



CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE

PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

II° CONGRESSO NAZIONALE

**IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE
CRITICITA' A CONFRONTO**

COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

DIPARTIMENTO

**MEDICINA GENERALE ED AREA DELLE
CURE PRIMARIE ADI-RSA**

L'OCSE, in un'analisi su 40 Paesi, rileva la presenza del medico di medicina generale per 1.000 abitanti con una media di 3,1, in Italia 3,4.

Nel nostro Paese il numero di medici e odontoiatri equivale al 23,7% del personale sanitario, pari a 107.299 professionisti, 63% maschi e 37% femmine. 73.051 è il numero di medici dipendenti nelle sole Asl, i Medici di Medicina Generale sono circa 42 mila.

Circa il 70% dei Medici di Medicina Generale (MMG) ha più di 1.000 assistiti e più dell'80% ha oltre 20 anni di anzianità di laurea. Oltre il 65% dei MMG opera in forma associata e svolge oltre il 50% di attività burocratica. Insieme ai MMG operano 7.695 Pediatri di Libera Scelta (1.022 assistiti per pediatra). Circa il 70% dei PLS ha più di 800 assistiti e l'80% ha oltre 16 anni di anzianità di specializzazione. Il 58% circa dei PLS opera in forma associata.

12.359 medici di continuità assistenziale, operanti presso 2.954 punti di guardia medica, (hanno effettuato oltre 10 milioni di visite mediche, 17.229 visite/100.000 abitanti, che si sommano ai circa 500 milioni di visite effettuate dai MMG), per con un totale di oltre 570 milioni di prescrizioni farmaceutiche (9,5 per assistito) l'anno.

Il numero medio annuo di contatti si attesta a 8 l'anno (Report *Health Search*), in aumento rispetto agli anni passati (6,3 nel 2003). Emerge inoltre un maggior numero di contatti per il sesso femminile, nelle regioni del Sud e Isole. Il numero medio di contatti annuali registrati nel 2011, stratificato per fasce d'età e sesso, mostra un picco nei pazienti di età 75-84.

La prescrizione di indagini diagnostico-strumentali è passata da 22,5 su 100 contatti nel 2003 a 23,8 su 100 contatti nel 2011. La stima risulta, per tutti gli anni, superiore nel sesso femminile. Nel corso del 2011, con maggiore prevalenza nel Nord-Est rispetto al Sud ed alle Isole. Nel corso degli anni 2003-2011 si è registrato un lieve aumento del numero di visite specialistiche da 13,0 su 100 contatti nel 2003 a 14,5 su 100 contatti nel 2011, in particolar modo nelle regioni del Nord.

Nello stesso periodo si osserva una sensibile diminuzione del numero di contatti a cui consegue una prescrizione farmaceutica: da 73,1 a 71,8 su 100 contatti, con maggiore prevalenza nel Centro-Sud. Un altro dato in controtendenza rispetto a prestazioni e visite specialistiche risulta quello relativo alle prescrizioni per età; si riscontra infatti un aumento per età: 53,7 nel sesso femminile e 51,6 nel maschile nella fascia di età 15-24, fino a 81,4 per le femmine e 79,6 per i maschi nella fascia degli ultra 85enni.

La necessità di riorganizzare le cure primarie e il territorio, soprattutto per una maggior tutela della terza età, rappresenta un obiettivo primario dei Medici di Medicina Generale.

La crescente incidenza di patologie croniche invalidanti ha portato negli ultimi anni a una maggiore attenzione nella ricerca di strategie assistenziali in grado di rispondere

ai bisogni assistenziali e di razionalizzare l'assorbimento di risorse sanitarie. La Sanità italiana, come nella maggioranza dei paesi sviluppati, è caratterizzata da una

erogazione di servizi di medio-alta qualità e ad alto costo, prevalentemente in regime ospedaliero.

