



Per una Vera Riforma dell'Assis

LIVIO GARATTINI,

CENTRO STUDI DI POLITICA
SOCIO SANITARIA





INTRODUZIONE

Il **SSN** è un servizio pubblico a **tre livelli (centrale-regionale-locale)** istituzionalmente decentralizzato a livello regionale

La **sanità territoriale** è erogata a **livello locale** e i **Medici di Famiglia (MF)** dovrebbero esserne il pilastro

Un problema assai rilevante è che la maggioranza dei **MF** sono per tradizione **medici liberi professionisti** che lavorano da soli



INTRODUZIONE (2)

A partire dalla **Lombardia**, l'Italia è stata il primo Paese Europeo drammaticamente colpito dalla pandemia **Covid-19**

Questo evento catastrofico ha messo **sotto pressione** la **sanità territoriale** in tutto il SSN e ha inevitabilmente evidenziato le sue **debolezze storiche**, in particolare **quella dei MF** quale servizio di prima linea

Il recente **PNRR** finanziato dall'Unione Europea dovrebbe supportare il **risanamento del SSN**, specialmente a livello **di assistenza territoriale**



SITUAZIONE ATTUALE

Diversamente dagli altri paesi occidentali, vi sono **due tipi di MF** in Italia, **uno per gli adulti e uno per i bambini**

I **MF italiani** devono intraprendere **corsi di tre anni post-laurea** organizzati autonomamente dalle autorità regionali

Questi **corsi non** sono legalmente **equivalenti** a quelli delle altre specialità mediche e **la paga dei tirocinanti è molto più bassa**, rendendo i **MF** una sorta di **medici di seconda categoria** rispetto ai loro colleghi



SITUAZIONE ATTUALE (2)

I **cittadini** sono tuttora **registrati con un singolo MF** e ciò rappresenta un **ostacolo** quasi insormontabile **al lavoro di gruppo**

Diversamente dalla maggior parte dei loro colleghi inglesi, i **MF italiani hanno sempre lavorato da soli**

I **MF** sono tuttora **medici liberi professionisti remunerati** principalmente a **quota capitaria**, sebbene delle tariffe aggiuntive per servizio possano essere concordate a livello regionale e/o locale

In base all'attuale contratto nazionale, i **MF** sono formalmente **obbligati ad aprire i propri ambulatori** ai pazienti **almeno 15h. a settimana**, un minimo che troppo spesso diviene il massimo nella realtà

SITUAZIONE ATTUALE (3)



Peraltro, nel SSN molte **altre strutture** forniscono **servizi sanitari extra-ospedalieri** a livello locale al di fuori della MF

Vaccinazioni, screening di massa, visite specialistiche, consultori familiari, assistenza domiciliare e servizi per la riabilitazione sono **tutti erogati in strutture diverse**, che forniscono servizi sanitari e amministrativi **fruibili in modo assai difforme 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 confusione per i pazienti e i loro familiari

Inoltre, la **facilità di accesso ai servizi territoriali** (MF inclusi) è diventato un **problema di primaria importanza** in questa fase storica caratterizzata dal crescente invecchiamento della popolazione



PROPOSTA

Alla luce di questa situazione del tutto insoddisfacente e cercando di trarre vantaggio dalle opportunità offerte dal PNRR, la **nostra proposta** consiste nel **fondere tutti i siti locali** esistenti che forniscono servizi diversi in singoli centri sul territorio aperti almeno 12h. quotidiane durante i giorni feriali, **distribuiti in modo razionale in bacini di utenza urbani e rurali**

Queste strutture dovrebbero includere tutti i professionisti sanitari e amministrativi che lavorano nella sanità territoriale, **MF inclusi**, che nel lungo periodo **dovrebbero diventare dipendenti a tempo pieno del SSN** analogamente ai loro colleghi medici ospedalieri



PROPOSTA (2)

Molto più semplici da pianificare e supervisionare, **queste organizzazioni estenderebbero notevolmente l'accesso quotidiano ai servizi territoriali** e permetterebbero di filtrare i disturbi minori al di fuori dei servizi di Pronto Soccorso ospedalieri

Grazie a questo ampio e radicale consolidamento, la **co-abitazione di un vasto gruppo di professionisti sanitari e amministrativi in organizzazioni di una certa dimensione** dovrebbe anche contribuire a **ridurre gli esuberi amministrativi, migliorare la gestione dei servizi fuori orario e aumentare l'erogazione di assistenza domiciliare** per i pazienti non in grado di muoversi autonomamente

Soprattutto i pazienti deboli più anziani e privi di parenti, essendo tuttora questi ultimi i principali badanti delle persone anziane in paesi come il nostro caratterizzati da una **radicata cultura familiare**



PROPOSTA (3)

Inoltre, la **co-abitazione** dovrebbe **incoraggiare** la **comunicazione** e il lavoro di squadra, permettendo di **sfruttare al meglio** anche i moderni strumenti tecnologici per l'informazione e la comunicazione come **la telemedicina**

Lo sviluppo di competenze hi-tech all'interno di queste organizzazioni dovrebbe permettere ai clinici di **recuperare** il loro **tempo da dedicare ai pazienti**, da sempre la loro principale attività, così riducendo anche il proprio rischio di burnout indotto dalle attività amministrative extra cliniche

Infine, queste singole strutture potrebbero **aiutare la popolazione a meglio comprendere i servizi sanitari territoriali** disponibili e contribuire a migliorarne l'accesso per i cittadini lavoratori, una priorità pressante nelle società moderne



PROPOSTA (4)

Infatti, al di là dall'essere essi stessi pazienti potenziali, **i lavoratori sono spesso caregiver** per i loro figli e le persone anziane.....

e allo stato attuale **i lavoratori sono la categoria sociale più penalizzata dall'erogazione parcellizzata di servizi territoriali sanitari e sociali del SSN**

Metaforicamente, il successo dei centri commerciali negli ultimi decenni rispetto ai singoli negozi dimostra come la distanza per raggiungere siti ad ampio spettro di attività non sia un ostacolo poi così rilevante per le popolazioni locali, nemmeno nelle aree vaste rurali



CONCLUSIONI

Il nucleo della nostra proposta a favore di centri integrati sul territorio è sostanzialmente in linea con le Case di Comunità previste nel PNRR per bacini di utenza di circa 30-50.000 abitanti

Tuttavia, le **prime proposte relative a questi nuovi siti sono abbastanza scoraggianti**, mancando chiare direttive sulla loro organizzazione, al di là della prevedibile opposizione da parte delle principali associazioni di MF, con la prima proposta di frequentare questi siti solamente 2h. a settimana da parte dei MF come esempio assai sconcertante

Il periodo post pandemico rappresenta un'opportunità imprevista da non perdere per potenziare i servizi sanitari territoriali nel SSN



CONCLUSIONI (2)

Sforzandosi di **combinare le parti per formare un insieme**, il nodo cruciale è quello di passare dalla “voce del verbo fare” al singolare a quella al plurale per erogare cure primarie nel SSN

Una volta abbandonato il mito di promuovere la concorrenza di mercato in sanità, **un sistema sanitario pubblico rimane il più indicato per favorire un’assistenza integrata**

La vera sfida del futuro è quella di **rendere i servizi sanitari territoriali** realmente orientati al paziente, aggiungendo possibilmente la seconda “s” di sociale al fine di accorpare e razionalizzare tutti i tipi di servizi pubblici erogati



Per una Vera Riforma dell'Assistenza Territoriale

Milano, 30 marzo 2023

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



**LIVIO GARATTINI,
CENTRO STUDI DI POLITICA E
PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA**