

Roma 15 febbraio 2021

### ***Considerazioni e proposte per il Ministero della Salute***

*a cura del Prof. Marcello Crivellini, Docente di analisi e organizzazione di sistemi sanitari presso il Politecnico di Milano e Consigliere generale dell'Associazione Luca Coscioni e del Dr. Fabrizio Starace, Direttore del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Modena e Consigliere generale dell'Associazione Luca Coscioni*

**Medicina territoriale. Priorità e regole prima dei soldi. Il Tempo è la variabile più importante.**

#### **1. Premessa**

Il sistema sanitario italiano si basa sul modello inglese di Servizio Sanitario Nazionale.

Mentre i modelli assicurativi delegano gran parte dei controlli/regolazioni/accessibilità alle assicurazioni e ai suoi tipici strumenti (riscossione dei premi, verifica delle regole di ammissibilità, verifica del percorso terapeutico adatto, franchigie, bonus-malus, vincoli e facilitazioni dei Piani sanitari,..) nel caso di servizio sanitario nazionale, in cui tutti i cittadini hanno diritto di accesso a tutti i servizi in modo gratuito, il ruolo di indirizzamento appropriato alle altre parti del sistema sanitario (oltre quello di prima assistenza) è delegato alla Medicina di base (MMG e PLS).

Sin dall'anno di istituzione (1946, National Health Act) il buon funzionamento del NHS inglese si è basato sul ruolo dei medici di famiglia che è anche aumentato nelle riforme successive (Thatcher, Blair e poi Cameron) tanto che alla gestione clinico-sanitaria si è associata anche quella economica e di spesa.

Anche il SSN italiano è fondato su quel criterio e sul ruolo dei MMG, ma negli anni la politica nazionale e regionale è stata sempre più "attratta" dalla gestione degli ospedali, veri concentrati di nomine, appalti, assunzioni.

Ciò ha creato un progressivo indebolimento del sistema complessivo e un suo malfunzionamento anche nei confronti dei cittadini (vedi uso improprio del Pronto Soccorso e anomalia dei tempi di attesa in generale).

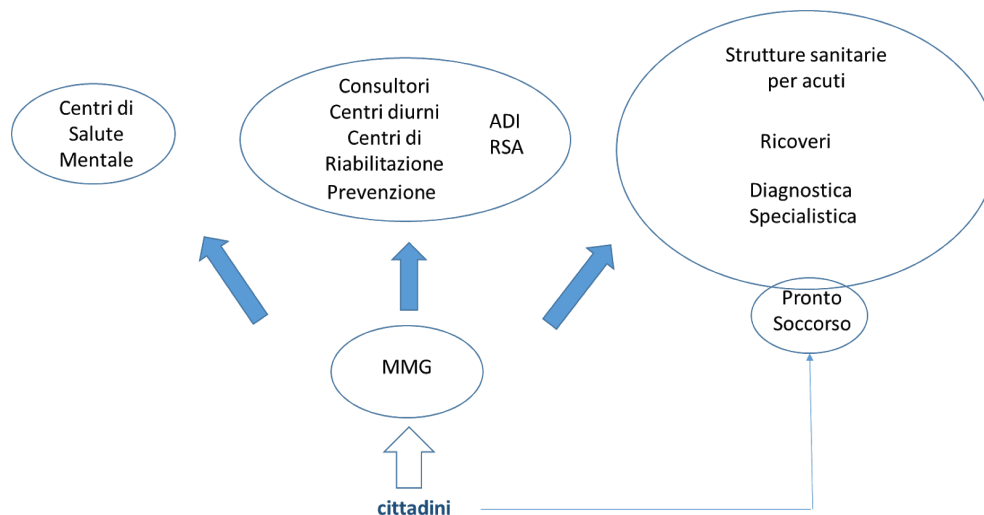
In altre parole i MMG da primo accesso e regolatori del sistema sono stati nei fatti considerati residuali e assimilati a semplici prescrittori, prevalentemente di farmaci.

Questa è una delle principali cause della attuale debolezza del SSN: è poco sistema, solo somma di singole parti quasi sconnesse e fra esse cresce e si impone in modo anomalo (per motivi politici, non sanitari né di salute) il ruolo delle strutture ospedaliere.

Per rafforzare il funzionamento dell'intero sistema sanitario è dunque prioritario riaffermare la funzione di regolatori di accesso, di filtro e indirizzamento alle cure più appropriate (oltre che di prima assistenza) dei MMG.

Va cioè realizzato appieno il modello distintivo di servizio sanitario nazionale che vede i MMG essenziali per il funzionamento del SSN nel suo complesso e di ogni sua parte specifica, come rappresentato schematicamente in Fig. 1.

*Fig. 1. Ruolo dei MMG in un SSN*



Tutto ciò è ancora più evidente, necessario e urgente se si tiene conto dell'evoluzione demografica e del fatto che la classe di età' più numerosa e più incidente dal punto di vista dell'assistenza (un anziano *pesa* 3-4 volte un cittadino giovane o adulto) sono gli anziani, utenti naturali e particolarmente conosciuti dai MMG.

Ne consegue che le esigenze di salute di oggi e di domani sono diverse da quelle di qualche decennio fa: prevalgono esigenze, modalità e percorsi di assistenza per il settore cronicità-anziani-disabili rispetto alle tradizionali cure per acuti.

## **2. Individuazione degli interventi prioritari**

Per rafforzare rapidamente il funzionamento dell'intero sistema sanitario è dunque necessario concentrarsi in modo prioritario

- sul ruolo dei MMG
- su investimenti e regole per il rafforzamento dei centri di assistenza e cura per cronici-anziani-disabili (Assistenza Domiciliare in particolare)
- sul governo unitario dei servizi e interventi sociosanitari
- sul rafforzamento dei centri per la Salute Mentale
- sul ruolo e le criticità del Ministero della Salute.

### *Ruolo dei MMG*

Esistono già 43.731 medici di medicina generale (MMG), 7.590 pediatri di libera scelta (PLS) e 11.688 medici di Guardia Medica (Annuario Statistico del SSN relativo al 2017), il cui ruolo va rafforzato esaltando la funzione di coordinamento e interazione attiva verso le altre parti del sistema e aumentandone gli strumenti.

Si dovrebbe ad esempio:

- ampliare l'orario di apertura degli studi medici (attualmente di 15-20 ore settimanali) portandoli a 20/30, semplicemente remunerando di più la convenzione con i MMG; in tal modo, senza assumere nessuno, si avrebbe un servizio ampliato di almeno il 30%
- finanziare il miglioramento tecnologico e fisico degli studi; anche in questo caso sarebbero i medici ad operare le opportune scelte, velocemente e certamente in modo più efficiente di Stato/Regioni
- finanziare l'assunzione o collaborazione (direttamente da parte degli studi medici) di una figura di segreteria (magari anche infermieristica) che liberi il medico dagli attuali i molteplici oneri burocratici-amministrativi (compilazione di moduli vari, appuntamenti, primo ascolto e filtro, fissazione di servizi del resto del sistema..) consentendo un

migliore servizio ai cittadini; in tal modo il medico farebbe finalmente “solo” il medico e avrebbe più tempo per farlo (almeno il 30% in più) a beneficio dei suoi assistiti e della sua professionalità

- riconoscimento giuridico, organizzativo e economico di interventi di tele assistenza e tele visita in alcune categorie/situazioni di pazienti tramite semplici sistemi informatici.

In tutti e quattro gli interventi proposti il tempo è legato all’assunzione della decisione e alla trasmissione da parte dello Stato/Regione del finanziamento; fissate regole chiare e semplici, l’attuazione spetta ai singoli MMG, senza i tempi infiniti tipici degli appalti e dei concorsi degli enti pubblici.

Naturalmente a questo immediato aumento qualitativo e quantitativo del servizio, deve essere associato un aumento di “potere” della medicina primaria nei confronti del resto del sistema sanitario.

