



**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE
I° CONGRESSO NAZIONALE**

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

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE
DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE E
DEL TERRITORIO**

1. INTRODUZIONE

Alla fine degli anni '70 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha delineato un nuovo approccio dell'Assistenza Primaria denominato *Primary Care*. Questo approccio è stato recepito, nel nostro Paese, attraverso l'istituzione e le successive modifiche d'assetto del Servizio Sanitario Nazionale. In Italia la *Primary Care* viene tradotta dal legislatore nazionale con l'istituzione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), l'insieme, cioè, di prestazioni minime che il SSN si impegna a garantire su tutto il territorio nazionale.

Secondo il DPCM 23 aprile 2008, che ha integralmente modificato il DPCM 29 novembre 2001, di definizione dei LEA, essi si distinguono in (Capo III, articoli dal 3 al 20):

- Prevenzione e sanità pubblica;
- Assistenza Distrettuale;
- Assistenza Ospedaliera;

La *Primary Care* rientra perfettamente nel primo gruppo di questi LEA, e cioè nell'Assistenza Distrettuale, le cui aree di attività vediamo elencate di seguito:

- a) assistenza sanitaria di base
- b) emergenza sanitaria territoriale
- c) assistenza farmaceutica
- d) assistenza integrativa
- e) assistenza specialistica ambulatoriale
- f) assistenza protesica
- g) assistenza termale
- h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale
- i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale

2. IMPORTANZA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

La Medicina Generale, ricade dunque nell'ambito dell'Assistenza Distrettuale.

Quest'ultima, che come noto si propone come primo accesso alle prestazioni del SSN, si avvale in di Medici di Medicina Generale (d'ora in poi MMG), di Pediatri di Libera Scelta (d'ora in poi PLS) e di Medici di Continuità Assistenziale (d'ora in poi MCA), ex Guardie Mediche.

Secondo la definizione offerta dalla WONCA (*World Organization of Family Doctors*) il Medico di Medicina Generale (o MMG o medico di famiglia) "è il medico che per primo è responsabile della fornitura di cure integrate a ogni individuo che ricerchi cure mediche e organizza altri professionisti della salute per fornire servizi quando è necessario. [...] Esercita il suo ruolo professionale fornendo cure direttamente oppure attraverso i servizi di altri in accordo con i bisogni di salute dei pazienti e con le risorse disponibili all'interno della comunità nella quale opera".

I medici sono dunque chiamati a valutare effettivamente il bisogno assistenziale di ogni paziente, al fine di indirizzarli nel miglior *setting* assistenziale del SSN. Il contratto di queste figure di medici prevede che ogni MMG assista non più di 1.500 pazienti dai 13 anni in su, mentre ogni PLS non più di 800 bambini ≤13 anni. Ogni MMG ha in media un potenziale di 1.129 adulti residenti. Ci sono diversi scostamenti regionali a questo valore, ad esempio si va da 1.583 scelte per medico nella Provincia Autonoma di Bolzano (in cui il contratto di convenzione stabilisce come massimale 2.000 assistiti per medico) a 1.025 assistiti per medico in Basilicata (Tabella 1). Il carico medio potenziale dei PLS, invece, si attesta sui 1.022 bambini. In quasi tutte le Regioni si riscontra una scarsa presenza di bambini assistiti dai PLS convenzionati con il SSN ad eccezione di Abruzzo, Sicilia e Sardegna che presentano un

numero medio di bambini per PLS appena superiore a quello stabilito nel contratto di convenzione.

Tabella 1: Medici di Medicina Generale nell'anno 2009

Regione	Totale medici	Numero scelte per medico	Medici con indennità per attività in forma associativa	Medici con indennità collab. Informatica
Piemonte	3.390	1.137	2.780	2.039
Valle D'Aosta	90	1.204	44	70
Lombardia	6.473	1.317	4.483	5.230
PA di Bolzano	269	1.583	65	246
PA di Trento	398	1.116	243	356
Veneto	3.511	1.207	2.704	2.948
Friuli Venezia Giulia	879	1.111	549	697
Liguria	1.343	1.059	949	1.129
Emilia Romagna	3.200	1.180	2.479	2.681
Toscana	3.010	1.077	1.973	2.224
Umbria	763	1.022	565	651
Marche	1.266	1.084	928	1.024
Lazio	4.824	1.041	3.218	3.786
Abruzzo	1.129	1.031	784	979
Molise	269	1.062	121	236
Campania	4.334	1.132	2.483	2.969
Puglia	3.310	1.083	1.997	3.212
Basilicata	508	1.025	367	437
Calabria	1.502	1.121	485	690
Sicilia	4.216	1.044	2.018	3.335
Sardegna	1.367	1.068	904	978
Italia	46.051	1.133	30.139	35.917

Fonte: Ministero della Salute . Direzione Generale del Sistema Informativo - Ufficio di Statistica - Anno 2009

Il Ministero della Salute ha valutato il carico effettivo che queste due figure di medici hanno di pazienti, andando a dividere il numero di coloro che hanno scelto presso la propria ASL il proprio medico per ciascun medico. Facendo questo lavoro, in effetti, il Ministero ha dimostrato che per quanto riguarda i MMG, il numero di scelte è maggiore del numero di adulti residenti, mentre per i PLS accade il contrario, ovvero le scelte sono di molto inferiori al numero dei bambini residenti. Da ciò si deduce che i genitori iscrivono i bambini direttamente al MMG anziché al PLS.

Il servizio di guardia medica garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana: esso si realizza assicurando interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne festive e prefestive. L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche. Nel 2009 sono stati rilevati in Italia 2.954 punti di guardia medica; con 12.359 medici titolari ovvero 21 medici ogni 100.000 abitanti. A livello territoriale si registra una realtà notevolmente diversificata sia per quanto riguarda la densità dei punti di guardia medica sia per quanto concerne il numero dei medici titolari per ogni 100.000 abitanti (Tabella 2).

Tabella 2: Attività di continuità assistenziale (ex Guardia medica) nell'anno 2009

Regione	Medici titolari	Punti	Ore totali	Medici per 100.000 abitanti	Ricoveri prescritti per 100.000 abitanti	Contatti per 100.000 abitanti
Piemonte	458	140	1.000.992	10	444	13.807
Valle D'Aosta	14	8	56.519	11	747	13.714
Lombardia	1.025	224	1.570.494	11	303	10.565
PA di Bolzano	29	6	26.752	6	-	4.108
PA di Trento	50	32	226.037	10	1.097	19.620
Veneto	701	108	1.070.472	14	211	11.068
Friuli Venezia Giulia	126	45	281.081	10	386	13.024
Liguria	164	54	277.947	10	557	7.883
Emilia Romagna	561	165	1.213.937	13	171	17.426
Toscana	686	178	1.083.363	19	419	17.180
Umbria	217	36	421.390	24	214	16.976
Marche	381	84	572.429	24	371	24.143
Lazio	666	120	966.182	12	155	5.027
Abruzzo	430	103	603.820	32	410	21.611
Molise	161	36	225.700	50	465	25.956
Campania	1.295	221	1.828.076	22	275	20.744
Puglia	1.013	259	1.832.065	25	236	20.003
Basilicata	430	139	678.749	73	584	25.054
Calabria	1.000	332	1.878.903	50	450	48.141
Sicilia	1.840	446	2.543.139	37	293	31.625
Sardegna	1.112	218	1.322.832	67	829	25.555
Italia	12.359	2.954	19.680.879	21	322	17.229

Fonte: Ministero della Salute . Direzione Generale del Sistema Informativo – Ufficio di Statistica – Anno 2009

L'assistenza farmaceutica convenzionata consiste nella fornitura di specialità medicinali e preparati galenici utili per la prevenzione o la cura delle malattie; essa rappresenta, nell'ambito dei Servizi erogati dal SSN quella più suscettibile di variazione poiché è strettamente dipendente dalle disposizioni dettate dalle varie leggi finanziarie. In Italia nel 2009 sono state prescritte 570.893.623 ricette con un importo di poco superiore ai 12 miliardi di euro, con un costo medio per ricetta di circa 21 euro. Il costo medio per ricetta risulta fortemente variabile all'interno del territorio nazionale registrando il valore minimo nelle Marche (18,01 euro) e quello massimo (24,81 euro) nella Provincia Autonoma di Bolzano.

Tabella 3: Indicatori di attività di assistenza farmaceutica convenzionata nell'anno 2009

Regione	Ricette per Specialità Medicinali e Galenici			Costo in Euro per Ricetta
	Numero	Numero per residente	Importo in Euro	
Piemonte	39.978.879	9,0	893.197.196	22,34
Valle D'Aosta	1.029.553	8,1	23.561.041	22,88
Lombardia	72.243.522	7,4	1.767.738.845	24,47
PA di Bolzano	2.832.615	5,7	70.290.119	24,81
PA di Trento	3.865.454	7,4	82.723.486	21,40
Veneto	37.625.355	7,7	830.878.962	22,08
Friuli Venezia Giulia	9.484.941	8,7	209.144.685	22,05
Liguria	16.365.757	10,1	324.695.702	19,84
Emilia Romagna	40.486.395	9,3	773.314.643	19,10
Toscana	36.685.192	9,9	640.379.421	17,46
Umbria	9.824.777	11,0	164.000.298	16,69
Marche	15.865.618	10,1	285.769.600	18,01
Lazio	59.550.429	10,6	1.369.700.868	23,00
Abruzzo	14.208.876	10,6	301.762.747	21,24
Molise	3.269.780	10,2	63.440.914	19,40
Campania	61.921.407	10,7	1.214.552.307	19,61
Puglia	44.650.994	10,9	900.646.280	20,17
Basilicata	6.537.297	11,1	123.926.903	18,96
Calabria	21.792.043	10,8	473.973.374	21,75
Sicilia	55.554.113	11,0	1.183.872.116	21,31
Sardegna	17.120.626	10,2	353.514.156	20,65
Italia	570.893.623	9,5	12.051.083.663	21,11

Fonte: Ministero della Salute. Attività Gestionali ed economiche delle A.S.L. e aziende Ospedaliere - Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2012.

L'assistenza domiciliare integrata si esplica quando, per motivi di organizzazione sanitaria o per ragioni sociali, si ritenga necessaria un'assistenza alternativa al ricovero. Infatti l'assistenza domiciliare integrata (ADI) 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 competente servizio delle aziende;
- di assistenza sociale.

In generale le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a malati terminali, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporaneamente invalidanti dell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere. Nel corso del 2009 sono stati assistiti al proprio domicilio 526.568 pazienti, di questi l'84,1% è rappresentato da assistibili di età maggiore o uguale a 65 anni e il 9,4% è rappresentato da pazienti terminali. Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate circa 21 ore di assistenza erogata in gran parte da personale infermieristico (15 ore). Le ore dedicate a ciascun malato terminale risultano, invece, pari a 26 (Tabella 3).

Tabella 4: Attività Domiciliare Integrata nell'anno 2009

Regione	Casi trattati	Casi per 100.000 abitanti	Di cui anziani %	Di cui pazienti terminali %
Piemonte	30.096	679	77,2	17,8
Valle D'Aosta	166	131	60,8	34,3
Lombardia	93.766	962	85,2	7,4
PA di Bolzano	650	130	55,4	38,0
PA di Trento	1.915	368	57,4	42,2
Veneto	56.829	1.163	82,0	10,2
Friuli Venezia Giulia	25.069	2.037	88,1	2,3
Liguria	16.273	1.008	91,7	5,2
Emilia Romagna	89.933	2.073	90,6	1,2
Toscana	24.505	661	78,3	17,0
Umbria	18.074	2.021	87,0	9,1
Marche	15.043	958	85,0	13,8
Lazio	51.324	912	86,2	7,9
Abruzzo	16.892	1.266	80,2	12,2
Molise	2.108	657	81,3	16,2
Campania	22.434	386	76,7	12,7
Puglia	17.991	441	83,7	13,7
Basilicata	7.382	1.250	81,5	16,2
Calabria	11.708	583	81,4	12,3
Sicilia	14.697	292	67,9	25,5
Sardegna	9.713	581	76,2	14,8
Italia	526.568	877	84,0	9,4

Fonte: Ministero della Salute . Direzione Generale del Sistema Informativo - Ufficio di Statistica - Anno 2009

Le strutture sanitarie non ospedaliere sono strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale; strutture territoriali quali i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori materno-infantile e i centri distrettuali; strutture semiresidenziali, ad esempio i centri diurni psichiatrici; strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali, le case protette ecc. Nel 2009 in totale sono state censite 9.658 strutture sanitarie di tipo ambulatorio/laboratorio: la percentuale di strutture pubbliche è molto variabile a livello regionale; in generale nelle Regioni Centro-meridionali si ha una prevalenza di strutture private accreditate. Una situazione opposta si registra per quanto riguarda le altre strutture territoriali nelle quali prevale la gestione diretta delle Aziende Sanitarie. Le strutture di tipo Ambulatorio/Laboratorio pubbliche erogano nella maggior parte dei casi assistenza clinica, mentre quelle private convenzionate erogano prestazioni di laboratorio.

