

6.1 INTRODUZIONE

Sin dalla sua fondazione, Meridiano Sanità ha stretto un “patto di ferro” con tutti i partecipanti al progetto, sul quale incentrare ogni ragionamento e proposta. Tale patto si basa sui seguenti 7 pilastri:

1. Centralità della persona;
2. Riequilibrio e integrazione tra sistema ospedaliero e territoriale;
3. Valorizzazione del ruolo del Medico di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta, dei Medici di Continuità Assistenziale nonché degli specialisti e degli appartenenti alle altre professioni sanitarie operanti sul territorio;
4. Valutazione di efficacia/efficienza a livello di sistema e non del singolo comparto;
5. *Performance* valutata sui risultati ottenuti nella tutela della salute rispetto alle risorse impiegate;
6. Sanità vista non solo come problema finanziario, ma come investimento del settore economico dei servizi;
7. Sostenibilità futura del S.S.N. e dell'assistenza socio-sanitaria.

La **centralità della persona** emerge oggi come priorità delle priorità. La focalizzazione sul tema dell'assistenza primaria e i suggerimenti migliorativi che in questo capitolo verranno proposti vogliono rappresentare una risposta concreta e fattibile alle nuove esigenze indotte dai cambiamenti demografici, sociali, economici, epidemiologici, tecnologici e culturali, evidenziati nel Capitolo 1.

Coerentemente con tali premesse, come visto nel Capitolo 4, Meridiano Sanità ha elaborato una **definizione di assistenza primaria** che è assimilabile ad una dichiarazione programmatica in quanto contiene, *in nuce* e in estrema sintesi, l'agenda dei suggerimenti migliorativi proposti.

Quella che segue è la proposta di una **vera e propria MISSIONE dell'assistenza primaria**, ossia la sua ragione di esistere profonda. Così come la qualità della testa di qualsiasi organismo determina la capacità di agire del corpo, allo stesso modo la definizione puntuale e precisa della Missione determina la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione di ogni istituzione.

La definizione proposta è stata elaborata dal Gruppo di lavoro The European House-Ambrosetti con il contributo di Elio Guzzanti e di tutti coloro che hanno partecipato ai lavori del Tavolo di Consultazione¹²⁷.

127 - Si ringraziano vivamente tutti coloro che hanno concesso la propria disponibilità a partecipare al Tavolo di Consultazione, i cui nomi sono riportati nell'Allegato 1 del presente Rapporto.

Per rispondere ai principi di universalità e di dignità e centralità del cittadino, l'assistenza primaria è, nell'ambito del Distretto, il **primo, fondamentale e costante punto di contatto** della persona assistita con il S.S.N..

Le attività e i servizi forniti dall'assistenza primaria devono perciò essere **accessibili agevolmente**, sia in termini di distanza sia di orari di fruibilità giornaliera e nel corso dell'anno.

Con l'obiettivo di integrare nell'ambito territoriale di riferimento gli interventi sanitari e socio-sanitari, l'assistenza primaria, **fermo restando il rapporto fiduciario tra medico ed assistito**, adotta il **modello di lavoro multiprofessionale**.

In tal modo, i Medici di Medicina Generale, i Medici di Continuità Assistenziale, i Medici della Medicina dei Servizi e i Pediatri di Libera Scelta, operando unitamente alle altre figure professionali sanitarie, erogano prestazioni appropriate, per qualità, sicurezza e tempestività ed hanno l'opportunità della valutazione congiunta delle prestazioni erogate, della formazione continua e dello svolgimento di attività di ricerca.

Nelle forme organizzative assunte in relazione alle specificità locali, l'assistenza primaria collabora con l'emergenza territoriale, con i dipartimenti di prevenzione e di salute mentale e con le attività e i servizi territoriali di specialistica ambulatoriale e di farmacia, e stabilisce formali rapporti con gli ospedali per favorire la pre-ospedalizzazione e la dimissione protetta.

A tali fini è essenziale l'**integrazione** e lo **scambio di informazioni**, anche tecnologico, tra le diverse figure operanti in ambiti e servizi diversi, per coordinare le attività di promozione e di educazione alla salute, di prevenzione, di diagnostica, di cura e di riabilitazione.

Per quanto riguarda la continuità assistenziale, ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, in particolare nelle condizioni di cronicità e/o non autosufficienza, l'assistenza primaria **opera congiuntamente alle attività e ai servizi sociali, socio-assistenziali ed educativi operanti nel territorio**.

Nella considerazione che nella grande maggioranza dei casi i decessi avvengono presso il domicilio eletto dalla persona assistita, l'assistenza primaria fornisce la complessiva assistenza necessaria nelle singole circostanze che conducono alle fasi terminali della vita, anche con l'ausilio di attività e servizi a ciò dedicati.

Proprio a partire da tale definizione si presenteranno nel presente capitolo le principali proposte di Meridiano Sanità in tema di assistenza primaria e integrazione socio-sanitaria¹²⁸.

6.2 PRIMO PUNTO DI CONTATTO ACCESSIBILE NEL TEMPO E NELLO SPAZIO

L'assistenza primaria rappresenta il **primo punto di contatto** tra la persona e il S.S.N. e deve costituire il **punto di riferimento** per l'orientamento della persona assistita all'interno del S.S.N. stesso.

Dovendo espletare tale fondamentale funzione, l'assistenza primaria deve essere **accessibile agevolmente**, nel tempo e nello spazio.

L'**accessibilità nel tempo** si realizza nel corso di un giorno, dei 7 giorni di una settimana e dei 365 giorni dell'anno. E' altresì necessario prevedere **formule organizzative opportunamente calibrate sulla base delle specificità territoriali**: ad esempio, è impensabile che in un piccolo paese di montagna l'assistenza primaria sia garantita dal Medico di Medicina Generale anche il sabato e la domenica, mentre è perfettamente logico che in un'area metropolitana una forma organizzata di assistenza primaria (UTAP o altro) garantisca la copertura H24, 7 giorni su 7.

L'**accessibilità nello spazio** si esprime in termini di distanza, ma anche in termini di assenza di barriere fisiche o burocratiche. Concretamente significa **determinare distanze massime/tempi massimi di percorrenza per raggiungere la**

sede del centro di assistenza primaria (studio del MMG, studio associato, UTAP o altra forma organizzata) nell'ambito del bacino di riferimento. Nel caso spagnolo, ad esempio, la localizzazione di ogni *Centro de Salud* è determinata in modo da renderlo raggiungibile entro 15 minuti da ogni luogo di residenza dalla *Zona de Salud* di cui fa parte.

A livello generale, il concetto di accessibilità deve essere declinato coerentemente con le caratteristiche geografiche, demografiche, biostatistiche e socio-economiche del territorio di riferimento. In particolare, sulla base dell'analisi condotta¹²⁹, si possono oggi riscontrare sul territorio italiano **diverse tipologie di riferimento**. Per le principali (aree metropolitane urbane, Comuni inferiori ai 15.000 abitanti, zone montane) Meridiano Sanità propone delle linee guida per la progettazione e la realizzazione delle forme più idonee di assistenza primaria.

In generale, è necessario **incentivare** (non obbligare) le varie figure professionali sanitarie presenti sul territorio, *in primis* i MMG, affinché:

- adottino **modelli organizzativi**, siano essi forme associative e/o di medicina di gruppo;
- si **integrino** in una **rete** (dotata anche di luoghi fisici di ritrovo/confronto periodico).

Le forme di aggregazione tra medici dovrebbero inoltre prevedere **personale di reception/accoglienza** per orientare e guidare le persone, e **personale amministrativo** per gestire gli aspetti amministrativo-gestionali.

Lo sviluppo di forme di aggregazione tra i MMG (in forme associative e/o di gruppo) rappresenta uno strumento indispensabile al fine del raggiungimento di obiettivi quali la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza. Tali forme hanno infatti il vantaggio di avvicinare progressivamente i MMG alle dinamiche delle ASL e del Distretto, favorendo l'integrazione con l'ospedale¹³⁰.

Nelle **aree metropolitane urbane** la criticità maggiore è rappresentata dalla **solitudine**, che colpisce soprattutto le persone anziane, particolarmente (ma non esclusivamente) nei periodi di vacanza. La solitudine si riverbera innanzitutto in uno stato psico-emotivo particolarmente fragile; inoltre, ad essa possono connettersi veri e propri vuoti di assistenza, con tutte le conseguenze del caso. Non ci si riferisce qui solo ai non autosufficienti, ma in generale alle persone anziane, per le quali spesso l'incontro con il medico rappresenta anche un momento di dialogo e confronto. Ben più grave è invece la situazione per le persone non autosufficienti, che di fatto dipendono da altri anche per l'espletamento delle normali attività quotidiane (faccende domestiche, alimentazione, igiene personale, ecc.).

Inoltre, nelle aree metropolitane anche le persone attive adottano stili di vita che influenzano la loro domanda di assistenza primaria. Ad esempio, nella maggior parte dei casi conducono una vita frenetica, dedicando larga parte del proprio tempo al lavoro e agli spostamenti. E' sempre più difficile dunque, per questa tipologia di persone, adattarsi agli orari di ambulatorio dei MMG senza sacrificare parte del tempo lavorativo.

Per queste ragioni è opportuno che **nelle aree metropolitane si organizzino forme stabili e strutturate di associazionismo / collaborazione** (UTAP o simili) che costituiscano il punto di riferimento certo per l'intero bacino di utenza. Tali strutture dovrebbero garantire un'offerta integrata che includa¹³¹:

- la presa in carico per la risoluzione di tutte le problematiche non differibili e gli interventi urgenti che non necessitano del Pronto Soccorso;
- la continuità assistenziale 24 ore su 24;
- la gestione delle malattie croniche;

129 - Si vedano il Capitolo 4 e le schede regionali di Meridiano Sanità (Allegato 2).

130 - Si veda E. Vendramini, "La nuova convenzione per la Medicina Generale", in M.C. Cavallo, S. Gerzeli, E. Vendramini "Organizzazione e gestione delle cure primarie - Un'indagine nazionale", 2001.

131 - Si veda Ignazio R. Marino, "Sistema salute - Analisi e prospettive per il futuro della sanità in Italia", Fondazione Italianeuropei, 2007.

- una serie variabile di prestazioni specialistiche (a seconda degli specialisti affiliati alla struttura);
- l'erogazione di prestazioni diagnostiche di primo livello;
- laddove non erogate direttamente dalla struttura, la prenotazione delle prestazioni specialistiche e diagnostiche.