In Italia nel corso del 2010 sono stati assistiti complessivamente al proprio domicilio 597.151 pazienti. Il numero di pazienti trattati in ADI è in crescita, attestandosi ad un valore pari a 990 casi (per 100.000), con un incremento però pari soltanto all'1,7% rispetto al 2009.

Globalmente, la percentuale di ADI erogata a soggetti anziani è stata pari all'84% del totale, valore invariato rispetto al 2009. A livello regionale, la PA di Bolzano presenta il valore più basso (52,8%) di anziani assistiti in ADI, mentre la Liguria e l'Emilia-Romagna registrano i valori più elevati (entrambe 90,7%). Per quanto riguarda il numero di ADI rivolte ai pazienti terminali, si evidenzia come nelle regioni del Centro vi sia il tasso più elevato (107,4 per 100.000) rispetto al Nord ed al Sud (rispettivamente, 79,7 e 87,7 per 100.000).

Nonostante ciò l'erogazione dei servizi sanitari territoriali è ancora deficitaria come anche l'integrazione tra ospedale e territorio. Questa situazione comporta una bassa qualità dell'assistenza fornita ai portatori di patologia cronica invalidante, il cui peso grava prevalentemente sulle famiglie.

I tempi di attesa per l'attivazione del servizio ADI sono abbastanza soddisfacenti, anche se in un 5% dei casi superano le due settimane per ricevere i presidi (materassi antidecubito, sacche per stomie etc..) e i farmaci indispensabili necessari all'assistenza domiciliare.

Paradossalmente una cattiva organizzazione sanitaria sul territorio comporta anche un aggravio economico a carico del Sistema Sanitario legato all'elevato numero di ricoveri ospedalieri inappropriati e allo spreco di risorse sanitarie.

Attualmente purtroppo, nonostante il crescente consenso sulla necessità di offrire al malato percorsi di cura omogenei e linee guida terapeutico-assistenziali, molti malati non ricevono una adeguata continuità assistenziale.

Lo sforzo economico richiesto alle famiglie è davvero ingente. Circa il 48% delle stesse ha avuto la necessità di integrare le prestazioni fornite con ulteriori servizi a pagamento: il 31% delle famiglie ha dovuto acquistare di tasca propria farmaci necessari per l'assistenza, segnalando come cifra massima spesa 1.080 euro al mese, e ben il 22,9% ha fatto ricorso ad una badante per l'assistenza al paziente, con una cifra massima segnalata di 1.500 euro/mese. Oltre alle spese strettamente legate all'assistenza, le famiglie devono sostenere una serie di costi aggiuntivi notevoli, fra cui spiccano, tra gli altri, quelli dei consumi telefonici (max 180 euro/mese) ed energetici (200 euro/mese).

In Italia sono presenti circa 240 mila posti letto residenziali e semiresidenziali (Anaste 2011) mentre il fabbisogno rilevato dalla Commissione nazionale per la definizione l'aggiornamento dei Lea-2007, viene stimato in di 496 mila posti.

I servizi di assistenza a lungo termine attualmente forniti dagli enti territoriali sono limitati e concentrati in alcune regioni: nel Nord, in particolare in Trentino-Alto Adige, Lombardia, Veneto e Friuli-Venezia Giulia, abbiamo 3,8 posti letto residenziali ogni cento anziani; il Centro Italia si colloca sotto la media nazionale con l'1,8%, più bassa

è la percentuale (1,2%) rilevata nelle regioni del Sud (ISTAT, *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*, 2012).

Su 12.301.537 *over65* in Italia, 2.354.451, il 19,2%, è in una condizione di mancanza di autosufficienza per almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana e meno del 2% degli anziani è ricoverato in strutture residenziali, meno dell'1% è seguito al domicilio, in regioni più fornite di servizi, come la Lombardia, si arriva al 2,9% di *ultra65enni* ricoverati, ma siamo tuttavia lontani dalle medie europee, che ammonta al 5% di ricoverati e al 7% di assistiti al proprio domicilio.

Per quanto riguarda i posti letto nelle RSA la situazione è la seguente: Nord Occidentale 91.825; Nord Orientale 69.338; Centro 24.749; Sud e Isole 15.268; in totale 201.180. (Elaborazioni su dati Ministero della Salute - Annuario statistico del servizio sanitario nazionale, 2009. (Gennaio 2012).

Specificatamente riguardo agli anziani i posti letto nelle strutture: Nord Occidentale 77.740; Nord Orientale 59.275; Centro 19.290; Sud e isole 6.271; in totale 162.576. (Elaborazioni su dati Ministero della Salute - Annuario statistico del servizio sanitario nazionale 2009. (Gennaio 2012).

In base invece ai dati ISTAT (febb.2012), i posti letto dedicati agli anziani sono circa 300 mila di cui 225 mila destinati agli *over65* non autosufficienti.

Nel 2009 (Ministero dell'Economia) la spesa pubblica sostenuta per l'Assistenza continuativa ammontava a 29,5 miliardi, l'1,9% del Prodotto interno lordo, di cui 19,84 miliardi (ovvero l'1,28% del Pil), destinati agli *ultra 65enni* non autosufficienti. Inoltre, le famiglie sostengono direttamente attraverso personale dedicato (*badanti* etc.), una spesa stimata in 9 miliardi di euro (rapporto del Ministero del welfare 2010). La componente sanitaria costituisce il 46% del totale della spesa per *Long Term Care* (corrispondente a circa il 12% della spesa sanitaria pubblica complessiva e pari allo 0,85% del Pil nazionale nel 2011), il 43% della spesa per LTC riguarda inoltre le indennità di accompagnamento (circa un milione e ottocento mila prestazioni in pagamento alla fine del 2011), mentre il restante 11% è coperto dalle altre prestazioni assistenziali (stimabili per il 2011 in 3,3 miliardi di euro, 0,2% in termini di PIL).

L'aumento della durata media della vita ha un impatto diretto sulla spesa pubblica comportando un maggior consumo di prestazioni sanitarie e un maggiore numero di indennità di accompagnamento.

Il costo medio mensile di una RSA è stimato in 2.951 euro, di cui per € 1.505 dalle ASL, per € 1.375 dall'assistito e per € 71 dai Comuni: costo giornaliero medio complessivo pari a 97 euro. (Terzo Rapporto del Network Non Autosufficienza, sulla base di una stima aggiornata al 2006); l'impegno economico richiesto alle famiglie, (indagine Spi CGIL, 2012), che varia in funzione della situazione reddituale dell'assistito e dell'ubicazione geografica della struttura, va dai 1.100 euro delle strutture residenziali fino ai 1.400 euro per quelle di tipo socio-sanitario.

Il costo complessivo annuo delle residenze sanitarie assistenziali viene stimato nel 2006 in 2.802 milioni di euro.

I tempi di attesa per l'accesso variano, in media, dai 90 ai 180 giorni; (indagine di Spi e Fp-Cgil, 2012) Il dato più elevato è presente nelle regioni del Nord Italia (46,3%) e in quelle del Sud (48,3%) più confortante è la situazione nelle residenze collocate al Centro Italia (39,4%).

La Commissione Tecnica Nazionale del "Dipartimento Medicina Generale ed Area delle Cure Primarie" sta lavorando sulle seguenti tematiche in funzione di abbattere gli sprechi economici, estrapolare sul territorio nazionale/regionale le criticità del settore, elaborare soluzioni concrete e sostenibili con un'ottimizzazione dell'*outcome* sul paziente e dell'impegno economico del SSN.