Per quanto riguarda **le altre strutture extraospedaliere**, nel 2009 sono state censite 5.715 strutture residenziali, 2.510 di tipo semiresidenziale, 5.444 di altro tipo (come centri di salute mentale, consultori, stabilimenti idrotermali) (Tabella 5). Con riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali sono stati censiti 246.729 posti, pari a 411 per 100.000 abitanti. Di questi il 71,0% sono stati dedicati all'assistenza agli anziani, il 13,0% all'assistenza psichiatrica, il 15,4% all'assistenza ai disabili psichici e fisici, lo 0,5% ai pazienti terminali;

probabilmente questi dati sono sottostimati poiché in alcuni casi c'è una sovrapposizione dei vari tipi di assistenza. Gli Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative. Tali prestazioni possono essere erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare.

Nel 2009 sono state rilevate 968 **strutture riabilitative** con 14.679 posti per l'attività di tipo residenziale e 13.871 per l'attività di tipo semiresidenziale in complesso 48 ogni 100.000 abitanti. Il numero di utenti totali assistiti in regime residenziale è superiore agli utenti assistiti in regime semiresidenziale (rispettivamente 55.898 e 23.745 utenti); tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa, in particolare la riabilitazione neuropsichiatrica infantile è svolta preferibilmente in strutture semiresidenziali. Nel 2009 le strutture riabilitative hanno impiegato 46.186 unità di personale di cui il 10% costituito da medici ed il 43% da terapisti e logopedisti.

Tabella 5: Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata presenti nell'anno 2009

Assistenza	Natura delle strutture				Totale
	Pubbliche	%	Private accreditate	%	
Assistenza Ospedaliera	638	54,4%	534	45,6%	1.172
Assistenza Specialistica Ambulatoriale*	3.847	39,8%	5.811	60,2%	9.658
Assistenza Territoriale Residenziale	1.475	25,8%	4.240	74,2%	5.715
Assistenza Territoriale Semiresidenziale	1.007	40,1%	1.503	59,9%	2.510
Altra Assistenza Territoriale**	4.824	88,6%	620	11,4%	5.444
Assistenza Riabilitativa (ex art. 26)	234	24,2%	734	75,8%	968
TOTALE	12.025	47,2%	13.442	52,8%	25.467

* Si riferisce alle attività di assistenza specialistica (clinica, laboratorio, diagnostica strumentale e per immagini) erogate da Ambulatori e Laboratori.

** Si riferisce alle attività di assistenza di tipo territoriale erogate da Centri dialisi ad assistenza limitata, Stabilimenti idrotermali, Centri di salute mentale, Consultori materno infantili e Centri distrettuali.

Fonte: Ministero della Salute. Attività Gestionali ed economiche delle A.S.L. e aziende Ospedaliere - Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2012.

Nel corso del 2009, sono stati utilizzati, nell'ambito della medicina territoriale, i posti letto così come evidenziati nella Tabella sottostante.

Tabella 6: Posti letto effettivamente utilizzati per la medicina territoriale. Anno 2009

Posti letto	Regime di ricovero		
	Degenza ordinaria	Day hospital	Day surgery
Pubblici	29.406	2.562	2
Privati	5.127	290	5
Totale	34.533	2.852	7

Fonte: Ministero della Salute - Annuario Statistico del SSN 2012

3. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- La **Dichiarazione di Alma-Ata** (6-12 settembre 1978) definisce la salute come uno *“stato di benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale”* e l’assistenza sanitaria come *“il primo livello di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario in un quadro di effettiva partecipazione”* ponendo, di fatto, le basi per lo sviluppo successivo della *Primary Care* assistenziale;
- In Italia, la prima nozione di Distretto appare nell’**art. 10** della **Legge 833/1978**, che prevede che *“i Comuni singoli o associati articolano le Unità sanitarie locali in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l’erogazione dei servizi di primo livello e pronto intervento”*
- Il **Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502** successivamente modificato dal **Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517** non aggiunge nulla alla configurazione concettuale e organizzativa del Distretto, ma fornisce le prime indicazioni sul Distretto nell’ambito di un processo di riforma del Ssn basato sui principi di regionalizzazione ed aziendalizzazione.