Oltre a garantire il primo accesso e i primi servizi i MMG devono essere (soprattutto per i cronici e anziani) gestori dell’intero percorso di assistenza, “filtro e appropriato indirizzamento” verso gli altri soggetti del sistema: strutture ospedaliere, centri e laboratori diagnostici, assistenza domiciliare, RSA, Centri diurni, ecc... .

Stima del costo degli interventi per MMG: 1,5-2 miliardi l’anno.

#### Rafforzamento centri territoriali e ADI

Prima di creare ex novo nuovi centri e nuovi livelli di assistenza (occorrerebbero anni) vanno opportunamente dimensionati e fatti funzionare quelli esistenti, primi fra tutti i servizi di Assistenza Domiciliare.

Per l’Assistenza Domiciliare e l’Assistenza Domiciliare Integrata è necessaria una politica che progressivamente nel tempo punti ad un fortissimo incremento degli attuali interventi, spostando parte della spesa per acuti. Questo tipo di intervento, oltre ad essere più appropriato nel caso di anziani e cronici, comporta una naturale diminuzione della spesa ospedaliera, oggi impropriamente impiegata in questo settore.

Sull’ assistenza domiciliare il confronto dei dati fra Italia e altri paesi di pari sviluppo è imbarazzante: il volume di assistenza al paziente in un anno è dell’ordine di quella fornita da altri paesi in un mese!

Va previsto un immediato raddoppio e un progressivo ulteriore incremento.

L'Italia potrebbe trarre utili suggerimenti dall'organizzazione delle cure di lungo termine messe in atto in Germania e Giappone da più di vent'anni o da altri paesi europei.

Stima del costo degli interventi per ADI: 1,5-2 miliardi l'anno.

#### *Governo unitario di servizi e interventi sociosanitari*

È illusorio – e la realtà lo dimostra – pensare che l'impulso all'intervento attivo ed integrato, proveniente dal D.Lgs 229/99, dalla L. 328/00 e dai LEA, possa essere recepito e adottato in maniera abituale da servizi sanitari e sociali strutturalmente organizzati e gestiti in maniera autonoma e separata. La parcellizzazione e la separazione degli interventi e una rigida delimitazione delle competenze sono favorite dall'assenza di una programmazione unica nazionale e regionale, dall'accumularsi di provvedimenti legislativi a favore di gruppi in grado di esprimere maggiore visibilità e pressione, da criteri di valutazione del bisogno non sempre coerenti. Inoltre, ai LEA Sanitari (che includono gli interventi sociosanitari) non corrispondono i LEA delle Prestazioni Sociali; le fonti di finanziamento - specie nel settore sociale - sono incerte, e la ripartizione delle rispettive quote di spesa col settore sanitario è fonte di elevata conflittualità. Gli oltre 3 milioni di italiani che, a causa di problemi di salute, presentano limitazioni nello svolgimento di attività abituali e ordinarie (persone anziane, con disabilità, persone con problemi di salute mentale e/o dipendenze, o con disturbi del comportamento) hanno bisogno di progetti personalizzati di intervento caratterizzati dalla inscindibilità degli apporti professionali sanitari e sociali e dalla indivisibilità del loro impatto sugli esiti.

Non è sufficiente riconoscere questa realtà in atti normativi, in piani d'azione, in linee di indirizzo; occorre pervenire al governo unitario di tutta l'area dell'integrazione sociosanitaria, quale riforma necessaria a una più equa ripartizione delle risorse (evitando ad esempio la duplicazione di interventi da parte di enti diversi: sanità, sociale, INPS) superando i limiti, i confini di competenze e le autoreferenzialità attuali.

#### *Salute Mentale*

Nel riconoscere il recente impulso che il Ministro ha dato all'area della Salute Mentale, attraverso la riattivazione del Tavolo Salute Mentale e l'annuncio dopo 20 anni della Seconda, attesa,

Conferenza Nazionale della Salute Mentale, si segnalano alcune aree critiche che possono essere affrontate in tempi rapidi e a costo zero.

- Aggiornamento del Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale del 2013, previa verifica della sua adozione e applicazione in diversi contesti regionali
- Analisi delle criticità evidenziate e definizione delle modalità per affrontarle
- Valutazione ed aggiornamento degli obiettivi connessi al Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale con particolare riferimento all'implementazione dei percorsi di Cura per i disturbi psichiatrici gravi
- Definizione di strategie per la riduzione delle variazioni inter-regionali nell'erogazione territoriale dei LEA sanitari e sociosanitari in Salute mentale, anche attraverso applicazione di specifici indicatori all'interno del nuovo Sistema di garanzia dei LEA
- Efficientamento e ampliamento dell'uso del SISM (ad oggi sono disponibili dati riferiti all'anno 2018) attraverso l'internalizzazione delle funzioni elaborative e di data management
- Definizione di standard minimi di personale dei Dipartimenti di Salute Mentale per popolazione residente, in rapporto al perseguimento degli obiettivi di Piano
- Rafforzamento della tecnostruttura del Ministero della Salute dedicata alla Salute mentale attualmente largamente insufficiente rispetto ai compiti di verifica e monitoraggio dell'implementazione delle indicazioni di Piano.

#### *Ruolo e criticità del Ministero della Salute*

Fra gli strumenti obbligatori previsti dalla normativa sanitaria in capo al Ministro e al Ministero della Salute i più importanti sono la predisposizione del Piano Sanitario Nazionale (PSN) e della Relazione sullo Stato Sanitario del Paese (RSSP).

Il PSN è scaduto da 13 anni, la RSSP da 8. Non è solo una questione (pur importante) di legalità; significa aver abdicato da più di un decennio al ruolo di programmazione e sviluppo del SSN e favorito lo sfilacciamento dell'intero sistema e il disordine a livello regionale. Immediatamente vanno predisposti PSN e RSSP.

In particolare il PSN oltre a disegnare in un arco pluriennale lo sviluppo del sistema contiene l'allocazione percentuale delle risorse fra i principali settori (prevenzione, medicina del territorio,

ospedali). E' la sede istituzionale propria per esporre la politica sanitaria futura e per definire una nuova allocazione delle risorse che tenga conto delle nuove esigenze di salute e dei fenomeni demografici.

Prevedere il progressivo spostamento delle risorse correnti dal settore per acuti (ospedali) a quello della cronicità-disabilità-anziani; portare progressivamente la spesa per acuti verso il 40% (dal 46-47% attuale) e corrispondentemente aumentare quella per medicina territoriale e prevenzione.

Adottare in maniera obbligatoria un sistema di valutazione indipendente delle performance dei sistemi sanitari di tutte le Regioni e di tutte la Aziende Sanitarie (tipo il *Sistema Bersaglio* dell'Università S. Anna di Pisa, ora attivo su base volontaria).

Migliorare la misura dei LEA, facendo cessare immediatamente il conflitto di interesse all'interno del Comitato LEA (con la presenza dei controllati, le Regioni, nel ruolo di controllori) e pubblicarne i risultati dell'anno precedente entro il mese di gennaio di ciascun anno.

Cambiare il meccanismo di Commissariamento delle Regioni aggiungendo alla causa di commissariamento il mancato raggiungimento dell'adempienza dei livelli LEA.

Stima del costo degli interventi del Ministero della Salute: 0

### 3. Altri interventi necessari

Nell'individuare gli interventi sul SSN in seguito alla pandemia vanno rispettate almeno queste condizioni

- il **tempo** di realizzazione è uno dei fattori essenziali; è del tutto inutile programmare e finanziare interventi che, in base ai dati del sistema attuale, richiedono tempi indefiniti, lunghissimi o contraddittori rispetto agli obiettivi dichiarati
- se le **regole** di realizzazione dei programmi non consentono una realizzazione in tempi utili, vanno cambiate le regole prima di procedere ad annunci e finanziamenti destinati a restare solo sulla carta
- **far funzionare l'esistente**: disinteressarsi di quello che non funziona e proporre sempre nuove aggiunte al sistema (con nuove sigle, nuovi incarichi, nuove funzioni..) è solo un palliativo che in breve si rivelerà (passato l'effetto eccitante) una illusione.