Da un punto di vista organizzativo, partendo da un rapporto ottimale di un MMG ogni 1.000 residenti di 14 anni o più¹³², si deduce che una UTAP (o struttura analoga) cui sia assegnato un bacino di utenza di 15.000 assistiti dovrà prevedere 15 MMG.

Considerando che, nel caso di 1.000 scelte, in base agli accordi nazionali il MMG dovrà assicurare un orario di accesso allo studio di 10 ore settimanali (ovvero una media di 2 ore per ogni giorno feriale) e una media di 220 giorni feriali l'anno, si ricava un valore di 26,4 minuti all'anno per assistito.

A partire da tale dato, un'UTAP (o struttura analoga) con un bacino di utenza di 15.000 assistiti dovrà teoricamente erogare 396 mila minuti di prestazioni l'anno, pari a 30 ore teoriche giornaliere. Ovvero, ipotizzando che tali ore dovessero essere erogate da MMG, il cui contratto nazionale prevede un'attività giornaliera svolta su un arco temporale compreso tra le 8 e le 20, e quindi di 12 ore¹³³, sarebbe necessaria la contemporanea presenza di 2,5 MMG nella struttura. La copertura delle 30 ore teoriche giornaliere richieste nell'arco temporale di attività dei MMG è quindi possibile senza un aggravio di costi in termini di maggior numero di medici, ma semplicemente migliorando il coordinamento tra i 15 MMG previsti all'interno dell'UTAP.

È importante sottolineare come, dal punto di vista delle risorse, non si prevede una significativa variazione rispetto ai medici oggi già in attività nell'ambito della Medicina Generale. Si tratta di un esercizio teorico, ma apparentemente l'adozione di forme stabili e organizzate di associazionismo e collaborazione sembra potersi sostanziare in **una più efficace risposta alle esigenze degli utenti** (continuità assistenziale, multiprofessionalità, ecc.) **senza significative perdite in termini di efficienza** (uguali risorse).

Importanti vantaggi in termini di una minor spesa / necessità di finanziamento per l'assistenza primaria potrebbero tuttavia derivare da **sinergie e condivisioni di costi di struttura**, come ad esempio le spese per gli ambulatori, gli investimenti in tecnologia ed informatizzazione e i costi di personale infermieristico, amministrativo/*reception* e di altri collaboratori.

Nei **Comuni con popolazione inferiore ai 15.000 abitanti** (si tratta di ben 7.404 Comuni, che radunano circa il 41,5% della popolazione italiana) la famiglia esercita ancora una funzione assistenziale importante. Gli anziani sono infatti spesso accuditi dai familiari, direttamente o attraverso badanti. Tuttavia tale situazione non appare sostenibile nel lungo termine, sia perché anche nei piccoli centri le problematiche che minano l'unità nel tempo della famiglia tenderanno ad affermarsi, sia perché il progressivo invecchiamento della popolazione porrà esigenze assistenziali nuove.

Il punto di riferimento della comunità sono e dovranno certamente rimanere i MMG, i PLS, i Medici di Continuità Assistenziale e la Medicina dei Servizi.

Gli stessi MMG dovrebbero però essere incentivati ad aderire a **iniziative di aggregazione**, con incontri periodici fra i MMG di più Comuni e con la presenza, di volta in volta, di diversi specialisti (geriatra, cardiologo, pneumologo, ecc.)

132 - Da un punto di vista normativo, come ricordato dalla FIMMG in *"La Ri-Fondazione della Medicina Generale"*, diverse Regioni hanno deciso di aumentare il rapporto ottimale fino a 1.100, 1.200 o 1.300 scelte per MMG. Da un riscontro empirico, sulla base dei dati pubblicati dal Ministero della Salute nell'Annuario Statistico del S.S.N. 2005, a livello nazionale il rapporto è pari a circa 1.067,72 cittadini residenti di 14 anni e più per MMG. Il rapporto, tuttavia, registra significative differenze a livello regionale da un minimo di 954,85 persone *over* 14 per MMG del Lazio, agli oltre 1.588 cittadini della Provincia Autonoma di Bolzano.

133 - Le 12 ore di accesso giornaliero si riferiscono all'attività ambulatoriale dei MMG all'interno delle strutture considerate. Le UTAP, o forme analoghe, come già accennato precedentemente nel capitolo, dovrebbero invece garantire una continuità assistenziale di 24 ore su 24 integrando i MMG con altri operatori sanitari dell'assistenza primaria.

cui sottoporre casistiche particolari per creare un proficuo confronto multiprofessionale.

E' importante prevedere, in particolare per questa tipologia di Comuni, l'**inserimento a livello di Distretto di due figure professionali**, essenziali per la continuità assistenziale e l'assistenza sul territorio: il *Care Manager* e il *Case Manager*.

Il *Care Manager* è il "mentore" capace di accompagnare il paziente nel suo percorso, scegliendo consapevolmente fra i servizi offerti dalla rete, integrando in un unico percorso i diversi interventi terapeutici; copre quelle funzioni complementari (*counselling*, responsabilizzazione ed educazione del paziente per ottenere la consapevole adesione alle terapie prescritte, ecc.) che non sono solitamente comuni nell'approccio medico. La competenza prevalente del *Care Manager* deve essere legata al supporto del paziente, più che alla capacità diagnostica e terapeutica¹³⁴.