- Il **Piano sanitario nazionale 1994-1996** inserisce *“la realizzazione del Distretto”* tra gli interventi prioritari da conseguire nel triennio.
- Il **Piano sanitario nazionale 1998-2000** inserisce il Distretto nell’ambito delle fondamentali strategie di cambiamento del Ssn, chiarendo alcuni degli aspetti di maggiore incertezza sull’identità e sul ruolo del Distretto, nonché sul modello organizzativo e funzionale dello stesso.
- La **Legge 30 novembre 1998, n. 419** delega il Governo all’emanazione di uno o più decreti delegati per la razionalizzazione del Ssn sulla base di una serie di principi e criteri generali. Tra questi, alcuni assumono una valenza immediata per il Distretto
- Il **Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229** e successive modificazioni ed integrazioni segna una svolta per la sanità del territorio attribuendo al Distretto l’autonomia indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di salute.
- La **Legge 8 novembre 2000, n. 328**, meglio conosciuta come Legge Quadro, attribuisce al Distretto un ambito di autonomia analogo a quello previsto per le altre due articolazioni organizzative dell’Azienda, costituite dai presidi ospedalieri e dal dipartimento di prevenzione
- Il **Decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368** di recepimento della **Direttiva 93/16/CEE** in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli come modificato dal **Decreto legislativo 8 luglio 2003, n. 277** di recepimento della **Direttiva 2001/19/CE** che modifica le direttive del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali e le direttive del Consiglio concernenti le professioni di infermiere professionale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico introduce, inoltre, il corso di formazione specifica in medicina generale e rende obbligatorio il relativo diploma per ogni *“nuovo”* medico chirurgo che intenda esercitare la professione di medico di medicina generale nell’ambito del Ssn.
- La **Legge n. 328 del 2000** fa riferimento al coordinamento o coincidenza tra l’ambito territoriale delle zone sociali e quello dei Distretti sanitari (art. 8, co. 3, lett. a). L’art. 19, invece, fa riferimento al coordinamento tra la pianificazione zonale e quella distrettuale.
- Il **Dpcm 29 novembre 2001** di definizione dei Lea, all’**allegato 1** inserisce un’importante disaggregazione del livello *“Assistenza distrettuale”* in una serie di sotto-livelli, che mirano ad approfondire la conoscenza su tematiche centrali per l’assistenza sul territorio. Viene integralmente modificato dal **DPCM 23 aprile 2008**.

- Il **Dpr 28 luglio 2000, n. 270** riguarda l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. La normativa comporta una riorganizzazione complessiva dell'area della medicina generale ed accentua il ruolo delle Regioni, delle Aziende e delle organizzazioni sindacali nelle loro diverse articolazioni territoriali per stimolare la crescita di una dinamica innovativa che migliori la qualità dell'assistenza e che contribuisca allo sviluppo di una cultura e di un modo di operare teso all'uso appropriato dell'offerta di prestazioni sanitarie.
- Il **Piano sanitario nazionale 2003-2005** individua principi e obiettivi fondamentali del sistema sanitario, riconoscendo che spetta alle Regioni e agli Enti locali lo sviluppo e l'organizzazione del sistema operativo per realizzarli.
- L'**Accordo tra Stato e Regioni del 23 marzo 2005**, conosciuto come "Patto di stabilità in materia sanitaria", nell'aggiornare quanto previsto dall'Accordo 8 agosto 2001, prevede che le Regioni devono sviluppare una serie di azioni per contenere la spesa sanitaria e per raggiungere un diverso equilibrio tra ospedale e territorio.
- Psn 2006-2008 afferma che un importante ambito di rinnovamento del Ssn è la riorganizzazione delle cure primarie delle quali va accelerato il processo di riassetto organizzativo e funzionale che comporti un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio.
- il **Patto per la salute 2006-2009** promuove 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.
- Il **Patto per la salute 2010-2012**, all'**art. 9** dispone che nelle singole Regioni e Province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente Dpcm di fissazione dei Lea
- Il **Piano sanitario nazionale 2011-2013**, attualmente in fase di approvazione, precisa che *"la funzione delle cure primarie deve essere riconosciuta nelle strategie aziendali mediante la definizione, nei momenti istituzionali e nei documenti di pianificazione e di strategia aziendale, del ruolo e degli obiettivi assegnati ad esse e al Distretto. A quest'ultimo è, inoltre, affidata la governance del sistema per l'erogazione di livelli appropriati"*

CONSIDERAZIONI SULLA MEDICINA GENERALE

La consuetudine in cui ancora oggi capita di inciampare è quella di appellarsi al medico territoriale ancora con il termine "medico di base" o "medico di famiglia". Non è un caso che si sia scelto di chiamare, quella stessa figura con il termine Medico di Medicina Generale. In questo modo si è cercato di responsabilizzare la figura professionale del comune "medico della mutua" ed aggiornarla. La figura del MMG, è un punto cardine del SSN, su cui si cerca di puntare il più possibile, perché un buon lavoro di medicina territoriale fa risparmiare costi ben più maggiori all'intero sistema sanitario. Il compito dei medici, nel territorio, è quello di trasformare un bisogno di salute ad una domanda di prestazione, svolgere attività di assistenza primaria e attivare tutti i livelli assistenziali con la prescrizione di farmaci, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri [2]. Questo è il motivo per il quale essi vengono definiti come *gatekeepers* del SSN.

In questa sede, inoltre, si evidenziano sinteticamente le due variabili fondamentali capaci di influenzare e modificare i comportamenti dei medici territoriali, la prima è legata al sistema di remunerazione, mentre la seconda è legata al livello di aggregazione presente nello studio medico.

A livello europeo esistono diverse modalità di remunerazione del medico, la prima è denominata "Fee for service" (pagamento a prestazione), ed è direttamente correlata all'attività effettuata. Questo tipo di tariffa è presente in Belgio, Francia e Germania: sistemi sanitari prettamente Bismarckiani. La seconda modalità di pagamento è denominata "Capitation" e si basa sulla quota capitaria, ovvero sul numero di assistiti presenti nella lista di ogni medico, indipendentemente dalle prestazioni che si effettuano. Questo tipo di remunerazione è presente nei seguenti Paesi: Italia, Gran Bretagna e Paesi Bassi. Il terzo modo di remunerare i medici si basa sul sistema "Salary", di intuitiva traduzione, che è basato sul numero di ore lavorative e non sul numero di assistiti o sul numero di prestazioni. Tale sistema è presente in Spagna, Portogallo, Svezia e Slovenia [3].

La letteratura internazionale, ci riferisce come al giorno d'oggi, tutti i sistemi sembrano muovere verso la riorganizzazione della medicina territoriale in medicina di gruppo. Molti MMG decidono di aggregarsi e ciò comporta, ovviamente dei punti di forza e di debolezza, come punti di forza si riscontrano la migliore qualità di assistenza e un migliore accesso ai dati, come punto di debolezza lo scarso rapporto di agenzia tra medico e paziente.

Per quanto riguarda il contratto dei MMG, come abbiamo visto, l'ultimo *Accordo Collettivo Nazionale* (ACN) per la Medicina Generale è stato siglato nel maggio 2009, allo scopo di porre le basi di una nuova assistenza territoriale sempre più organizzata ed integrata. Tra gli obiettivi indicati in questo accordo vi sono l'introduzione delle "aggregazioni funzionali" tra MMG e i medici di continuità assistenziale (MCA), la promozione dell'informatizzazione della sanità e la costituzione di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

In merito a questo ultimo punto, l'ACN 2009 ha demandato alle Regioni il compito di realizzare sul proprio territorio degli esempi di UCCP. Le Regioni, quindi, dovranno recepire le linee guida e le novità introdotte dalla nuova normativa per definire i meccanismi, i requisiti e gli standard da applicare per le diverse fasi del modello di sperimentazione [5].

BIBLIOGRAFIA

- [1] Age.Na.S. – *La rete dei Distretti Sanitari in Italia*. 8° Supplemento al numero 27 2011 di Monitor. Elementi di analisi e di osservazione del sistema salute
- [2] Damiani G., Ricciardi G. – *Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria*. Idelson Gnocchi, 2005.
- [3] Boerma W.G.W. 2003: *Profiles of general practice in Europe. An International study of variation in the task of general practitioners*. Nivel.
- [4] Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo – Ufficio di Statistica – *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010*.
- [5] Fonte: Ministero della Salute. Attività Gestionali ed economiche delle A.S.L. e aziende Ospedaliere - *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, 2012.
- [6] Regione Lombardia, il Consiglio – *Indagine sulla medicina territoriale. Le politiche avanzate e i problemi aperti*, 2010.

LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

ANALISI DELLE CRITICITÀ

- Il punto di vista dei pazienti
- Il punto di vista legale
- L'assenza cronica dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Criticità e presa in carico del paziente nel post- dimissione ospedaliera
- Ausili in "comodato"
- La gestione del paziente con dolore cronico severo, oncologico
- Interpretazione nuove norme in sanità: le prescrizioni
- Telemedicina
- Varie ed eventuali

SOLUZIONI E SOSTENIBILITÀ: sintesi

Le problematiche generali riguardano: criticità di finanziamento, trasferimenti dallo Stato alle Regioni , LEA ed effettiva fruizione gratuita dei servizi , introduzione ISEE PATRIMONIALE.

L'obiettivo principale è la Sanità a Km 0, attraverso la medicina del territorio ed i Medici di Famiglia.

