di fine anno 2010, nel quale il Presidente della Repubblica ha individuato nel debito pubblico il vero nemico contro il quale l'Italia deve unirsi.

È quindi necessario valutare con attenzione alcune delle spese affrontate negli ultimi anni dal SSN, sia attraverso alcuni studi, che pur limitati nella entità del campione partecipante all'indagine, hanno avuto il merito di evidenziare una specifica tendenza, sia le elaborazioni che si possono praticare a partire dai dati esposti dalla Corte dei Conti circa taluni incrementi di spesa rilevati per il periodo riguardante gli anni dal 2005 al 2009.

Comparando i costi per residente in ciascuna delle 13 Aziende Sanitarie Locali partecipanti ad una ricerca condotta in 11 sistemi regionali differenti in due anni diversi, cioè il 2003 e il 2006, si è rilevato che, nel periodo di tempo considerato, la variazione annua media di aumento dei costi non pesati per residente è stata dell'1% per i ricoveri ospedalieri, del 2% per la farmaceutica e del 6% per la specialistica.

Del totale dei costi non pesati per ciascun residente, pari a 1.682 euro nel 2006, la specialistica costituiva il 12,4% con 209 euro, dei quali il 67,4% erogata dagli ospedali, il 20% dai servizi territoriali dell'Azienda ed il restante acquistata da "terzi", pubblici e privati (1). La Corte dei Conti ha rilevato i seguenti incrementi di spesa per il periodo 2005-2009 (2):

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

È ancora la Corte dei Conti (3) che, nell'esaminare i risultati del Patto per la salute 2010-2012, rileva nel 2010 "il calo della ospedaliera" (-1,4 per cento) e "la forte crescita della specialistica" (+6,3 per cento), che in alcune Regioni del Nord è aumentata di oltre il 7 per cento.

Fonti:

1) *Un modello per il governo del territorio delle Aziende Sanitarie*. FIASO - Cergas Bocconi 2008

2) Corte dei Conti: *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni 2008-2009* del 22 luglio 2010

3) Corte dei Conti-Rapporto 2011 sul coordinamento della finanza pubblica, maggio 2011

Il confronto europeo, riferito al 2008, mostra che la spesa sanitaria privata in Italia, pari al 22,8%, è vicina a quella di Germania, Austria, Irlanda e Francia.

La maggiore partecipazione della famiglia alla spesa sanitaria totale si registra in Friuli V. Giulia (27,2%), seguita da Emilia Romagna (26,2%) e Piemonte (26,0%).

Ai livelli più bassi si collocano invece tutte le regioni del Mezzogiorno, tra le quali spiccano Basilicata, Sicilia e Sardegna.

Calcolata per la famiglia, la spesa sanitaria privata è pari a 955 euro per il Mezzogiorno e 1265 euro per il Centro-Nord, confermando l'aspetto legato ai differenziali di reddito tra le ripartizioni.

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

Source: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database

A confermare e meglio precisare quanto sopra riportato stanno, in ordine di tempo, le informazioni e i dati seguenti:

a) Il PSN 2011-2013, nella già citata versione approvata dal Ministero della Salute e della Conferenza delle Regioni, contiene un paragrafo dal titolo “*Miglioramento dell’appropriatezza*”, nel quale tra l’altro, si afferma che «il livello della assistenza specialistica ambulatoriale ha registrato, nel triennio 2005-2007, una crescita in termini di quantità di prestazioni erogate di circa il 6%».

Dopo aver esposto alcune possibili spiegazioni al riguardo, tra le quali il passaggio di nuove prestazioni ospedaliere dal ricovero diurno al regime ambulatoriale, si rimarca che «a questo fenomeno si aggiunge una diffusione non ancora adeguata di assistenza domiciliare e residenziale sul territorio nazionale che comporta, quale conseguenza, l’erogazione in regime ambulatoriale di prestazioni, specialmente terapeutiche, che invece potrebbero essere erogate in setting assistenziali più appropriati».

A ciò si aggiungono «l'avvento delle nuove tecnologie», nonché «la maggiore consapevolezza dei cittadini rispetto ai propri bisogni di salute».

Considerato che la crescita del volume di attività della specialistica ambulatoriale ha un diretto impatto in termini «sia di costi sostenuti dal SSR che di tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni», è necessario che le Regioni intervengano con provvedimenti di *health technology assessment* nonché con la misurazione e valutazione dei comportamenti prescrittivi.

Riguardo a quanto rilevato nel PSN 2011-2013, è opportuno ricordare che già nel Workshop “Meridiano Sanità al Sud” (The European House Ambrosetti, Palermo, 16-17 luglio 2010), erano stati presentati dei dati dai quali emergeva che, tra il 2005 e il 2007, la popolazione è aumentata dell'1,14%, i ricoveri ospedalieri sono diminuiti del 5,05% e le prestazioni ambulatoriali sono aumentate del 14,74%.