Il *Case Manager* è una figura centrale dell'organizzazione territoriale: rappresenta l'operatore di riferimento che si fa carico di identificare, valutare e monitorare il bisogno assistenziale della persona, di gestirlo nel tempo, assumendo "la responsabilità di attivare i servizi necessari, di valutarne il risultato, di assicurarne la congruenza economica, di essere il referente del paziente e della sua famiglia"¹³⁵.

Per quanto riguarda le **zone montane** - dove spesso si riscontra un'alta concentrazione di persone anziane - le problematiche riguardano prevalentemente la continuità assistenziale, l'integrazione socio-sanitaria e il sistema dell'emergenza/urgenza. In tali zone è difficile realizzare un modello del tipo UTAP (o forme analoghe), ma si possono prevedere forme di associazionismo e/o di medicina di gruppo, che lascino la possibilità per il medico di esercitare la professione nel proprio studio, ed eventualmente individuare una sede fisica in cui incontrarsi periodicamente per attività di formazione, scambio di esperienze, ecc..

E' inoltre auspicabile l'attivazione, nei fine settimana e nelle zone con sufficiente massa critica, di un **numero verde di primo contatto** per guidare e accompagnare le persone che hanno bisogno di assistenza ma non rientrano nell'ambito dell'emergenza-urgenza, sul modello dell'*NHS Direct* (come descritto nel Capitolo 3).

Un'altra barriera importante all'accessibilità è rappresentata, ad esempio, dalle liste d'attesa e da tutti gli **ostacoli burocratici** che si possono a vario titolo frapporre fra la persona e il S.S.N.. Per questa ragione si suggerisce di **rafforzare**, all'interno dei compiti dell'assistenza primaria, la **funzione di tutorship/mentorship nei confronti delle persone assistite** (con particolare riguardo ai cronici), anche in rapporto alla crescente aspettativa di informazione e partecipazione alle decisioni riguardanti la salute da parte delle persone.

Inoltre, è importante sottolineare il ruolo della **farmacia** come presidio territoriale capillare (17 mila esercizi aperti sul territorio nazionale) e facilmente accessibile per tutti i cittadini¹³⁶. Tale rete capillare potrebbe offrire ulteriori servizi di supporto all'assistenza primaria (ad esempio, campagne di informazione sugli stili di vita, assistenza sanitaria di prima istanza, ecc.). A tal fine si potrebbero promuovere, come nei Paesi Bassi¹³⁷, **incontri e colloqui periodici su base regolare tra MMG e farmacisti** di una determinata zona.

6.3 LA CENTRALITÀ DEL MODELLO BASATO SUL DISTRETTO

Come già diffusamente trattato nel Capitolo 4, il **Distretto** rappresenta la sede principale dell'integrazione dei servizi socio-sanitari sul territorio, come prevede la Legge n. 328/2000.

134 - Si veda Laura Fioravanti e Federico Spandonaro, "Continuità assistenziale: dal principio alla realizzazione. Cosa insegna il disease management" in Politiche Sanitarie, gennaio-marzo 2007.

135 - Si veda Relazione Illustrativa al Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

136 - Si veda "Incontro nazionale su La Casa della Salute", Intervento di Giacomo Leopardi, Presidente Federazione Ordini Farmacisti Italiani.

137 - Si veda il Capitolo 3 del presente Rapporto.

Il modello basato sul Distretto va certamente adeguato, soprattutto per:

- garantire l'assistenza continuativa di persone con malattie croniche e/o non autosufficienti, anche individuando i percorsi assistenziali con i diversi professionisti coinvolti;
- garantire l'erogazione di tutte le diverse funzioni riconducibili nel concetto di "assistenza primaria";
- assicurare un'adeguata cornice organizzativa e l'effettivo coordinamento delle diverse strutture e dei servizi socio-sanitari (erogati dal Distretto) e sociali (erogati dai Comuni).

A tali fini è importante che la **gestione del Distretto** sia affidata a soggetti, anche di estrazione medica, che siano però in possesso di solide **competenze di tipo economico-manageriale**¹³⁸.

6.4 L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E IL PERCORSO FORMATIVO

Indipendentemente dalla forma organizzativa adottata, l'erogazione dell'assistenza primaria deve avvenire secondo il modello del **lavoro multiprofessionale**, fermo restando il **rapporto fiduciario tra medico e assistito**.

La reale multidisciplinarietà è possibile se e solo se si potenzia la **capacità di collaborare** fattivamente tra le diverse professionalità che operano nel S.S.N. in contrapposizione all'attuale logica, spesso addirittura antagonistica, che contraddistingue le diverse categorie professionali, negli ospedali e nel territorio. E' pertanto necessario sviluppare una cultura del **lavoro di gruppo** fra tutti gli appartenenti alle professioni sanitarie (MMG, PLS, MCA, specialisti ambulatoriali, infermieri, fisioterapisti, ecc.), finalizzata alla miglior gestione della persona assistita non rispetto al singolo bisogno, ma alla totalità delle sue necessità assistenziali di tipo socio-sanitario.

In particolare, è importante che sia rapidamente superata l'anomalia culturale che fa ritenere la **funzione infermieristica** subalterna rispetto a quella medica, non più sostenibile anche a fronte del significativo aumento dei livelli di formazione¹³⁹.

Naturalmente, tale rivoluzione copernicana può avvenire se e solo se il riorientamento culturale finalizzato alla promozione del lavoro di squadra diviene un pilastro del **percorso formativo** non solo del MMG, ma di tutti i professionisti della sanità, anche in logica di formazione continuativa. In relazione a tale tema si rimanda a quanto già esposto nel Rapporto Meridiano Sanità 2006.

6.5 L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E IL RAPPORTO FIDUCIARIO MEDICO-PERSONA ASSISTITA

La **tutela del rapporto di fiducia tra medico e assistito** è particolarmente critica laddove si realizzino forme organizzate (UTAP o simili, medicina associativa e/o di gruppo, ecc.). Come si è visto dalle esperienze di altri Paesi¹⁴⁰, è possibile mettere a punto soluzioni che tutelano tanto il rapporto di fiducia, quanto il funzionamento delle forme organizzate.

In Spagna, ad esempio, è garantita la libera scelta; tuttavia, per avere la certezza di essere visitati dal proprio medico, è necessaria la prenotazione telefonica (si richiedono 3-7 giorni di anticipo). In caso di urgenze (visite senza appuntamento) o visite domiciliari non è automatico che intervenga il medico scelto dal cittadino. Dovrà poi essere cura del medico che ha effettuato la visita aggiornare, attraverso le modalità più efficaci (colloquio, e-mail, aggiornamento della cartella clinica elettronica condivisa, ecc.), il medico di riferimento per la persona in oggetto.

138 - Lo sviluppo di tali competenze potrebbe trovare utile riferimento nella specializzazione in "medicina di comunità". Tale specializzazione è compresa nell'area medica nel decreto MIUR 1 agosto 2005, *"Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria"*.

139 - Si veda Laura Fioravanti e Federico Spandonaro, *"Continuità assistenziale: dal principio alla realizzazione. Cosa insegna il disease management"* in Politiche Sanitarie, gennaio-marzo 2007.

140 - Si veda il Capitolo 3 del presente Rapporto.

6.6 I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

L'applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali è indispensabile per garantire efficacia, efficienza e soddisfazione delle persone assistite nell'ambito del sistema di assistenza primaria.

Attraverso l'adozione dei percorsi è possibile conseguire una serie di vantaggi, che possono essere così sintetizzati¹⁴¹:

- migliorano la pianificazione multidisciplinare e la pianificazione dell'assistenza;
- permettono di raggiungere/migliorare gli *standard* di qualità;
- migliorano la comunicazione medico/persone assistite e la conseguente *compliance*;
- facilitano la raccolta coordinata di informazioni sulla storia della persona assistita;
- nel medio termine, favoriscono il contenimento dei costi, poiché riducono duplicazioni, pratiche inutili, ecc..

Le **barriere** alla loro implementazione sono, ancora una volta, prevalentemente di **tipo culturale**. Difficilmente possono però essere giustificabili stante lo scenario di riferimento e richiedono un immediato adeguamento del sistema di formazione continua, come già specificato in precedenza.

Come sempre, per Meridiano Sanità il centro è la persona, pertanto si raccomanda il **coinvolgimento delle associazioni che rappresentano i cittadini e i pazienti** nella definizione dei percorsi, soprattutto per le patologie croniche.

6.7 INVECCHIAMENTO, CRONICITÀ, DISABILITÀ

Alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione, appare utile **inserire**, all'interno delle forme organizzate di assistenza primaria, per le aree che presentino un'alta concentrazione di *over 65* e, soprattutto, di *over 75*, il **geriatra**, per consentire l'inquadramento puntuale delle problematiche dell'anziano attraverso la valutazione multidimensionale. L'anziano fragile è infatti frequentemente affetto da situazioni di comorbidità, che richiedono un approccio integrato e multidisciplinare coordinato da uno specialista, il geriatra appunto.

Va ricordato che la Legge Finanziaria 2007 ha istituito il **Fondo per la non autosufficienza**. Il Fondo ha l'obiettivo di incrementare il sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti, stanziando 100 milioni di Euro per l'anno 2007 e 200 milioni di Euro per ciascuno degli anni successivi, 2008 e 2009. Si tratta di cifre ancora ridotte rispetto alle necessità e all'ampiezza della popolazione coinvolta – anziani e disabili¹⁴².

In base a stime recenti della Ragioneria Generale dello Stato, infatti, nel 2006 la spesa pubblica per *Long Term Care* ammontava a quasi l'1,6% del PIL. La componente sanitaria pesava per la metà (circa 0,8% del PIL, di cui lo 0,45% del PIL era destinato all'assistenza sanitaria territoriale agli anziani e ai disabili, e lo 0,17% all'assistenza psichiatrica), mentre oltre il 40% riguardava la spesa per indennità di accompagnamento. Oltre i 2/3 della spesa sono erogati a soggetti con più di 65 anni¹⁴³.