SSN: CRITICITÀ E SOLUZIONI A CONFRONTO

- Liste d'attesa e difficoltà di accesso alle cure
- Difficoltà di accesso alle cure: differenze regionali
- Il Titolo V: conferma o abolizione?
- Riorganizzazione del MMG in funzione di un lavoro di squadra
- Integrazione di ruoli per una presa in carico del paziente h24
- Dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa
- Il team multi professionale
- Il ruolo dello specialista nella gestione della medicina d'iniziativa
- Il paziente pluritrattato: una gestione complessa
- Aderenza alla terapia: un obiettivo da potenziare
- *Family learning* e percorsi di *empowerment*
- Informazione sanitaria e corretta comprensione del paziente

- L'aderenza alla terapia, un obiettivo d'equipe: il medico e il paziente
- Il MMG e la prevenzione delle malattie
- Umanizzazione del rapporto medico-paziente: un'esigenza primaria
- L'assistente del MMG: ruolo, funzioni e compiti
- Assistente del MMG: sostenibilità
- Attività comuni della medicina generale

PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE

Il medico generico ha da sempre ricoperto un ruolo importante nella vita dei cittadini fino a diventare, a volte, un *counselor* interpellato anche per problemi non propriamente sanitari. Spesso infatti dal medico si va semplicemente per avere rassicurazioni, un conforto o un punto di vista diverso dal nostro. Nel rapporto di agenzia tra il medico ed il paziente rientrano diversi fattori: l'aspettativa del paziente e la risposta del medico. La figura del medico acquisisce importanza soprattutto per le qualità comunicative legate ad essa, coinvolgendo il paziente nella scelta terapeutica. I modelli di presa in carico del paziente hanno come ruolo preponderante proprio il rapporto con il medico generico. Un buon rapporto medico-paziente favorisce anche l'aderenza alla terapia farmacologica, che secondo l'OMS rappresenta un problema di salute pubblica a carattere mondiale. E' molto difficile affermare il funzionamento o meno di una terapia, vuoi per la soggettività di chi la assume, vuoi per la mancata aderenza alle indicazioni mediche. Nei pazienti, inoltre, è più che diffusa l'idea di abbandonare la terapia una volta raggiunto l'obiettivo: e.g. con una riduzione della pressione arteriosa è comune si possano interrompere le terapie. L'importanza del MMG (Medico di Medicina Generale) risiede nel fatto che esso ha il ruolo di *gatekeeper* del SSN, cioè ha il compito di far dialogare diverse figure sanitarie e socio-sanitarie. Il problema infatti sorge quando c'è molta distanza comunicativa tra le figure medico specialista - medico di base. La cura di una patologia presuppone sia la piena conoscenza della stessa (medicina specialistica) sia la piena conoscenza del paziente (medicina di base), ma molto spesso queste due figure hanno difficoltà a dialogare tra di loro. Questo va a discapito degli assistiti, in quanto l'assistenza frammentata, la rivalità professionale, l'inadeguatezza dei canali informativi tra i professionisti e le strutture porta ad interrompere la continuità e a ridurre l'efficacia dell'assistenza, che come conseguenza ha una duplicazione degli sforzi. Il coordinamento di tutti gli operatori sanitari dunque è necessario per implementare la *Primary Care* in modo multidisciplinare, consentendo la circolazione delle informazioni tra gli operatori ai vari livelli.

LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE ED AREA DELLE CURE PRIMARIE ADI-RSA

La figura del medico di famiglia si conferma, anche in recenti sondaggi, come la più gradita dai cittadini.

I principali "punti di forza" di questa popolarità sono rappresentati dal rapporto fiduciario medico-paziente che rende il medico "uno di famiglia" che condivide da anni e spesso da decenni il vissuto bello e brutto del paziente e della sua famiglia; dalla disponibilità, diverse ore di ogni giorno, a ricevere il paziente in studio, ascoltarne le problematiche non solo strettamente sanitarie e trovare le soluzioni e dalla capillare diffusione degli studi medici vicino (medicina di prossimità) a dove vive il paziente.

Nonostante questo esistono aspetti, criticità, che possono essere migliorati sia nel modo di lavorare del medico di famiglia sia degli altri professionisti che con lui operano sul territorio.

Le principali criticità possono così essere riassunte

- Il medico che lavora da solo non è sempre reperibile in studio dove di solito si trova per mezza giornata, dedicando l'altra metà alle attività domiciliari;
- E' difficile il raccordo con altri MMG e con la Continuità Assistenziale;
- non c'è un unico soggetto a cui riferirsi per avere un ascolto ed una "presa in carico" dei bisogni h24;
- E' difficile soprattutto il raccordo con altri professionisti se serve consultarli;
- il cittadino paga alti costi "sociali" da questa disorganizzazione;
- il cittadino, per quanto possa andare dal proprio MMG quando vuole, non si sente attivamente "guidato" nei percorsi di cura e di prevenzione e non è coinvolto attivamente nel prendersi cura di sé e nel cercare di prevenire le malattie;
- quando il cittadino va dal medico, se questi non ha personale di studio, deve fare lunghe attese anche per semplici atti burocratici, non è guidato nei percorsi assistenziali e non viene "accolto" al suo ingresso in studio;
- Ogni volta che c'è bisogno di fare accertamenti, anche semplici, il cittadino deve fare la spola tra uffici diversi e poi lunghe liste di attesa per eseguire gli esami;
- Il cittadino non si sente accolto come persona dal SSN nel suo complesso, ma piuttosto vede curare un proprio organo con freddezza e distacco;
- I cittadini anziani e fragili che hanno bisogno di assistenza continua al loro domicilio spesso sono accuditi da familiari o "badanti" volenterosi ma scarsamente in grado di capire i bisogni e dare aiuto concreto;
- Il cittadino avverte che spesso ha bisogni sia sanitari che sociali e che rispetto a questo c'è la assoluta frammentazione e scoordinamento delle risposte;
- spesso i MMG lavorano da soli perché c'è difficoltà a trovare sedi per far lavorare insieme più professionisti;
- la possibilità di trovare accoglienza in strutture residenziali, se il cittadino non ha una famiglia che se ne prende cura, è carente, insufficiente, frammentaria e scoordinata;
- non ci sono investimenti per riorganizzare il Territorio al fine di dare risposte corrette ai cittadini anche partendo dal presupposto, tutto da dimostrare, che ci vorrebbero somme ingenti, mentre invece è dimostrato che chi meglio cura

meno spese e che riorganizzando i processi di cura sul Territorio si liberano ingenti risorse che "pagano" gli investimenti necessari;

Dalle criticità alle soluzioni concrete

E' necessario che:

- 1- I medici di famiglia ed i medici di Continuità Assistenziale lavorino insieme, magari diventando medici " a ruolo unico" in gruppi (Aggregazioni Funzionali territoriali -AFT) condividendo una rete informatica che contenga tutte le informazioni cliniche dei loro pazienti per poter garantire che ci sia sempre, giorno e notte, qualcuno, informato, che si fa carico dei problemi.
- 2- I medici della AFT, pur mantenendo gli studi personali devono avere sedi comuni di lavoro in modo che i loro pazienti abbiano sempre un punto fisico di riferimento, dove trovare il proprio medico o un altro del gruppo informato sulla loro storia clinica, quando hanno bisogno. Il SSN/SSR deve trovare queste sedi e metterle a disposizione dei gruppi di medici.
- 3- Ogni medico deve essere affiancato nelle ore in cui è in studio, cioè circa 20 ore a settimana, da un collaboratore appositamente formato, da lui assunto ma pagato dal SSN/SSR: l'Assistente di studio medico di famiglia (ASMF) che garantisce al cittadino accoglienza, ascolto, guida nei percorsi assistenziali, semplificazione burocratica, piccole prestazioni socio-assistenziali.
- 4- I medici di famiglia devono poter eseguire nei loro studi, aiutati dall'ASMF, esami diagnostici semplici, specie quelli correlati con la prevenzione e il controllo della evoluzione delle patologie croniche, anche per evitare le attuali lunghe liste di attesa.
- 5- I medici di famiglia devono adottare un atteggiamento "proattivo" prima per la prevenzione e poi per la cura delle patologie croniche, favorendo, insieme all' ASMF, una maggior aderenza alla terapia, insegnando ai pazienti e *care-givers* a "prendersi cura" (secondo modelli di *Family learning*) e soprattutto invitandoli periodicamente in studio per viste ed esami programmati. Il SSN/SSR deve affidare ai medici di famiglia che lavorano in sedi comuni, affiancati dagli Assistenti di studio medico di Famiglia e dotati di tecnologia diagnostica il compito di garantire ai cittadini i percorsi di medicina proattiva relativi alle patologie croniche ed anche alle polipatologie quando i pazienti siano complessivamente ancora autosufficienti.
- 6- In questo processo di cambiamento i medici di famiglia devono mantenere il loro modo di rapportarsi ai pazienti con umanità, considerando la persona e non l'organo, continuando ad essere "uno della famiglia" e continuando a mettersi a disposizione nei propri studi quando il cittadino ha bisogno e mantenendo operativa la rete degli studi capillarmente distribuiti sul territorio che è una ricchezza da non perdere.

- 7- Quando i pazienti anziani, con polipatologia, fragili, non autosufficienti hanno bisogno di assistenza complessa il medico di famiglia, che comunque rimane il responsabile del processo di cura del singolo paziente, deve diventare il coordinatore di un gruppo di professionisti - team multi professionale- che devono essere anche loro ben identificabili e quindi team composto sempre dalle stesse persone che diventano anch'esse "di fiducia" per quel paziente . Il team opera prevalentemente a domicilio del paziente (ADI) o nelle strutture di residenzialità del territorio e che dovrà valutare tutte le necessità del paziente (UVM) e formulare un progetto di assistenza personalizzato a queste esigenze.
- 8- E' necessario che anche un Assistente sociale specifico faccia parte del team per garantire l'integrazione socio-sanitaria e la possibilità di attivare le risorse del sociale, che non devono più essere divise tra risorse socio assistenziali gestite dai comuni e risorse socio-sanitarie gestite dalle ASL.
- 9- Per operare efficientemente a domicilio è necessario avere a disposizione un "sistema" in grado di rafforzare la logica del domicilio e di sviluppare una maggior attenzione ai bisogni della persona, che è il sistema della domiciliarità cioè l'ADI.
- 10- Se i pazienti non autosufficienti hanno bisogno di una assistenza continua a domicilio da parte di un familiare o di una badante questi deve avere una formazione specifica, deve cioè diventare un "Assistente Familiare" e deve esser considerato ed operare come componente del Team multi professionale, residente nel domicilio del paziente E' anche necessario che la concessione dell'assegno di accompagnamento comporti l'obbligo di acquisire queste competenze mediante una formazione specifica.
- 11- Il sistema della residenzialità va inteso come "setting" che rappresenta un prolungamento temporaneo del domicilio, che rimane comunque la soluzione ottimale da perseguire, quando appunto il paziente non possa essere adeguatamente curato a domicilio per carenza della rete familiare o informale. Il sistema della Residenzialità va però riorganizzato valutando il numero di posti necessari per 1.000 abitanti per le varie tipologie di residenzialità, in modo da superare le attuali carenze e prevedendo anche una flessibilità di complessità organizzativa attorno al mutare delle esigenze del singolo cittadino (modello per intensità di cura).
- 12- E' necessario che il SSN/SSR attraverso le ASL trovi le risorse necessarie alla riorganizzazione della Medicina Generale e del Territorio, molte delle quali possono provenire dalla attribuzione alla Medicina Generale di queste nuove competenze con conseguente recupero di risorse dal settore Ospedaliero.