

PER UNA VERA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

INTRODUZIONE

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è un servizio pubblico impostato su tre livelli territoriali, (centrale-regionale-locale), il secondo dei quali gode anch'esso di autonomia istituzionale.¹ La sanità territoriale è erogata a livello locale e i Medici di Famiglia (MF) dovrebbero costituirne il perno fondamentale.² Un problema assai rilevante è che la gran maggioranza dei MF italiani, tuttora inquadrati come liberi professionisti sotto il profilo lavorativo, da sempre operano singolarmente.

Come le inchieste in corso ci hanno ricordato, l'Italia è stata la prima nazione europea drammaticamente colpita dalla pandemia Covid-19 a partire dalla Lombardia. Questo evento catastrofico ha messo sotto pressione la sanità territoriale in tutto il SSN, evidenziandone inevitabilmente le debolezze storiche, in particolare quella della medicina generale come servizio di prima linea. Il recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) finanziato dall'Unione Europea dovrebbe contribuire a risanare il SSN, soprattutto a livello di assistenza territoriale.³

SITUAZIONE ATTUALE

La prima caratteristica che contraddistingue il nostro paese è che, diversamente dalle altre nazioni dell'Europa Occidentale, esistono due tipologie di MF in Italia: i Medici di Medicina Generale per gli adulti e i Pediatri di Libera Scelta per i bambini. Sotto il profilo della specializzazione, un'altra particolarità è che i MF italiani devono intraprendere corsi triennali post-laurea organizzati autonomamente dalle singole autorità regionali. Questi corsi non sono legalmente equivalenti a quelli (nazionali)

delle altre specialità mediche e la paga dei tirocinanti è molto più bassa,⁴ rendendo i MF una sorta di medici di seconda classe rispetto ai loro colleghi.

Come già sottolineato, i MF italiani sono tuttora inquadrati come medici liberi professionisti principalmente remunerati a quota capitaria per assistito, sebbene delle tariffe aggiuntive per servizi prestati possano essere concordate a livello regionale e/o locale. Diversamente dalla quasi totalità dei loro colleghi inglesi, i MF italiani hanno sempre lavorato da soli e i cittadini italiani sono tuttora registrati con un singolo MF. Nonostante gli sforzi recenti di convertirli al lavoro di gruppo, tale forma di registrazione rappresenta un ostacolo pressoché insormontabile a un reale lavoro di gruppo, essendo ogni MF logicamente preoccupato di non perdere i proprio assistiti. In base all'attuale contratto nazionale, i MF sono formalmente obbligati ad aprire i propri ambulatori ai pazienti almeno 15h. alla settimana, un minimo che troppo spesso diventa il massimo nella pratica reale.⁵

Come conseguenza indiretta, un'altra peculiarità del nostro SSN è che molte altre strutture territoriali forniscono servizi sanitari extra-ospedalieri a livello locale.² Vaccinazioni, screening di massa, visite specialistiche, consulti familiari, assistenza domiciliare e servizi per la riabilitazione sono erogati in strutture diverse, che forniscono servizi sanitari e amministrativi fruibili in modo assai difforme dall'utenza durante i giorni della settimana. In generale, la frammentazione dei servizi sanitari territoriali aumenta la difficoltà della loro gestione nell'ambito del SSN ed è tuttora fonte di notevole confusione per i pazienti e i loro familiari. Inoltre, il rapido accesso ai servizi territoriali (MF inclusi) è diventato oramai un problema di fondamentale importanza in questa fase storica caratterizzata da un progressivo invecchiamento della popolazione.

PROPOSTA

Alla luce della situazione attuale del tutto insoddisfacente e cercando di trarre vantaggio dalle opportunità offerte dal PNRR, la nostra proposta concreta consiste nel fondere in prospettiva tutti i siti locali esistenti che forniscono servizi diversi in singoli centri sul territorio aperti almeno 12h. durante i giorni feriali, geograficamente allocati

in modo razionale tenendo conto della diversità dei bacini di utenza urbani e rurali. Queste strutture dovrebbero includere tutti i professionisti sanitari e amministrativi che lavorano nella sanità territoriale del SSN, MF inclusi, che nel lungo periodo dovrebbero diventare lavoratori dipendenti a tempo pieno analogamente ai loro colleghi medici ospedalieri. Molto più semplici da pianificare e supervisionare, queste organizzazioni estenderebbero notevolmente l'accesso quotidiano ai servizi territoriali per le popolazioni di riferimento, permettendo anche di filtrare in modo più razionale i disturbi minori al di fuori dei servizi di Pronto Soccorso ospedalieri nelle ore diurne.⁶

La co-abitazione di un vasto gruppo di professionisti sanitari e amministrativi in organizzazioni di una certa dimensione dovrebbe logicamente contribuire a ridurre gli esuberanti e le duplicazioni amministrative, migliorare la gestione dei servizi fuori orario e aumentare l'erogazione di assistenza domiciliare per i pazienti non in grado di muoversi autonomamente; soprattutto quelli deboli più anziani e privi di parenti, essendo tuttora i parenti i principali badanti informali delle persone anziane in paesi come il nostro caratterizzati da una radicata cultura familiare.

Inoltre, la co-abitazione dovrebbe incoraggiare la comunicazione e il lavoro di squadra, permettendo di sfruttare al meglio in prospettiva anche i moderni strumenti tecnologici per l'informazione e la comunicazione come la telemedicina.⁷ Lo sviluppo di competenze hi-tech all'interno di queste organizzazioni dovrebbe permettere ai clinici di recuperare il loro tempo da dedicare ai pazienti, sempre e comunque la loro attività fondamentale, riducendo anche il rischio di burnout dovuto all'insoddisfazione professionale. Infine, dal punto di vista della domanda, queste strutture aiuterebbero sicuramente la popolazione a comprendere meglio i servizi sanitari territoriali disponibili e incrementerebbero le possibilità di accesso per i cittadini lavoratori, una priorità pressante nelle società moderne. Infatti, al di là di essere essi stessi pazienti potenziali, i lavoratori sono spesso caregiver dei loro figli e dei parenti anziani. Quindi, allo stato attuale, i lavoratori sono anche la categoria sociale più penalizzata dall'erogazione parcellizzata dei servizi territoriali sanitari e sociali del SSN. Oltretutto, metaforicamente, il successo dei centri commerciali negli ultimi decenni rispetto ai singoli negozi sta a dimostrare come la distanza tra i siti su vaste aree non sia un

ostacolo poi così rilevante nemmeno nelle aree rurali per le popolazioni locali, diversamente da quanto sostenuto dai teorici della capillarità.

Concludendo, il nucleo della nostra proposta a favore di centri integrati sul territorio è sostanzialmente in linea con quella delle Case di Comunità previste nel PNRR per bacini di utenza di circa 30-50.000 abitanti. Tuttavia, le prime indicazioni relative a questi nuovi siti sono abbastanza scoraggianti. Mancano infatti chiare direttive sulla loro organizzazione di lavoro, al di là della prevista opposizione da parte delle principali associazioni di MF, con la prima proposta di frequentare questi siti solamente 2h. alla settimana come esempio assai sconcertante.

Il periodo post-pandemico rappresenta un'opportunità imprevista da non perdere per potenziare i servizi sanitari territoriali del SSN. Sforzandosi di combinare le parti per formare un insieme,⁸ il nodo cruciale è quello di passare dalla 'voce del verbo fare' al singolare (tipica italiana) a quella al plurale per erogare cure primarie nel SSN.

Una volta definitivamente abbandonato il mito di promuovere la concorrenza di mercato in sanità,⁹ un sistema sanitario pubblico resta sempre il più indicato per favorire un'assistenza integrata.^{6.6} La vera sfida del futuro SSN è quella di rendere i servizi sanitari territoriali realmente orientati al paziente, aggiungendo possibilmente la seconda "s" di sociale al fine di accorpate e razionalizzare tutti i tipi di servizi pubblici erogati.

BIBLIOGRAFIA

1. Garattini L, Zanetti M, Freemantle N, The Italian NHS: Lessons to draw from Covid 19? Appl Health Econ Health Policy 2020; 18:463-6.
2. Garattini L, Curto A, Freemantle N, Access to primary care in Italy: time for a shake up? Eur J Health Econ 2016;; 17: 113-6.
3. Governement of Italy . Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>; 2021 (ultimo accesso 13 Marzo 2023).
4. Badinella Martini M, D'Ascenzo F, Zaninelli A, Garattini L, Mannucci PM, The dark age of Italian of Italian general practice research –an Italian matter. Eur J Intern Med 2020;73:98-9.
5. Garattini L, Badinella Martini M, Zanetti M, The Italian NHS at regional level: same in theory, different in practice. Eur J Health Econ 2022; 23(1):1-5.
6. Garattini L, Badinella Martini M, Mannucci PM, Integrated care: easy in theory, harder in practice? Intern Emerg Med 2022;17(1):3-6.
7. Garattini L, Badinella Martini L, Mannucci PM, Improving primary care in Europe beyond COVID19: from telemedicine to organizational reforms. Intern Emerg Med 2021; 16(2):255-8.
8. Ghorob A, Bodenheimer T, Sharing the care to improve access to primary care. N Engl J M 2021;366:1955-7.
9. Garattini L, Padula A, Competition in health markets: is something rotten? J R Soc Med 2019;112:6-10.



"Per approfondire o commentare questo articolo scrivete a cs@marionegri.it invieremo le vostre considerazioni agli autori per una eventuale risposta e pubblicheremo sul sito gli interventi più interessanti".