1. Il Punto critico legale: Aumento delle incomprensioni e del contenzioso legale

Dando ormai per scontato che la responsabilità professionale, nel nostro caso medica, ha natura contrattuale, con conseguente appesantimento della posizione processuale del convenuto sia dal punto di vista dell'inversione dell'onere della prova (in questo caso a carico del medico), sia dell'efficacia causale dell'azione o dell'omissione colpevole (si tende a condannare il medico anche quando in sede istruttoria non emerga con certezza un principio causalistico idoneo a costituire la colpa, ma solo in presenza della maggiore probabilità rispetto ad altri fattori), sono stati esaminati gli elementi costitutivi della responsabilità stessa, quali la colpa, il nesso causale ed il danno.

Con riferimento, in particolare, alla colpa lieve, richiamata espressamente dall'art.3, comma 1, del cd. Decreto Balduzzi, la novella introdotta appare, in sé e per sé considerata, poco praticabile, in quanto spesso la magistratura pretende dal medico una condotta ispirata alla massima conoscenza scientifica e procedimentale, spostando in tal modo nell'alveo della colpa grave qualsiasi discostamento dalle richiamate linee guida.

Se però, analizziamo la norma insieme alla novità introdotta dal comma 5 dello stesso articolo, che prevede un aggiornamento con cadenza quinquennale dell'albo dei CTU, al fine di garantire una qualificata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria, questo maggiore e più qualificato apporto tecnico alla funzione decisionale potrebbe contribuire a contenere il fenomeno dell'aumento esponenziale del contenzioso in materia.

Il ricorso, da parte del giudice, ad un accertamento tecnico "specifico", infatti, dovrebbe evitare che nelle sentenze di condanna si possa leggere che, non essendo stata raggiunta una prova scientifica certa sulla dinamica del fatto denunciato, la colpa sia determinata in via presuntiva.

Sotto l'aspetto degli obblighi del medico, sarebbe necessario intervenire normativamente, a mio avviso, sui contenuti minimi della cartella clinica e del consenso informato, in modo da evitare condanne risarcitorie del medico (e della struttura presso la quale opera) anche solo in caso di mancato assolvimento di non meglio precisati obblighi di informativa.

Stabilire un buon rapporto con il paziente , spiegare in maniera esauriente , rispondere a dubbi, condurre il paziente alla decisione e condividerla , sono gli strumenti per evitare incomprensioni su una materia difficile come la medicina.

2. Assistenza Domiciliare Integrata – Adi

La Criticità principale sta nella mancata integrazione tra tutti quelli che devono assistere e curare a Domicilio.

Dal 2005 al 2010 aumenta perché diminuisce l'ospedalizzazione e aumentano le dimissioni precoci. Aumenta il carico di lavoro per MMG e familiari, inoltre l'estrema variabilità regionale per numero e tempo che non viene considerata.

La deospedalizzazione non trova risposta nell' ADI per mancanza di risorse globali e per impossibilità del Distretto di fornire infermieri e servizi sociali.

Si propone:

- Potenziare la famiglia, la governance , attribuzione di responsabilità reale alle Cure primarie, cure infermieristiche dimensionate .
- Esternalizzazione dei servizi
- Estensione dei servizi di cura sul territorio – D. Lgs. Balduzzi
- Adi e diverso modello
- La soluzione strutturale un comparto unico per l 'assistenza primaria e l'altra é la formazione congiunta

Dimissione ospedaliera e presa in carico

Criticità:

- Continuità assistenziale - paziente fragile che torna dall'ospedale - dimissione protetta paziente in post-acuzie follow-up;
- Difficoltà di interazione con il reparto ospedaliero;
- Compenso a prestazione che impedisce valutazione
- Mancanza strumenti telematici discontinuità informativa troppi esami ripetuti - continuità di gestione - continuità degli standard e delle linee guida e di linguaggio , flussi e processi

Continuità assistenziale, post dimissione ospedaliera:

- paziente fragile - dimissione protetta con contatto preventivo con mmg e sistema di cure domiciliari per realizzare gli elementi della continuità' assistenziale (fatta di comunicazione, relazione ed organizzazione)
- paziente in post-acuzie, necessità di ritrovare il concetto di follow-up inteso come salvaguardia e mantenimento della compliance nei confronti di una terapia ottimizzata secondo una valutazione complessiva del paziente e non legata ad un approccio per patologia (con la somma di più politerapie secondo applicazione acritica di linee guida)
- Difficoltà di interazione con il reparto ospedaliero per la mancanza di strumenti volti a realizzare la continuità assistenziale di cui sopra.
- Compenso a prestazione dell'attività domiciliare dovrebbe essere sostituito da un compenso legato non alla singola visita, ma alla valutazione globale del paziente, alle sue necessità con standard verniciabili di intervento da parte del MMG.
- Mancanza strumenti telematici adeguati e di analisi dei processi assistenziali per realizzare continuità informativa, di relazione e di organizzazione necessarie per il reale coordinamento ed unitarietà del percorso tra i diversi livelli assistenziali.
- La continuità informativa è uno degli elementi della continuità assistenziale e la sua assenza comporta la ridondanza di troppi esami non utili e la riduzione della compliance del paziente alle terapie farmacologiche (se non si salvaguardia la loro continuità ed uniformità).