Anche per questo si è suggerito di rafforzare il ruolo dei MMG rispetto alle tante sigle e invenzioni in materia di medicina territoriale di cui si sente parlare (rete di Case della Salute, Case della Comunità, USCA, e via “siglando”) che in teoria potrebbero essere utili ma che richiedono anni, studi e lunghe sperimentazioni.

Inoltre per il rafforzamento del SSN è giusto approntare anche altri interventi più di medio termine, quali:

- piano di assunzione di infermieri con l’obiettivo di un forte aumento del loro numero (almeno 100mila nel lungo periodo) in modo da ottenere un rapporto Infermieri/medici (oggi circa 1,5) che si avvicini alla media dei principali paesi (circa 3-4) e che garantisca un livello di assistenza adeguato
- miglioramento delle regole che permettano agli infermieri ulteriori funzioni rispetto alle attuali, così da “liberare” alcune fasi del lavoro dei medici
- cambiare le regole di costruzione e ristrutturazione delle strutture ospedaliere (oggi l’esperienza mostra che occorrono 15-20 anni per costruire un nuovo ospedale e circa 5-10 per ristrutturarlo!)
- piano ospedaliero di medio e lungo termine per l’ammodernamento delle strutture sanitarie, per una seria informatizzazione (senza le attuali “arlecchinate” in cui ogni struttura assume sistemi diversi e spesso incompatibili con il resto del sistema) che privilegi la diffusione della cartella clinica informatizzata (dunque più sicura per il paziente), FSE vero e leggibile su tutto il territorio
- specifico piano contro le infezioni ospedaliere (misure costanti e diffuse del fenomeno, protocolli rigorosi, gestione di accessi controllati e “sanificati” alle strutture, programmi e ristrutturazioni per spostamenti orizzontali e verticali che consentano anche la flessibilità nell’utilizzo degli spazi in sicurezza,...).

#### **4. Conclusioni**

Le condizioni di emergenza hanno mostrato che il SSN sta pericolosamente perdendo le sue caratteristiche di sistema e tende ad essere somma poco coordinata di più parti sia a livello di servizi di assistenza che di collegamento interno.



Il ruolo del Ministero della Salute si è affievolito non tanto per le sovrapposizioni e indeterminazioni con quello delle Regioni, ma soprattutto per una rinuncia al proprio ruolo di coordinamento, di controllo e di promozione dello sviluppo: l'indifferenza verso la predisposizione del PSN (proclamato strumento di programmazione sanitaria per l'intero sistema sanitario ma ignorato da 13 anni) e della RSSP (necessario documento di conoscenza e misura dell'intero sistema ma assente da 8 anni) danno conto della gravità di questa situazione.

All'interno del SSN e dei servizi sanitari regionali da decenni è stata trattato come residuale il ruolo della medicina di base e dei MMG in particolare, che hanno il fondamentale compito, in ogni Servizio Sanitario Nazionale, di fornire la prima assistenza, filtrare le richieste e indirizzare alle altre parti del sistema affinché ci sia un consumo sanitario efficace, appropriato e sicuro per gli utenti.

L'evoluzione demografica degli ultimi decenni spinge nella stessa direzione e impone una progressiva diversa allocazione delle risorse a favore del settore della cronicità-disabilità-anziani.

La priorità assoluta è agire nell'immediato su questi punti in tempi rapidissimi, tenendo presente che qualsiasi decisione deve misurarsi sul fattore "tempo di realizzazione" prima ancora che sulla definizione dei finanziamenti.

Dunque è essenziale cambiare quelle regole che rallentano qualsiasi realizzazione.

Gli interventi proposti vanno in questa direzione con costi tutto sommato ragionevoli.

E' inoltre necessario preparare altri interventi di medio termine, primi fra tutti il forte aumento del personale infermieristico, cambiare le regole relative alla costruzione/ristrutturazione degli ospedali, piani di ammodernamento delle strutture sanitarie mirati alla sicurezza dei pazienti e alla lotta alle infezioni ospedaliere, una seria e controllata informatizzazione del sistema tarata su obiettivi precisi, quantificabili nei risultati e nei tempi di realizzazione.