



Osservazioni e risposte alle domande 17 e 18
(Assistenza primaria e medicina generale) e alle domande 19 e 20
(Il modello di integrazione socio-sanitaria: le politiche per le persone anziane)
del Libro Verde “*La Vita Buona Nella Società Attiva*”.

- **Analisi del contesto e principi di riferimento della proposta**
- **La Medicina Generale oggi: criticità**
- **Le proposte FIMMG per il cambiamento**
- **Gli strumenti del cambiamento**
 - **Formazione e governance della Medicina Generale**
 - **Information and Communication Technology**
 - **Valutazione e allocazione delle tecnologie sanitarie**
 - **Integrazione con le altre figure professionali**
 - **Società di servizio**
 - **Osservazioni sugli assetti giuridici ed organizzativi dell'esercito associato della Medicina Generale**

Il Libro Verde sul futuro del modello sociale, presentato dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali il 25 luglio 2008, si propone come Documento per la consultazione pubblica su temi, considerazioni, dati, ma anche possibili soluzioni, ponendo altresì domande pertinenti i singoli ambiti trattati.

Lo scopo del Documento, come afferma il Ministro Sacconi nella Prefazione, è quello di condurre a sintesi le risposte, che perverranno da tutti i soggetti interessati, in un Libro Bianco sul futuro del modello sociale.

Nell'intento di portare un contributo che possa tornare utile alla definizione nel Libro Bianco delle modalità e dei tempi necessari per affrontare un tema essenziale ed urgente qual è quello relativo all'Assistenza Primaria e Medicina Generale, ma anche il modello di integrazione socio-sanitaria, comprese le politiche per le persone anziane che con l'Assistenza Primaria è strettamente connesso, viene in primo luogo presentato, sotto la forma di introduzione, un aggiornamento di fatti, dati e considerazioni relativi a questi temi, per aprire la strada alle risposte riguardanti gli argomenti indicati.

ANALISI DEL CONTESTO E PRINCIPI DI RIFERIMENTO DELLA PROPOSTA

L'invecchiamento della popolazione e l'andamento demografico attuale con il correlato aumento dei malati cronici e non autosufficienti che coinvolge tutte le fasce di età, richiede una profonda revisione dell'attuale Welfare System, sia in termini di razionalizzazione dei sistemi di finanziamento e di spesa complessivi, sia in termini di sinergia delle componenti previdenziali, di assistenza sociale e sanitaria (vedi allegato 1).

Come indicato nel Libro Verde di consultazione pubblica è di fondamentale importanza trasformare l'approccio assistenziale/paternalistico alla condizione di malattia e di disagio sociale in un affiancamento del cittadino per aiutarlo a prevenire, per quanto possibile, tali condizioni.

Per quanto riguarda in particolare la tutela della salute dei cittadini, ciò può essere realizzato trasformando l'attuale impostazione di attesa del SSN in una impostazione di iniziativa, che si prende cura della persona fin dalla nascita e la segue costantemente senza aspettare la manifestazione della malattia.

Questa impostazione richiede la presenza di servizi sociali e sanitari vicini ai luoghi di vita dei cittadini, servizi fortemente integrati fra loro e parte della comunità cui ciascuno appartiene, come già affermato nella dichiarazione di ALMA ATA (OMS, settembre 1978).

In effetti, il bisogno assistenziale socio-sanitario per la sua complessità va riferito, come livello alla assistenza primaria, in modo che possa essere garantita una risposta assistenziale unitaria, inscindibile nelle singole componenti sanitaria e sociale, in una unitarietà organizzativa, gestionale, temporale, di sede di erogazione e di risorse umane e strumentali che la costituiscono.

Naturalmente tutto ciò rappresenta un obiettivo, un punto di arrivo, visto che molte sono le difficoltà connesse, in Italia, ma in genere nei sistemi sanitari di Welfare Social System, alla attribuzione delle diverse componenti, sociale e sanitaria, a diverse competenze istituzionali, i Comuni per la parte sociale, le Regioni per la parte sanitaria, due mondi che solo da poco, e non senza difficoltà, iniziano a dialogare per cercare soluzioni concrete e sinergiche.

Attualmente tutti i programmi di sviluppo ed implementazione della assistenza primaria tendono ad assumere come punto di riferimento concettuale la Dichiarazione di ALMA ATA, che prevede che si possa erogare assistenza nella sede più vicina alla persona, principio di prossimità delle cure, con la diretta partecipazione della persona e della comunità di appartenenza.

Anche lo European Observatory on Health System and Policies series (2006), definisce la assistenza primaria con le seguenti caratteristiche:

- riguarda il primo contatto, direttamente accessibile con le cure ambulatoriali per i problemi di salute non specificati;
- offre servizi di diagnosi, cura, riabilitazione e palliativi;

- offre servizi di prevenzione sia agli individui che ai gruppi a rischio;
- considera il contesto personale e sociale dei pazienti;
- assicura continuità assistenziale ai pazienti.

Lo sviluppo dell'Assistenza Primaria in Italia deve pertanto assumere in tale prospettiva un'importanza strategica fondamentale per gli interessi di salute della popolazione e per la sostenibilità di tutto il Welfare System.

Pertanto è improcrastinabile avviare, con investimenti a breve e medio termine adeguati, un profondo cambiamento della Medicina Generale che, pur meritoria per il contributo fino ad ora fornito alla tutela della salute dei cittadini, deve trovare un nuovo assetto capace di garantire una efficace ed efficiente presa in carico del cittadino in un atteggiamento di iniziativa.

Rinviare tale processo di rinnovamento significa continuare ad erogare in strutture di secondo livello prestazioni ad alto costo in modo inappropriato o, in alternativa, razionare progressivamente e drasticamente le prestazioni garantite dai livelli essenziali di assistenza, trasferendole a carico dei cittadini. (vedi allegato 2).

IL RUOLO DEI MMG NELL'ASSISTENZA PRIMARIA IN ITALIA: LE CRITICITÀ

L'analisi del ruolo del medico di medicina generale (MMG) oggi in Italia va contestualizzata nell'ambito di una serie di significativi cambiamenti strutturali ed organizzativi dell'intero SSN, che prevedono la riorganizzazione ed il potenziamento della assistenza sanitaria prestata dai MMG nell'ambito del livello essenziale di assistenza distrettuale, in relazione sia all'evoluzione demografica ed epidemiologica, sia alle norme che prevedono una riconfigurazione della rete ospedaliera con la conseguente riduzione dei posti letto.

Pertanto, è fortemente sentita la necessità di ridefinire l'attività prestata dai professionisti che, in regime di convenzione, operano a livello territoriale, integrandola con gli aspetti socio-sanitari, per rispondere appropriatamente ed efficacemente ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità e integrazione dell'assistenza. Tali esigenze derivano dal cambiamento demografico della popolazione inteso come aumento della speranza media di vita, associato alla condizione di fragilità che essa comporta, e dall'aumento di prevalenza ed incidenza delle patologie croniche e disabilitanti.

Alla luce del profondo mutamento dei bisogni assistenziali della popolazione e dei conseguenti cambiamenti strutturali ed organizzativi che il SSN deve affrontare, la FIMMG, ha già da tempo avviato una riflessione orientata ad un profondo cambiamento dell'assetto della Medicina Generale. Alla luce di tale riflessione emerge che, attualmente, la Medicina Generale presenta le seguenti criticità:

- **I criteri di dimensionamento del rapporto ottimale**, un medico ogni 1000 assistibili e possibilità di ciascun medico di acquisire un numero maggiore di scelte (1500), allo scopo di favorire una concorrenza qualitativa fra i singoli medici. Di fatto ciò ha piuttosto determinato una competizione tra MMG, spesso condizionata dalla soddisfazione di bisogni espressi da parte della persona assistita, ma non sempre appropriati rispetto a criteri di governo clinico.
- Ne sono derivati **isolamento e autoreferenzialità dei MMG, in pratica dei “solisti”**, privi di un confronto di riferimento tra professionisti; ciò ha determinato la possibilità del costituirsi di una variabilità assistenziale e la difficoltà di orientare l'azione professionale verso obiettivi condivisi e programmati.
- La mancata possibilità di una **efficace partecipazione dei MMG** nelle sedi regionali ed aziendali di programmazione, governo e gestione di obiettivi di assistenza primaria, in particolare per quanto riguarda la continuità dell'assistenza in termini di integrazione tra ospedale e territorio e socio-sanitaria. Ciò è confermato dalla difficoltà da parte degli **Uffici di Coordinamento dell'Attività Distrettuale (UCAD)** ad esprimere una azione caratterizzata da incisività decisionale e sinergia tra le varie componenti, aziendale e MMG.
- **Modello retributivo fondato prevalentemente sulla quota capitaria** comprensiva delle spese necessarie all'erogazione delle prestazioni contenute nella convenzione, che non ha consentito il supporto a investimenti strutturali, tecnologici ed organizzativi, in assenza di finanziamenti specificamente dedicati da parte del SSN.
La condizione attuale della categoria è quindi fortemente critica, stretta fra carichi di lavoro rapidamente crescenti e la progressiva riduzione dei guadagni, tanto da indurre sempre più medici a programmare un abbandono anticipato dalla convenzione (nb: dal 7% al 9% di pensioni di anzianità anticipate prima degli ordinari 65 anni tra il 2006 e il 2007).
Il medico di medicina generale deve sostenere le spese per i fattori di produzione sottraendole dall'ammontare del compenso complessivo. Tali spese hanno avuto negli ultimi anni un aumento superiore non solo all'inflazione programmata, ma superiore all'inflazione reale. Nonostante ciò i compensi continuano ad essere adeguati con riferimento all'inflazione programmata, parametro utilizzato per l'adeguamento

contrattuale del pubblico impiego cui i medici di medicina generale sono equiparati, con la differenza che i dipendenti pubblici non sono tenuti a procurarsi i fattori di produzione. La dinamica dei guadagni netti dei medici convenzionati è stata dunque sottoposta ad un doppio effetto penalizzante.

▪ **Iniquità del regime fiscale che si è fortemente aggravato per tre fattori principali:**

1. la presunzione di un reddito maggiore motivato da spese sostenute per offrire standard qualitativi incentivati con indennità inferiori alle spese reali, perché assoggettati dagli studi di settore a dei parametri di analisi (cluster) analoghi alla posizione del libero-professionista;
2. l'imposizione dell'IRAP in una condizione in cui personale e attrezzature non producono un aumento delle entrate, ma al contrario una riduzione del reddito netto;
3. l'introduzione dell'iniqua norma che ha ridotto la quota di deducibilità delle spese relative ai mezzi di trasporto, compensata per gli altri professionisti da una maggior quota di detraibilità dell'IVA.

LE PROPOSTE FIMMG PER IL CAMBIAMENTO

Tenendo conto delle criticità su elencate, fermo restando il mantenimento del rapporto libero professionale, a garanzia per il cittadino della possibilità di libera scelta del medico di sua fiducia, come di fatto accade nella maggior parte dei Paesi nel mondo, la FIMMG ha maturato l'esigenza di un radicale cambiamento ed individuato una serie di proposte riguardanti provvedimenti di carattere normativo, organizzativo e gestionale, ritenuti quali premesse indispensabili ad un cambiamento radicale del ruolo del MMG nella Assistenza Primaria che è possibile analizzare nei punti seguenti:

• **Ristrutturazione del compenso**

Devono essere nettamente distinte le risorse destinate alla remunerazione dell'attività professionale (prevalentemente definite e quantificate a livello nazionale) da quelle necessarie ad acquisire i fattori di produzione (attrezzature, personale, ecc.), così che ognuna possa essere soggetta distintamente a specifici criteri di adeguamento. Mentre le prime infatti sono compatibili con una negoziazione correlata all'andamento della inflazione generale, le seconde devono tenere conto delle necessità, con i relativi costi, connesse al contesto operativo, laddove, va precisato che per fattori di produzione si intendono una serie di adeguamenti strutturali, strumentali, professionali, in applicazione alla normativa vigente a livello nazionale e alla programmazione regionale.

La ristrutturazione del compenso deve anche rispondere alla necessità di eliminare la concorrenza diretta fra singoli medici centrata sulla esclusiva acquisizione della quota capitaria che, come ampiamente verificato, non esprime miglioramento della qualità erogata; questo senza compromettere la libertà di scelta del cittadino, il rapporto di fiducia medico paziente e favorendo la collaborazione tra i professionisti. Saranno previsti meccanismi premianti in funzione del miglioramento dell'assistenza.

- **Superamento dell'iniquità fiscale**

Occorrerà individuare determinati cluster con parametri di analisi adeguati alla specifica condivisione del medico di medicina generale convenzionato e la totale esenzione dall'Irap per i redditi derivati dal rapporto convenzionale indipendentemente dalla complessità organizzativa ad essa correlata.

- **Superamento della denominazione di forme associative semplici e/o complesse**

È necessario introdurre una nuova terminologia e distinguere **le aggregazioni funzionali dai modelli erogativi**.

a) **le aggregazioni funzionali** prescindono dal modello organizzativo di erogazione delle prestazioni e individuano i professionisti che devono collaborare direttamente fra loro per assistere, in modo completo e coordinato, una definita popolazione e le relative modalità di distribuzione e svolgimento dei compiti di ciascuno.

Tali aggregazioni, che devono essere composte da un numero di professionisti sufficientemente ampio, consentirebbero di ricomprendere in esse in modo coordinato e sinergico funzioni già di fatto attualmente svolte dai medici delle cure primarie in modo disgregato, senza alcun coordinamento funzionale con le attività di assistenza primaria, quali la continuità assistenziale, e consentirebbe di realizzarne in modo efficiente altre quali la medicina di iniziativa e l'offerta assistenziale di competenze specifiche (GPwSI). L'omogeneità delle procedure conseguenti al coordinamento funzionale consentirebbe anche attività di audit attraverso la verifica di indicatori di processo e di risultato (questi aspetti attengono all'ACN e sono intimamente legati a ruolo, funzioni e compiti professionali).

b) **I modelli erogativi** (UTAP, GCP, NCP, UCP, MEDICINA DI GRUPPO ecc) che possono essere sostenuti da singole aggregazioni funzionali o da parti di essa, definiscono i luoghi di esercizio delle attività, le professionalità mediche (generaliste e specialistiche) e non mediche coinvolte, le tecnologie diagnostiche disponibili, le modalità di integrazione con i

servizi di natura diversa. I modelli erogativi, sulla base di standard minimi definiti negli ACN sono di competenza delle singole Regioni, tenendo conto delle necessarie gradualità, delle peculiarità degli ambiti territoriali e della possibilità che coesistano forme di esercizio individuale comunque integrabili nelle aggregazioni funzionali.

La distinzione fra aggregazioni funzionali e modelli erogativi risponde alla necessità di consentire la massima flessibilità ai diversi orientamenti organizzativi regionali, senza compromettere l'uniformità delle condizioni fondamentali necessarie ai medici delle cure primarie per sviluppare la disciplina dal punto di vista qualitativo e professionale.

Le aggregazioni funzionali possono essere considerate un pre-requisito, o meglio uno standard. In altre parole è individuato, come livello funzionale minimo, l'informatizzazione in rete orizzontale.

Gli investimenti fino ad oggi posti in essere hanno infatti consentito di realizzare solo in alcune realtà una iniziale strutturazione dell'organizzazione delle cure primarie, comunque ben lontana dagli standard evoluti a livello internazionale.

- **Accesso Unico**

Si ritiene irrinunciabile che nell'ambito della Medicina Generale sia realizzato un unico accesso alla convenzione che consenta successivamente lo svolgimento di funzioni ed attività diverse, articolate secondo una evoluzione dell'assetto professionale che permetta alla Medicina Generale di far fronte alle esigenze di continuità assistenziale, di formazione, di insegnamento, di ricerca, di organizzazione e gestione, di prestazioni strumentali, di coordinamento informativo, di specifiche competenze cliniche che possono essere sviluppate con un peculiare percorso formativo ed esercitate da alcuni in funzione di servizio rispetto a tutta l'aggregazione funzionale, indipendentemente dai modelli erogativi scelti dalla trattativa.

- **Partecipazione ai momenti di programmazione**

Creazione delle condizioni necessarie a realizzare una efficace ed incisiva partecipazione dei MMG ai momenti di programmazione e gestione del SSN, attraverso un riconosciuto ruolo consulenziale nell'ambito dei vari organismi, nonché l'introduzione di meccanismi di partecipazione garantita e strutturata dei professionisti convenzionati alle attività di programmazione a livello distrettuale, aziendale e regionale ed al governo clinico, affidando ai medici convenzionati le funzioni di management organizzativo all'interno delle aggregazioni funzionali e dei modelli erogativi.

Queste in sintesi le condizioni necessarie al miglioramento della continuità della assistenza ambulatoriale e domiciliare, a migliorare la medicina preventiva, a sviluppare la medicina di iniziativa con particolare riferimento alle malattie croniche, a potenziare l'assistenza domiciliare in collaborazione con gli specialisti convenzionati, a supportare la continuità tra territorio ed ospedale, non dimenticando l'assistenza alla persona in regime di residenzialità e l'integrazione con i servizi sociali.

GLI STRUMENTI DEL CAMBIAMENTO

Formazione e “governance” della Medicina Generale.

La definizione di funzioni, ruoli, compiti e relativa modalità di attribuzione ai singoli professionisti o a gruppi di medici di medicina generale è strettamente connessa alla necessaria uniformità della competenza professionale, che solo un livello nazionale di coordinamento della formazione di base e specifica post-laurea in Medicina Generale, può garantire.

Formazione specifica post-laurea e formazione specifica abilitante singole funzioni, nonché funzioni, ruoli, compiti, modalità di attribuzione degli stessi ai singoli professionisti o a loro gruppi, in effetti prescindono dall'assetto organizzativo di erogazione delle prestazioni che ciascuna Regione intende darsi, e pertanto vanno riportate ad un livello nazionale magari attraverso strumenti legislativi orientati a garantire all'interno di un quadro normativo, uniformità di competenza professionale dei medici e quindi potenziale uniformità di assistenza erogata ai cittadini su tutto il territorio nazionale.

La “governance” della Medicina Generale e dell'Assistenza Primaria richiede indicatori e strumenti necessari alla rendicontazione delle attività di Medicina Generale. Per rendicontazione si intende contare, valutare e programmare le proprie attività in modo da poter rispondere del proprio operato ai cittadini, ai colleghi e alle istituzioni.

La rendicontazione serve ai medici di medicina generale e al Servizio Sanitario Nazionale, è fondamentale per definire percorsi diagnostico-terapeutici fondati sulle esigenze delle persone, per stimolare e guidare la ricerca in Medicina Generale in modo da poter riconoscere le evidenze di risultato della propria attività.

La Medicina Generale possiede da tempo le competenze, le figure professionali per sostenere da protagonista questo impegno, ma ha bisogno di un riconoscimento istituzionale nazionale di tale compito, nonché di tutti gli strumenti necessari al suo svolgimento.

Una completa ri-fondazione della Medicina Generale e dell'Assistenza Primaria in Italia, insieme ad una riscrittura delle convenzioni, dovrebbe pertanto prevedere anche uno strumento legislativo capace di sostenere e diffondere un modello unitario a livello nazionale sia di formazione che di “governance” in modo tale che, nel rispetto delle autonomie regionali, sia assicurata uniformità di assistenza e facilità di accesso ai cittadini, indipendentemente dal territorio in cui vivono.

Lo strumento legislativo potrebbe identificare un soggetto, quale ad esempio una Commissione interministeriale, comprendente i ministeri del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, dell'Istruzione, Università e Ricerca, e dell'Economia, in cui sia, naturalmente, garantita la presenza della Conferenza delle Regioni e delle professioni, che svolga una funzione strategica.

Tale Commissione, tenendo conto di indicazioni, criticità e proposte provenienti dall'ambito regionale, potrebbe proporre idonei provvedimenti legislativi di carattere nazionale orientati a garantire l'uniformità della formazione specifica e dei meccanismi di “governance”.

Sviluppo dell' Information e Communication Technology (ICT)

Strumento irrinunciabile sia per l'aggregazione funzionale sia per l'integrazione delle cure primarie con il SSN a fini di servizio, gestionali e di governo clinico è l'ICT.

Le tecnologie dell'informazione assumono un ruolo sempre più rilevante nella pratica professionale del medico di famiglia; peraltro, il ruolo dell'ICT non si esaurisce solo nel supporto della pratica individuale con strumenti di archiviazione e gestione dei dati amministrativi e clinici riferiti ai propri pazienti.

Gli strumenti e le soluzioni di Information e Communication Technology da ricercare sono quelle in grado di garantire l'integrazione dell'attività professionale individuale nell'ambito delle reti di assistenza più ampie che assicurino efficacia ed appropriatezza nella gestione di percorsi di cura che sempre più impongono la cooperazione tra diversi livelli di assistenza e diverse competenze professionali.

Per realizzare questo fondamentale obiettivo, il medico di famiglia deve essere consapevole che il valore degli strumenti informatici utilizzati cresce proporzionalmente alla disponibilità di ciascuno di aderire a standard tecnologici condivisi, di mettere a disposizione dati ed evidenze nel rispetto delle esigenze di sicurezza e privacy delle informazioni sensibili, di considerare quello informatico come lo strumento per migliorare l'integrazione della pratica individuale in un sistema più ampio.

Lo studio di ciascun medico dovrà diventare il terminale di una rete permanente di osservazione epidemiologica, attraverso cui raccogliere informazioni relative alle condizioni di

salute di ciascun paziente e per questa via contribuire a far emergere i bisogni sanitari delle varie comunità. L'ICT rappresenta pertanto lo strumento di analisi (accountability) delle attività e dei risultati della Assistenza Primaria, di clinical governance e soprattutto lo strumento di integrazione fra i servizi per l'erogazione di prestazioni ovunque si trovi il singolo cittadino all'interno o al di fuori della propria Regione di residenza.

Ciascun medico, in grado di operare una adeguata raccolta dati e di strutturare una completa scheda sanitaria per ogni assistito, entrerà in relazione con il Sistema Informativo Regionale per gli adempimenti burocratico-amministrativi, fino a fornire la ricetta ed il certificato on line e trasferire in rete il "patient summary" di ogni cittadino . Tale realizzazione comporterà inevitabilmente costi gestionali, di connettività e di acquisizione degli applicativi indispensabili a rendere efficace ed efficiente il sistema.

Lo sviluppo dell'ICT in sanità dovrebbe essere subordinato ad un forte coordinamento nazionale, in linea con l'adesione al progetto informatico europeo anche per evitare la moltiplicazione dei finanziamenti. Ciò permetterà di garantire l'accessibilità alle prestazioni richieste su tutto il territorio nazionale, anche attraverso lo sviluppo del fascicolo sanitario individuale.

Valutazione e allocazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment - HTA)

Il cambiamento nella medicina di famiglia richiede un'appropriata utilizzazione delle tecnologie a supporto della pratica medica.

Il medico di medicina generale oggi, può usufruire nella sua attività a favore dei pazienti di un maggior numero di tecnologie sanitarie sempre più aggiornate e flessibili.

Il parco tecnologico da mettere a disposizione del medico di medicina generale (dall'ecografo alla macchina RX) andrà necessariamente definito nell'ambito di una politica di allocazione delle risorse tecnologiche, che identifichi, per ogni tecnologia, il setting assistenziale più adatto, determinando "quali" tecnologie allocare e "dove".

Tale politica comporta la necessità di un confronto costruttivo tra le esigenze dei medici di medicina generale ed una programmazione di livello aziendale o, per alcune tecnologie più complesse, regionale che quanto possibile dovrà ispirarsi ai principi e ai metodi dell'Health Technology Assessment.

Integrazione con altre figure professionali

La ricerca della migliore sinergia fra i professionisti convenzionati della sanità (medici di medicina generale, pediatri, specialisti ambulatoriali) per evitare duplicazione di prestazioni e inutili

conflittualità sui rispettivi compiti, deve poter trovare momenti di condivisione già a partire dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali, nell'ambito dei quali possono essere previsti articoli che individuino il miglior coordinamento dei compiti di ciascuno, con la previsione di “messe a punto” regionali ed aziendali.

Rispetto alla relazione con la rete delle farmacie convenzionate, siano esse private o comunali, la FIMMG si farà parte attiva di un reciproco riconoscimento e coordinamento dei rispettivi compiti assistenziali, affinché il cittadino possa usufruire di una rete di professionisti fra loro complementari e coerentemente orientati nelle azioni, nei messaggi, nelle facilitazioni agli accessi alle prestazioni, in linea con quanto previsto dal collegato alla finanziaria (art. 9 AS 1082) volto alla *“individuazione di nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria erogati dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito del Servizio sanitario nazionale”*.

Anche per quanto riguarda il rapporto con le professioni sanitarie dal profilo riconosciuto è arrivato il momento di definire modelli diversi di collaborazione, che consentano a ciascun professionista l'esercizio dell'autonomia necessaria in relazione ai diversi livelli di responsabilità, da definire e ripensare in particolare nei casi in cui dovessero trovarsi a collaborare medici liberi professionisti convenzionati con infermieri dipendenti di enti pubblici o privati.

La Medicina Generale è ormai da tempo consapevole che l'ulteriore qualificazione professionale del MMG necessita della valorizzazione delle funzioni e dei compiti di tutti i professionisti e degli operatori che compongono la rete dei servizi di tutela della salute dei cittadini, con particolare riguardo alla figura dell'assistente sociale, ma anche alle cooperative sociali e alle associazioni di volontariato, tutte risorse fondamentali per consentire di andare incontro ai bisogni di Assistenza Primaria, spesso bisogni integrati socio-sanitari, complessi e quindi necessitanti di un approccio specifico e multidisciplinare.

Società di servizio

L'aumento della complessità dell'organizzazione della Medicina Generale, sia che si parli di esercizio individuale, sia che si faccia riferimento a modelli erogativi più complessi, pone il problema dell'acquisizione e della gestione di fattori di produzione più articolati di quelli ormai appartenenti al passato.

In alcune realtà, in alternativa al rimborso delle spese, potrà essere adottata la fornitura diretta dei fattori di produzione da parte delle Aziende sanitarie, in termini di strutture e di

attrezzature e di personale, in altre realtà potrà essere riconosciuto più idoneo l'affidamento in outsourcing a società di servizio.

Bisognerà valutare la possibilità di avvalersi di strutture gestite da enti, sia di natura pubblica che privata, nell'ambito delle quali il singolo medico, ovvero aggregazioni di questi, possano prestare la loro attività professionale convenzionata con il SSN. In questo contesto, oltre all'ipotesi del ricorso alle società di capitali, è necessario immaginare un ruolo anche per gli enti associativi senza scopi di lucro, nonché per le più strutturate ONLUS.

Un ruolo importante potrebbero svolgere le Società Cooperative dei medici di medicina generale, che hanno maturato nell'ultimo decennio un'articolata esperienza, associando ad attività di fornitura di servizi quelle di formazione professionale, di organizzazione dell'audit, di ricerca.

Qualunque soluzione sia adottata, questa dovrà assicurare le migliori condizioni gestionali e amministrative, soprattutto funzionali al più efficiente servizio sanitario erogato dal medico, evitando complessità eccessive.

Osservazioni sugli assetti giuridici ed organizzativi dell'esercizio associato della Medicina Generale

Una prospettiva di ridefinizione della funzione e del ruolo del medico di medicina generale e del rapporto tra questo e le istituzioni, non può prescindere da una riflessione anche sugli assetti sia organizzativi che giuridici delle strutture attraverso le quali sia esercitata l'attività di Medicina Generale.

Attualmente, ai casi di esercizio individuale dell'attività, si affianca una casistica abbastanza varia. Sono diffusi i casi di associazioni professionali, mentre nelle realtà più complesse ed articolate sono state sperimentate esperienze di organizzazione di società di servizi, erogati a supporto dell'attività del medico, ovvero di società cooperative, come lo stesso articolo 54 dell'Accordo Collettivo Nazionale prevede.

Gli scenari futuri per come verosimilmente potrebbe evolvere la funzione della Medicina Generale, richiederanno una capacità e un'attitudine all'integrazione maggiore di quanto sino ad ora è stato fatto. Un'integrazione che non necessariamente comporterà la contiguità fisica di uomini e strutture, quanto piuttosto un'integrazione funzionale dell'attività. Per questo motivo, anche i casi di esercizio individuale necessiteranno di una struttura di rete tra i singoli operatori, che soddisfi le esigenze di informazione e comunicazione interna e che ottimizzi le risorse disponibili, al fine di una erogazione di servizi più efficiente. Nei contesti più complessi ed articolati invece, sarà

necessario ridefinire il rapporto tra la medicina generale e le istituzioni. Lì dove l'esigenza dei servizi sanitari è più sentita per ampiezza della comunità, si possono prevedere modelli in cui il medico di medicina generale trovi integrazione nell'ambito di strutture, sia di natura pubblica che privata, prestando la propria attività convenzionata con il SSN.

Ciò che è mancato sino ad ora è stato un quadro di riferimento certo e stabile di soluzioni tipiche. Spesso le scelte adottate sono state improntate maggiormente ad una consuetudine piuttosto che ad una ponderata valutazione delle opportunità più appropriate.

Le esigenze che si prospettano per il futuro sono quelle di soluzioni che assicurino al medico e all'esercizio della medicina generale assetti organizzativi pratici, semplici, che siano articolati e strutturati secondo economicità e funzionalità, senza sottrarre risorse all'attività medica con inutili dispersioni e soprattutto che siano capaci di aderire al meglio ai bisogni specifici richiesti dai contesti.

Gli assetti giuridici ed organizzativi dell'esercizio associato della Medicina Generale, analogamente all'aspetto relativo alla società di servizio, rappresentano due strumenti innovativi per la realizzazione del cambiamento della Medicina Generale, rispetto ai quali si rende particolarmente cogente non solo una adeguata regolamentazione nell'ambito dell'ACN ma, in via preliminare, un inquadramento di natura legislativa.

CONCLUSIONI

Con il presente documento, la Fimmg ha ritenuto di rispondere alle domande 17 e 18, relative alla Assistenza Primaria e Medicina Generale, e alle domande 19 e 20, relative al Modello di integrazione socio-sanitaria: le politiche per le persone anziane, con un testo unitario in forma analitica ed articolata, alla luce di una serie di studi e approfondimenti che la Fimmg sta svolgendo attualmente in merito al cambiamento e alla ri-fondazione della Medicina Generale.

A tal fine la Fimmg chiede espressamente alle Istituzioni un sollecito rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale che avvii il cambiamento. Allo stesso tempo, come più volte sottolineato nel documento, una vera e radicale evoluzione della Medicina Generale, potrà realizzarsi solo alla luce di un urgente intervento legislativo che comprenda e che disciplini la Medicina Generale alla luce di un nuovo ruolo della Assistenza Primaria.

In effetti, il cambiamento proposto non può essere realizzato esclusivamente attraverso gli Accordi Collettivi Nazionali che, per loro natura, presentano limiti di incisività quali, ad esempio la

validità limitata nel tempo, nonché, in assenza di precisi riferimenti legislativi, la possibile variabilità dei contenuti.

Un progressivo, coerente e concreto potenziamento della Assistenza Primaria, ed in essa della Medicina Generale, si potrebbe avvalere molto significativamente, possibilmente in tempi brevi, di una legge di delega al Governo per la stesura di uno o più decreti legislativi, che, raccogliendo i contributi delle Regioni e della categoria, individui e ponga i criteri fondamentali per garantire uniformità di funzioni, ruoli e compiti e per la attivazione degli strumenti indicati come necessari alla realizzazione del cambiamento.

ALLEGATO 1

In Italia, attuando normative emanate tra il 1985 e il 2005, lo standard di posti letto per 1000 abitanti, comprensivo della riabilitazione e della lungodegenza postacuzie, è diminuito da 6,5 a 4,5.

Nel 1995, anno di introduzione nel SSN della remunerazione dei ricoveri ospedalieri mediante tariffe predeterminate secondo i raggruppamenti omogenei di diagnosi derivanti dai DRG utilizzati dagli Stati Uniti sin dal 1983, la popolazione italiana contava 57.322.996 unità, delle quali 9.644.533 di anni 65 e oltre, pari al 16,8% del totale, mentre i posti letto disponibili erano 356.242, pari a 6,2 per 1000 abitanti.

Nel 2006, la popolazione era, invece, costituita da 59.131.287 unità, delle quali 11.772.865 di anni 65 e oltre, pari al 19,9% del totale, facendo così registrare, rispetto al 1995, un aumento del 3,15% della popolazione totale, e del 22% della popolazione anziana.

I posti letto disponibili nel 2006 erano 263.908, corrispondenti a 4,46 per 1000 abitanti, con una riduzione, quindi, di 92.334 posti letto, pari al 25,9% rispetto al 1995.

Il tasso di ospedalizzazione degli anziani nel 2005, rispetto ad un tasso di ospedalizzazione complessivo di 213,64 per 1000 abitanti, è stato di 372,64 per le persone tra 65 e 74 anni e di 486,09 per le persone di 75 anni e oltre.

Rispetto al 1999, la quota di anziani ricoverati in ospedale è costantemente aumentata, passando dal 36 al 40% del totale e, considerando la maggiore durata della degenza media, è possibile affermare che nella realtà quotidiana oltre la metà dei posti letto ospedalieri è occupata da persone anziane.

Tra le possibili modalità assistenziali alternative o complementari al ricovero che dovrebbero essere disponibili nell'ambito distrettuale, un ruolo preminente viene assegnato all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), erogata congiuntamente dai Distretti e dai Comuni.

I dati relativi al 2006, forniti dall'Annuario Statistico del SSN, rilevano però che solo 414.153 persone sono state prese in carico in Italia, delle quali 62.511 assistiti (15,2%) hanno meno di 65 anni, mentre 351.201 pari all'84,8% degli assistiti totali è di anni 65 ed oltre. Ciò significa che vengono assistiti solo 2,98 anziani su 100.

Complessivamente, nel 2006 l'ADI ha preso in carico lo 0,70% della popolazione italiana, un valore decisamente inferiore a quello riportato da molti Paesi industrializzati.

In realtà i confronti internazionali in materia sanitaria e socio-sanitaria sono estremamente difficili, per la differente organizzazione e denominazione delle attività e dei servizi, e l'assistenza domiciliare è tra quelli ancor meno confrontabili, anche per l'intreccio che si pone tra l'assistenza sanitaria e quella sociale.

Secondo l'ISTAT, ad esempio, nel 2004 i Comuni hanno speso 5 miliardi 377 milioni di euro per l'assistenza sociale erogata a livello locale (da notare nello stesso anno la spesa corrente del SSN era di euro 87.233.162), comprensivi della "assistenza domiciliare" erogata a 456.924 anziani e 38.135 disabili.

Purtroppo, però, tale voce comprende l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, l'Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari (ADI), i servizi di prossimità (buon vicinato), il teleconsulto e la teleassistenza, la distribuzione di pasti e/o la lavanderia a domicilio.

Per avere, comunque, un riferimento ad esperienze consolidate e ben documentate, è possibile ricorrere ai dati forniti dalla assicurazione sociale contro la non autosufficienza, istituita in Germania dal 1995.

Nel 2003 gli assistiti a domicilio sono stati 1.300.000, pari a 1,58% della popolazione totale, e a 8,75% delle persone anziane.

Il riferimento è la popolazione della Germania nel 2003, costituita da 82.500.000 persone, delle quali 14.850.000 (18%) di età pari o successiva a 65 anni. La predetta assicurazione non si limita però all'assistenza domiciliare, ed infatti il 32% delle persone aventi diritto, circa 614.000, è stato ricoverato presso strutture residenziali, con un valore pari allo 0,75% della popolazione totale e al 4,13% delle persone di età pari o superiore a 65 anni.

Complessivamente, nel 2003 l'assicurazione long-term care in Germania assisteva 1.900.000 persone (2,3% della popolazione).

Distribuzione long-term care Germania 2003

Assistiti	Età
22.5%	< 65
14.7%	tra 65 e 75
32.5%	Tra 75 e 85
30.7%	> 85

In Italia, nel 2004, sono state assistite presso presidi residenziali socio-assistenziali 292.260 persone di cui:

Assistiti	Età
17.958	0-17
50794	18-64
223.510	Oltre 65

Tali valori indicano, intanto, che in Italia come in Germania la residenzialità socio-sanitaria non riguarda solo gli anziani. Ed infatti le persone di età inferiore ai 65 anni rappresentano il 23% del totale, un aspetto, questo, che è stato finora sottovalutato e che l'Assistenza Primaria dovrà affrontare. Soprattutto, però, rimarchevoli sono le carenze italiane nei riguardi degli anziani, con una disponibilità di 1,96% dei posti residenziali contro i 4,13% rilevati in Germania.

Rispetto a questa situazione complessiva, vanno ora ricordati, per la loro rilevanza ed attinenza rispetto ai temi in discussione i seguenti elementi statistico-demografici e normativi.

1. In primo luogo è necessario citare la legge 6 agosto 2008, n. 133, il cui art. 79, al comma 1-bis, stabilisce che entro il 31 ottobre 2008, a integrazione e modifica dell'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e dell'Intesa Stato-Regioni relativa al Patto per la Salute del 5 ottobre 2006, dovrà essere sottoscritta una specifica intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano che contempli, tra l'altro:
 - una riduzione dello standard dei posti letto, diretto a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale;
 - l'impegno delle Regioni, in connessione con i percorsi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, alla riduzione delle spese del personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
 - la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale.

Al riguardo occorre ricordare che, nel 2005, su 12.114.492 ricoveri per acuti, pari al 93,4% del totale dei ricoveri registrati in Italia, il 32,3% dei casi è stato trattato in regime diurno. Non esistono, invece, dati disponibili su scala nazionale circa l'attività ambulatoriale degli ospedali perché l'intero settore delle specialistiche ambulatoriali è compreso nel livello distrettuale della assistenza erogata dal Servizio Sanitario Nazionale.

2. L'ISTAT, il 18 giugno 2008, ha diffuso le Previsioni demografiche per il periodo 2007-2051, secondo le quali nello "scenario centrale" (che è quello considerato più probabile rispetto ad altri due scenari denominati rispettivamente "scenario basso" e "scenario alto") la tendenza della popolazione residente è quella di aumentare gradualmente da 59,1 milioni nel

2007 fino a raggiungere, passando attraverso alcune oscillazioni, i 61,6 milioni nel 2051. Nel documento si afferma che «l'aspetto assolutamente più certo di tutte le previsioni è il progressivo e inarrestabile incremento della popolazione anziana (65 anni e oltre)», che aumenterà dagli attuali 11,8 milioni a 20,3 milioni entro il 2051.

«Secondo lo scenario centrale, i cosiddetti “grandi vecchi” (85 anni e oltre) passano da 1,3 milioni nel 2007 a 4,8 milioni nel 2051», per una proporzione che aumenta dal 2,3 al 7,8% della popolazione totale.

Considerati i dati e le affermazioni contenute nel documento dell'ISTAT, c'è da attendersi che questa componente della popolazione anziana, che è la più impegnativa rispetto alle esigenze di assistenza sanitaria e sociale, aumenterà dall'attuale 11% al 23,6%.

3. Il 16 luglio 2008 l'Eurostat (European Statistical Data Support) ha pubblicato un rapporto dal titolo *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*, le cui previsioni prendono come riferimento l'anno 2008 e, dividendole in decenni successivi, si spingono fino al 2060.

Per quanto riguarda l'Italia, per il 2050 sostanzialmente si confermano le previsioni dell'ISTAT, sia per la popolazione totale, sia per le persone di 65 anni e oltre.

Per quanto riguarda, invece, i cosiddetti “grandi vecchi” (di 80 anni e oltre), che nel 2050 in Italia sarebbero 8.027 milioni su un totale di 19.978 milioni di persone di 65 anni e oltre, costituendo, così, il 40% della popolazione anziana.

4. Il 3 ottobre 2008 il Consiglio dei Ministri ha approvato il disegno di legge delega sul federalismo fiscale che al Capo II, art. 6 prevede:

1. Al fine di adeguare le regole di finanziamento alla diversa natura delle funzioni concretamente svolte dalle Regioni, nonché al principio di autonomia tributaria fissato dall'articolo 119 della Costituzione, i decreti legislativi di cui all'articolo 2 sono adottati secondo i seguenti principi e criteri direttivi:

- a) classificazione delle spese connesse a materie di competenza legislativa di cui all'articolo 117, terzo e quarto comma, della Costituzione; tali spese sono:

1. spese riconducibili al vincolo della lettera m) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione; in esse rientrano quelle per la sanità, l'assistenza e l'istruzione;

- b) definizione delle modalità per cui le spese riconducibili alla lettera a), numero 1, sono determinate nel rispetto dei costi standard associati ai livelli essenziali delle prestazioni

fissati dalla legge statale, da erogarsi in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale

ALLEGATO 2

In Italia, nonostante la progressiva riduzione del numero dei posti letto, prevale ancora uno sbilanciamento in termini di costi dell'intero sistema assistenziale orientato verso il livello ospedaliero. L'entità dei costi sostenuti per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera sono attualmente (dati FIASO 2008) di gran lunga superiori a quelli sostenuti per l'erogazione dei servizi di Assistenza Primaria (vedi tab. 1). Tale dato viene confermato anche dal dettaglio delle componenti di costo dell'assistenza specialistica, la cui erogazione dei servizi a livello ospedaliero è pari al 53% del totale dei costi (vedi tab.2).

Tabella 1: Costi pesati per residente senza ripartizione tra gli ambiti assistenziali dei costi non attribuiti.

COSTI PESATI PER RESIDENTE SENZA RIPARTIZIONE TRA GLI AMBITI ASSISTENZIALI DEI COSTI NON ATTRIBUITI					
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione Standard	Numero risposte
Ricoveri ospedalieri	u1	€583	€ 598	€ 80	12
Farmaceutica	c1	€135	€ 134	€ 17	12
Specialistica	b1	€437	€ 394	€139	12
Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e continuità assistenziale	efg101	€ 93	€ 96	€ 9	12
Strutture Residenziali e Semiresidenziali Anziani	m1	€ 69	€ 72	€ 39	12
Salute mentale	s1	€ 59	€ 56	€ 22	12
Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening	ir101	€ 61	€ 54	€ 22	12
Pronto Soccorso	q1	€ 48	€ 47	€ 26	12
Riabilitazione e Lungodegenza	p1	€ 19	€ 25	€ 27	12
Disabili	n1	€ 24	€ 32	€ 24	12
Protesica e Integrativa	d1	€ 26	€ 25	€ 11	12
Assistenza Domiciliare	h26	€ 20	€ 20	€ 12	12
Materno Infantile	l1	€ 18	€ 17	€ 11	12
Dipendenze	t1	€ 14	€ 15	€ 4	12
Hospice	o1	€ 2	€ 3	€ 3	12
Funzioni amministrative centrali	a106	€ 21	€ 101	€145	12
Totale	-	-	€1689	-	-

Fonte: FIASO, 2008; "Un modello per il governo del territorio delle Aziende sanitarie", Risultati dal Laboratorio di Ricerca. Economia Sanitaria srl, Milano.

Tabella 2: Scomposizione costi specialistica pesati per residente.

SCOMPOSIZIONE COSTI SPECIALISTICA PESATI PER RESIDENTE									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione Standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione Standard	Numero risposte
Costo prestazioni pesate per residente prodotte da servizi ospedalieri Azienda	b101	€ 240	€209	€166	10	0 %	4 %	8 %	6
Costo prestazioni pesate per residente prodotte direttamente da servizi territoriali Azienda	b102	€ 63	€ 72	€ 54	10	0 %	4 %	11 %	7
Costo prestazioni pesate per residente acquistate da terzi (pubblici e privati)	b103	€ 124	€155	€112	10	4 %	6 %	5 %	7
Totale costi Specialistica pesati per residente al netto dell'attribuzione di costi per funzioni amministrative centrali	-	€ 437	€394	€139	12	-	-	-	-

Fonte: FIASO, 2008; "Un modello per il governo del territorio delle Aziende sanitarie", Risultati dal Laboratorio di Ricerca. Economia Sanitaria srl, Milano

Il totale delle medie dell'anno 2006 dei seguenti indicatori relativi alla categoria dei *Costi pesati per residente senza ripartizione tra gli ambiti assistenziali dei costi non attribuiti* (€854), rappresenta il **50,5%** del totale delle medie dell'anno 2006 (€1689; cfr. tabella1) calcolato come somma algebrica delle medie di tutti gli indicatori appartenenti alla medesima categoria.

COSTI PESATI PER RESIDENTE SENZA RIPARTIZIONE TRA GLI AMBITI ASSISTENZIALI DEI COSTI NON ATTRIBUITI	VALORI ASSOLUTI	VALORI PERCENTUALI
Ricoveri Ospedalieri	€ 598	70 %
Pronto Soccorso	€ 47	5,5 %
Specialistica prodotte da servizi ospedalieri Azienda	€ 209	24,5 %
Totale	€ 854	100 %

A fronte di tali cifre, colpisce l'esiguità cui corrispondono i costi pesati per residente relativa alla Medicina di famiglia, (MMG e Pediatri di libera scelta), pari a **96 euro**.