- Importanti gli standard:
 - o standard clinici da linee guida sugli interventi assistenziali nelle diverse patologie croniche (disease management);
 - o standard linguistici: terminologie usate nei diversi contesti da unificare in glossari univoci per analisi e statistiche omogenee;
 - o standard scambi elettronici di informazioni (es.HL7);
 - o standard sui flussi di lavoro e processi di assistenza sanitaria con dettagli su piani di lavoro, soggetti interessati, timeline, interazioni necessarie, operazioni richieste;
 - o standard tecnici: infrastrutture, network, sistemi di sicurezza, protocolli (TCP/IP, XML)

3 modelli possibili nell'integrazione tra livelli assistenziali:

1. linkage ,ognuno lavora per conto proprio e si comunica solo a richiesta;
2. coordinamento - informazioni routinarie ad esempio nel fascicolo sanitario elettronico (da parte di mmg, ospedali, specialisti, ma ognuno lavoro con i propri strumenti informatici.infermieri...);
3. full integration - messa in comune di tutte le informazioni con lo stesso strumento di lavoro.

Integrarsi significa perdere parte della propria specificità, è importante farlo, ma bisogna tener conto delle specificità professionali (diceva Leutz "non si puo' integrare una vite quadrata in un foro rotondo).

Linee guida - multimorbidity - una lg per ogni patologia - Noi applichiamo LG longitudinali che derivano dall'esame complessivo delle esigenze del paziente. Non solisti , ma orchestra di Lg per caso e non per patologia . Favorire il follow up con gli strumenti in nostro possesso.

3. Concessione ausili

MENOMAZIONE

DISABILITÀ

HANDICAP

Ausili nomenclatore tariffario -protesi per menomazione e funzione, Ortesi tutore sostegno , mezzi ausiliari deambulatori

Decreto

1. dispositivi su misura
2. dispositivi già pronti di serie
3. elenco acquistati dalle Asl

Modellistica

Diagnosi codici indicazioni autorizzazione

Criticità

- Tempi , costi elevati , tipologia dei presidi ,pagamento di differenza a carico del paziente.
- Sistema burocratico
- Ausilioteca e supporto informativo per i medici e i pazienti che aiuti a valutare il bisogno
- Carenza di figure e centri specializzati attualmente non esistenti
- Valutazione del deficit e individuazione ausilio piu' idoneo con ispezione ad hoc

4. Trattamento del Dolore

Una Legge sul dolore cronico e le Cure Palliative - La legge 38

- DOLORE cronico severo , oncologico
 - Integrazione osp territorio
 - Commissione Stato Regioni
 - Hub and Spoke
 - Scarsa applicazione regionale
 - Accordo stato regioni
 - 70% dei pazienti ignora i diritti
 - 70 % delle cure sono erogate dai Mmg
-
- Valutazione del dolore obbligatoria
 - Pochi oppiacei e oppioidi
 - Scarsa chirurgia del dolore
 - 13 milione di persone con dolore cronico

5. Prescrizioni farmaci

- Aiutare la persona a riconoscere il farmaco ed assumerlo correttamente evitando cambiamenti frequenti
- Informazione sul farmaco - conoscenza dell'effetto dei farmaci e degli effetti indesiderati
- Spiegare bene la differenza tra prezzo di riferimento e costo al cittadino
- Spiegare la Equivalenza e dibattito sui generici ed il vantaggio economico
- Evitare la Sostituzione selvaggia senza controllo da parte dei Farmacisti
- Responsabilità medico legale Farmacisti
- Sostituzione selvaggia senza controllo
- Monitoraggio qualità generici ?
- Segnalazione effetti indesiderati
- Compliance aderenza persistenza
- Formazione medica

6. Telemedicina

- Sviluppare la Telemedicina ,Questa dimenticata
- Uso ancora modesto
- Il paziente si sposta e perde tempo
- Prescrizioni , esami , referti , diagnostica , cartelle cliniche
- Territorio a Km 0
- Mg : Adi , cronici , basta sperimentazioni ,si puo gia fare subito.
- Costi bassi e sostenibili
- Tao - Nao perdita di tempo nessuna integrazione