È opportuno, peraltro, sottolineare che, rispetto a questi ultimi dati ed a quelli riportati dal PSN, i dati elaborati dalle evidenze presentate dalla Corte dei Conti, nel luglio 2010, si riferiscono ad un periodo più lungo (2005-2009) e sono limitati alla “specialistica convenzionata e accreditata”, che costituisce solo una parte, forse un quarto del totale.

Ma la differenza di aumento rilevata dalla Corte nel periodo considerato non si riferisce alla “quantità” di prestazioni, bensì alle “variazioni di spesa”, il che ha un preciso significato in termini di ambiti del SSN sui quali intervenire per recuperare risorse da dedicare ad altri, significativi, impieghi, come sottolineato dal citato PSN quando afferma che lo sviluppo delle cure primarie e dell’assistenza domiciliare consentono un contenimento del ricorso all’ospedale.

b) Circa questa ultima considerazione, rilevanti sono le considerazioni e i dati esposti nel progetto “Sissi” (simulazione spesa sanitaria italiana), svolto in collaborazione tra la Simg e il Ceis, che, tra l’altro, evidenzia il costo medio in un anno (il 2009) di un paziente assistito dal MMG, pari, nella media, a 382,7 euro, con un picco di 655,9 per gli assistiti di 75-84 anni, seguito da 583,1 da 85 anni in poi.

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

La ricerca, inoltre, ha evidenziato che, diversamente dalla spesa farmaceutica e ospedaliera, la spesa per accertamenti diagnostici e visite specialistiche è sempre cresciuta, e tra il 2001 e il 2009, l’incremento è stato del 43%.

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

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

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

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

Stimando una spesa totale per la specialistica, sia a carico del SSN, sia a carico dei privati, pari almeno a 12 miliardi nel 2009, una prima misura di contenimento pari al 50% della spesa per la medicina difensiva (11,4%), porterebbe ad un risparmio di circa 700 milioni da rendere disponibili per l'avvio della più urgente delle misure necessarie per avviare una Assistenza Primaria degna di questo nome in Italia, vale a dire l'assistenza intermedia e domiciliare per i pazienti che possono essere dimessi dagli ospedali perché dispongono subito di una adeguata e concordata continuità assistenziale.

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

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

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

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

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

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

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

Da una indagine campionaria su 1914 MMG (FIMMG, febbraio 2011) ¹ è risultato che:

- il 45% lavora in rete/associazione; il 38,6% in gruppo utilizzando la stessa sede; il 15,9% lavora da solo;
- il MMG con 1500 assistiti, in una tipica giornata lavorativa, vede accedere 40 persone, con una proiezione annua di 11 mila contatti ambulatoriali;
- il MMG dedica il 45% del tempo alla visita del paziente e il 23% all'attività prescrittiva, spesso integrata alla visita.

Da questi elementi si potrebbe dedurre che:

1. di fatto il 61% dei MMG lavora come solista, visto che è tale anche l'appartenente alla rete/ associazione;
2. è ancora operante il modello del MMG che è tenuto ad avere un orario di accesso in studio non inferiore a 15 ore settimanali fino a 1500 scelte per 5 giorni settimanali, che sono pari a 900 minuti alla settimana e a 180 minuti al giorno;
3. sommando il tempo della visita a quello della prescrizione questi assorbono 3 dei 4,5 minuti che spettano a ciascun assistito in media.

Nel maggio 2011, però, il Ministero della Salute ha avviato la riscrittura delle norme, e dalle parti interessate si è cominciato a parlare di 38 ore settimanali nel quadro di una nuova organizzazione complessiva ².

Nella proposta del GISAP ³ la Medicina Generale riorganizzata, fermo rimanendo lo statuto di libero professionisti, prevede 38 ore settimanali da distribuire in parte negli studi dei singoli professionisti, anche per favorire le molte persone che hanno difficoltà negli spostamenti, e in parte maggiore nella medicina di gruppo, con la collaborazione degli appartenenti alle altre professioni sanitarie e con accessi programmati degli specialisti necessari.

1. Fonte: Il Sole 24Ore Sanità, 17-23 maggio 2011, pag. 14

2. Fonte: Il Sole 24Ore Sanità, 24-30 maggio 2011, pag. 29

3. Guzzanti E. et al. L'Assistenza Primaria in Italia dalle condotte mediche al lavoro di squadra.

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

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

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

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

Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma 2009

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

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

Fonte: Summary of New Health Reform Law.

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

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

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

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

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