Il progetto di Legge Finanziaria 2008 prevede il potenziamento del Fondo per la non autosufficienza con ulteriori 200 milioni di Euro che andranno a finanziare l'avvio dei nuovi servizi previsti dal DDL delega per la non autosufficienza, anch'esso collegato alla manovra finanziaria e di prossima presentazione al Consiglio dei Ministri su proposta dei Ministri Ferrero e Turco.

La problematica, di carattere comune in tutto il mondo occidentale, come visto nel Capitolo 1, è già stata affrontata in altri Paesi.

141 - Antonio Federici, "Percorsi" in *Care*, 3, 2001.

142 - Cristiano Gori, "Un patto per i non autosufficienti" in *Lavoce.info*, 7 maggio 2007.

143 - Ragioneria Generale dello Stato, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n° 8, dicembre 2006.

In Germania l'assicurazione per la *Long Term Care* è stata introdotta nel 1995¹⁴⁴. Le statistiche riferite all'assicurazione sociale (*Pflegeversicherung*, copre nel complesso 70,3 milioni di persone), evidenziano come nel 2004 i beneficiari *over 65* siano stati 1.509.583, ovvero il 78% del totale dei beneficiari. La percentuale di popolazione *over 65* che ha usufruito dell'assicurazione sociale è pari al 9,8%. Gli *over 80* che hanno beneficiato di assicurazione sociale sono stati 971.944. La percentuale di popolazione *over 80* che ha usufruito dell'assicurazione sociale è pari al 27%.

In Spagna¹⁴⁵ da quest'anno la *Long Term Care* fa parte, a tutti gli effetti, del sistema di *welfare* come quarto pilastro accanto a sanità, previdenza e assistenza sociale; i fondi destinati alla *Long Term Care* per il 2007 sono pari a 400 milioni di Euro e raggiungeranno i 2,2 miliardi di Euro nel 2015.

Secondo studi recenti, applicando all'Italia un modello simile a quello tedesco, si stima che la copertura di circa 1.200.000 anziani comporterebbe una spesa complessiva di circa 9 miliardi di Euro¹⁴⁶.

Non dimentichiamo che oggi gran parte dell'assistenza a questa fascia di popolazione è erogata sotto forma di *informal care* dalle famiglie. In base a studi recenti¹⁴⁷, si stima tuttavia che il numero dei *caregivers* si ridurrà progressivamente e di conseguenza sarà necessario sostituire parte dell'assistenza informale con l'**assistenza formale** (erogata da un infermiere o da un professionista): operazione certamente complessa dal punto di vista organizzativo e onerosa dal punto di vista economico.

Giova ricordare che assistere una persona non autosufficiente in Italia costa circa 18 mila Euro l'anno (escluse le visite specialistiche e i ricoveri ospedalieri) e che le famiglie sono costrette a farsi carico di oltre un terzo di questa cifra, quasi 7 mila Euro¹⁴⁸.

La questione è urgente e improrogabile. La costituzione del Fondo per la non autosufficienza rappresenta certamente un primo passo nella giusta direzione, ma occorre comprendere meglio quali saranno le **regole di funzionamento**, in particolare il coordinamento rispetto all'indennità di accompagnamento.

A livello generale, la raccomandazione di Meridiano Sanità è che il Fondo non finanzia unicamente trasferimenti in denaro, bensì anche e soprattutto l'**erogazione di servizi di supporto alle famiglie** (*benefits in kind*).

Si veda in ogni caso quanto già esposto sul tema della *Long Term Care* nel Capitolo 5 dedicato al finanziamento.

6.8 MISURARE E VALUTARE PER MIGLIORARE

Per valutare compiutamente il funzionamento dell'assistenza primaria è necessario disporre di **indicatori legati ad obiettivi misurabili**, al fine di assicurare il miglior servizio per la persona e di garantire che tutte le scelte che riguardano la salute siano basate sul criterio di appropriatezza. Tali indicatori, concordati a livello della Conferenza Stato-Regioni per valutare gli *standard* relativi alle prestazioni contenute nei L.E.A., devono essere la guida per lo svolgimento delle varie attività a livello regionale, nonché per la verifica istituzionale della effettiva erogazione e della qualità delle prestazioni contenute nei L.E.A. nei diversi ambiti del territorio nazionale, così da costituire una garanzia per i cittadini di uniformità qualitativa dell'offerta sanitaria in ogni realtà regionale.

144 - Si veda il Capitolo 3 del presente Rapporto.

145 - Ibidem.

146 - Costanzo Ranci, "La costituzione di un Fondo unico per la non autosufficienza: i temi in agenda" in Micheli G. "La questione anziana", 2004.

147 - Robine J-M, Michel J-P, Herrmann F.R., "Who will care for the oldest people in our ageing society?", British Medical Journal, 2007.

148 - Alex Turrini e Roberta Martinelli, "Chi si occupa dei non autosufficienti" in Lavoce.info, 26 febbraio 2007.

Anche in questo caso, esiste un'ampia casistica che ci viene da altre esperienze. Quella britannica, in particolare, può essere utile per configurare linee di azione¹⁴⁹.

Oltre alla selezione degli indicatori e alla fissazione degli obiettivi, due fattori operativi, il primo dipendente dal secondo, risultano cruciali ai fini del corretto funzionamento del sistema: la tempistica di rilevazione delle *performance* e, soprattutto, i sistemi informativi che alimentano il sistema degli indicatori.

La tempistica di rilevazione della *performance* varia da indicatore a indicatore. Alcuni vengono rilevati mensilmente, altri annualmente. Per evitare fenomeni distortivi, è bene dichiarare *ex ante* quale sarà l'orizzonte temporale di rilevazione.

Può apparire pleonastico puntualizzarlo, ma il sistema per funzionare deve essere adeguatamente alimentato da sistemi informativi integrati e opportunamente governati, al fine di garantire l'attendibilità e la completezza delle informazioni, l'aggiornamento costante dei dati, la tutela della *privacy*, ecc..

L'investimento infrastrutturale è pertanto preconditione per il funzionamento effettivo di un sistema di valutazione delle *performance*. E' tuttavia altrettanto importante investire nella **formazione degli attori**, non solo per promuovere l'alfabetizzazione di base (assolutamente indispensabile), ma per diffondere maggiormente la cultura della Programmazione e Controllo come *best practice* non solo per la sostenibilità economica ma per il funzionamento stesso dell'assistenza primaria.

Si può certamente obiettare che questa tipologia di indicatori non intercetta la **componente più relazionale** dell'assistenza primaria, quella legata al rapporto medico-persona assistita, al tempo impiegato, ad esempio, in attività di ascolto, che magari hanno poco a che vedere con problematiche legate alla salute fisica, ma che suppliscono ad altre carenze sul piano psicologico, affettivo, ecc.. Su questo fronte possono però essere utilmente impiegati gli strumenti e le procedure di *feedback*. Si propone pertanto l'effettiva ed omogenea attuazione sul territorio nazionale di quanto previsto dal Decreto Ministeriale 502/17 del 24 luglio 1995 sugli **indicatori di qualità** e dalle **Carte dei Servizi** in tema di procedure di *feedback*. Si tratta di implementare un sistema di raccolta dei giudizi e delle valutazioni da parte della persona sulla qualità delle prestazioni ricevute, sulle relazioni intercorse con gli operatori dell'assistenza primaria e sugli aspetti organizzativi relativi alle strutture utilizzate. Si tratta di un apposito questionario, da compilare tramite *web* da casa o direttamente presso le strutture con il supporto di personale dedicato, realizzato e gestito ai diversi livelli istituzionali, ai cui risultati è possibile anche agganciare un **sistema di incentivi economici sotto forma di extra-risorse da distribuire ai soggetti/strutture più virtuosi**.

In generale, Meridiano Sanità sottolinea l'importanza del rafforzamento della **partecipazione attiva delle persone assistite**, anche in forma associata, alla programmazione e ai processi valutativi dei servizi¹⁵⁰.

6.9 INVESTIMENTI

Un aspetto particolarmente importante è rappresentato dagli investimenti per l'**ammodernamento delle strutture sanitarie e per il rinnovamento della rete dei servizi**, spesso oggettivamente in condizioni non adeguate. Per questa ragione, appare di particolare importanza la misura contenuta nel progetto di Legge Finanziaria 2008 che prevede lo stanziamento di ulteriori 3 miliardi di Euro per l'ammodernamento delle strutture sanitarie, la costruzione di nuovi ospedali e servizi territoriali, il rinnovo delle tecnologie mediche, la messa a sicurezza delle strutture e la realizzazione di residenze sanitarie per gli anziani.

149 - Si veda il Capitolo 3 del presente Rapporto.

150 - Si veda il Disegno di Legge concernente: *"Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale"*.

6.10 CONSIDERAZIONI DI SINTESI E QUESTIONI APERTE

I problemi che rimangono aperti circa il tema dell'organizzazione di un adeguato sistema di assistenza primaria sono numerosi e non riguardano solo l'Italia, ma emergono pressoché allo stesso modo anche a livello internazionale.

Probabilmente infatti, più che in altri ambiti della sanità, le riforme dell'assistenza primaria sono molto difficili da realizzare. Le unità di erogazione dell'assistenza primaria spesso sono numerose e di piccole dimensioni e coinvolgono, generalmente in modo poco integrato, molteplici discipline e professioni. In una situazione così complessa, il tema del miglioramento del coordinamento e della continuità assistenziale richiede un *mix* di strumenti di politica sanitaria e il coinvolgimento delle Istituzioni, dei soggetti finanziatori e delle organizzazioni professionali di tutti gli attori coinvolti ai diversi livelli. Il sistema deve essere adeguatamente finanziato, organizzato e regolato, con l'obiettivo ultimo di consentire ai soggetti che erogano l'assistenza primaria di realizzare la **presa in carico continuativa** delle persone assistite¹⁵¹.

Il quadro dei problemi è abbastanza ben delineato. E' altrettanto chiaro che le relative soluzioni non sono di semplice identificazione.

In ogni caso, all'individuazione di risposte teoriche adeguate deve far seguito un processo di implementazione rigoroso, governato e monitorato. Come in tutti i processi di gestione del cambiamento, è necessario favorire il **massimo coinvolgimento di tutti gli attori dell'assistenza primaria, a partire dalle persone assistite**.

Guardando al prossimo futuro, pertanto, le principali **questioni aperte** che richiederanno la messa a punto di soluzioni tecniche specifiche possono essere così riassunte:

- come rendere compatibile la libera scelta e il rapporto fiduciario tra il medico curante e l'assistito con la avvertita esigenza di un nuovo modello organizzativo fondato sul lavoro di gruppo;
- come definire e riconoscere reciprocamente nel gruppo i ruoli e le autonome responsabilità degli appartenenti alle professioni sanitarie non mediche rispetto ai medici;
- come attuare il *disease management* e il *case management* in modo tale da fare percepire all'assistito che vi è continuità, integrazione e scambio di informazioni tra tutte le persone che si occupano dei suoi problemi, breve, protratta o permanente che sia la durata dell'assistenza;
- come arrivare al "*self management*" da parte dell'assistito e/o dei familiari attraverso un percorso di informazione, formazione e *follow-up*;
- come organizzare, incentivare e remunerare gli operatori, sanitari e non, dell'assistenza primaria;
- come realizzare il rapporto con le attività specialistiche, sia quelle praticabili nell'ambito dell'assistenza primaria, sia quelle che richiedono un riferimento ospedaliero;
- come impedire che la persona assistita percepisca il medico di fiducia come un custode posto a guardia di un cancello da non valicare senza permesso (*gatekeeper*) e sia invece convinto che si tratta di una persona esperta che ti apre la giusta via (*gateway*/ integratore di cure primarie) in tutte quelle circostanze nelle quali l'assistenza primaria richiede l'intervento di attività e servizi specifici collocati in sedi diverse;
- come consentire a tutti gli appartenenti alle professioni sanitarie che operano nell'assistenza primaria di partecipare attivamente alle attività formative, alla formazione continua e alla ricerca clinica e organizzativa;
- come formalizzare la presenza dei rappresentanti del personale dell'assistenza primaria negli organismi

151 - European Observatory on Health Systems and Policies Series, "Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care", 2006.

- decisionali delle strategie e degli obiettivi riguardanti la tutela della salute;
- come praticare abitualmente la revisione delle attività svolte, delle prestazioni erogate e dei risultati ottenuti, ai fini di rendersi conto e di rendere conto ad altri, della qualità, della sicurezza e della appropriatezza secondo i principi e criteri professionali ed etici ai quali si ispira l'assistenza primaria.

Meridiano Sanità ha inteso contribuire al dibattito in materia effettuando analisi e approfondimenti, coinvolgendo attivamente i principali portatori di interesse della sanità in generale e dell'assistenza primaria in particolare¹⁵², e formulando alcune proposte concrete, di seguito sintetizzate.

QUADRO DI SINTESI DELLE PRINCIPALI PROPOSTE IN TEMA DI ASSISTENZA PRIMARIA

- Garantire l'accessibilità nel tempo dell'assistenza primaria attraverso formule organizzative opportunamente calibrate sulla base delle specificità territoriali
- Garantire l'accessibilità nello spazio dell'assistenza primaria determinando distanze massime/tempi massimi di percorrenza per raggiungere la sede del centro di assistenza primaria di riferimento (studio del MMG, studio associato, UTAP o altra forma organizzata)
- Incentivare le figure sanitarie professionali del territorio ad adottare modelli organizzativi (forme associative e/o medicina di gruppo) e ad integrarsi in rete
- Nelle aree metropolitane urbane, promuovere l'organizzazione di forme stabili e strutturate di associazionismo / collaborazione (UTAP o altre forme analoghe) che costituiscano il punto di riferimento certo per l'intero bacino di utenza
- Nei Comuni con popolazione inferiore a 15.000 abitanti, incentivare l'adesione dei MMG a iniziative di aggregazione, con incontri periodici fra i MMG di più Comuni e con la presenza, di volta in volta, di diversi specialisti
- Nei Comuni con popolazione inferiore a 15.000 abitanti e nelle zone montane, attivare, nei fine settimana, un numero verde di primo contatto con l'assistenza primaria
- Rafforzare, all'interno dei compiti dell'assistenza primaria, la funzione di *tutorship/mentorship* nei confronti delle persone assistite (con particolare riguardo ai cronici) e introdurre, a livello di Distretto, due figure essenziali per la continuità assistenziale e l'assistenza sul territorio: il *Case Manager* e il *Care Manager*
- Per tutte le aree che presentino un'alta incidenza di anziani, inserire, all'interno delle forme organizzate di assistenza primaria, il geriatra
- Valorizzare la rete capillare delle farmacie a supporto dell'assistenza primaria (realizzando, ad esempio, campagne di informazione sugli stili di vita, assistenza sanitaria di prima istanza, ecc., e incontri periodici fra MMG e farmacisti di un determinato ambito territoriale)
- Promuovere il lavoro multiprofessionale e il lavoro di gruppo attraverso iniziative di formazione continua e riorientamento culturale
- Promuovere l'adozione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali
- Garantire la tutela dei non autosufficienti e delle loro famiglie non solo attraverso trasferimenti in denaro, ma anche e soprattutto attraverso l'erogazione di servizi di supporto (*benefits in kind*)
- Adottare un sistema indicatori legati ad obiettivi misurabili (anche in termini di *output* e *outcome*), previo adeguamento dei sistemi informativi e formazione degli attori dell'assistenza primaria

152 - Si veda l'Allegato 1 del presente Rapporto, relativo a coloro che hanno contribuito ai lavori del Tavolo di Consultazione.

