

Dall'ospedale al territorio: una transizione ardua

I servizi sul territorio impegnano il 51% dei fondi del Ssn. A evidenziarlo è la Relazione sullo stato sanitario del Paese che il ministero del Welfare ha presentato di recente - in cui si dà anche rilievo al sistema formazione - confermando una scelta di fondo, quella di puntare a spostare definitivamente il baricentro dei servizi sanitari dall'ospedale al territorio. A dare una visione più complessiva di questa transizione, avviata da un po' di anni, viene in aiuto il 43° Rapporto annuale del Censis in cui si

evidenzia che la razionalizzazione del sistema delle cure primarie è, in realtà, "un processo ancora in fase embrionale". Un aspetto confermato anche dal Cergas Bocconi che, attraverso i dati Oasi, ha rivelato che le sperimentazioni delle forme associative dei Mmg introdotte dagli ultimi Acn - propeedeutiche alla svolta territoriale - sono "a macchia di leopardo" e che sarebbe opportuno condurre un accurato monitoraggio su come stanno andando davvero le cose nelle diverse Regioni e Aziende.

Monica Di Sisto

In questi ultimi anni, secondo il Rapporto sullo stato sanitario del Paese che il ministro del Welfare **Maurizio Sacconi** ha presentato al Paese, si è assistito a una progressiva contrazione del peso dell'assistenza ospedaliera bilanciata da un costante aumento dell'incidenza dell'assistenza territoriale (assistenza primaria e domiciliare, medicina dei servizi territoriali, emergenza sanitaria territoriale) che assorbe ormai il 51% delle risorse generali destinate al Ssn. L'evoluzione in atto della dinamica demografica e la conseguente esigenza di promuovere il territorio quale sede primaria di assistenza e governo dei percorsi sanitari e socio sanitari ha reso difatti necessario un salto di paradigma per garantire la futura sostenibilità del sistema sanitario. In questo contesto però la riorganizzazione delle cure primarie, considerata un importante ambito di rinnovamento del Ssn dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha consentito, secondo il ministero sia lo sviluppo e l'evoluzione delle varie tipologie di medicina associativa e di gruppo, sia la sperimentazione da parte di molte Regioni, di nuove modalità erogative delle cure primarie quali i Nuclei di Cure Primarie, le Unità

Territoriali di Assistenza Primaria (Utap) e la Casa della Salute per la cui sperimentazione sul territorio nazionale sono stati previsti, dalle leggi finanziarie 2007 e 2008, dei fondi dedicati.

Lo sviluppo dell'associazionismo

Lo sviluppo della medicina associativa, in questo ambito, è divenuto pertanto a detta del ministero lo strumento attuativo della programmazione sanitaria favorendo il cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale, sempre di più specializzato e orientato alla cura delle patologie acute e casistiche a maggiore complessità. A livello nazionale nell'anno 2007, l'assistenza primaria è stata garantita da 46.799 Mmg e da 7.638 pediatri di libera scelta (Pls). Il 58.4% dei Mmg e il 47.6% dei Pls hanno prestato la propria attività in forma associativa. Il numero totale di medici di medicina generale presenti sul territorio nazionale risulta, però, complessivamente diminuito rispetto ai dati dell'anno 2003, essendo passato da 47.111 a 46.799, mentre il numero di scelte per Mmg ha subito un incremento di circa il 2%. Come per i Mmg anche per i Pls si nota un incremento del numero medio di as-

sistiti di circa il 3%, accompagnato, in questo caso, da un complessivo aumento del numero totale di pediatri di libera scelta che è passato da 7.358 del 2003 a 7.638.

La continuità assistenziale

Per concludere il quadro di tendenza è importante rilevare, come fa il ministero, che la continuità assistenziale, garantita per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana dalle Asl sulla base della organizzazione distrettuale, ha visto impegnati nell'anno 2007 ben 13.109 medici titolari, con una media di 22 per 100.000 abitanti, che hanno effettuato complessivamente 16.754 visite per 100.000 abitanti per un totale di 20.746.487 ore di attività. Per quanto attiene l'Assistenza Domiciliare, nell'anno 2007 sono stati 474.567 i pazienti che hanno usufruito dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con una media nazionale di 803 casi trattati per 100.00 abitanti di cui 81.2% anziani e 8.8% pazienti in fase terminale della malattia.

Al fine di dare piena attuazione al percorso intrapreso, secondo il Governo però, rimane l'esigenza di:

■ potenziare lo sviluppo della rete

dei servizi di cure primarie per assicurare la continuità dell'assistenza tutti i giorni della settimana, 24 ore al giorno;

- rafforzare ulteriormente la realizzazione di forme associative per l'erogazione delle cure primarie, favorendo il coordinamento funzionale dell'attività di medicina generale e specialistica con le attività del distretto;
- potenziare l'integrazione ospedale-territorio al fine di consentire la tempestiva presa in carico del paziente e l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza da parte della rete territoriale;
- incrementare la costituzione in ambito territoriale dei Punti Unici di Accesso (Pua) per la presa in carico delle persone fragili attraverso la segnalazione dei diversi soggetti coinvolti nel processo di cura;
- potenziare l'adozione di specifici percorsi assistenziali che prevedano la presa in carico dei casi di non autosufficienza.

■ La cura "razionalizzazione"

Che cosa aggiunge alla descrizione "ministeriale" il Rapporto annuale del Censis che, come al solito, offre una proiezione qualitativa dell'assistenza sociale e sanitaria nel nostro Paese? Spiega che la sfida della cronicità, in realtà, è ancora un cantiere aperto perché l'ospedale mantiene il ruolo di *"catalizzatore della risposta sanitaria"*, al quale i cittadini ricorrono non solo nei momenti di grave rischio per la salute, ma anche nelle situazioni *borderline*: sono ben 55mila al giorno i cittadini che si rivolgono alla struttura ospedaliera.

Secondo il Centro di Ricerca Nazionale, la strutturazione odierna della *Primary care* risulta invece ancora in difficoltà: *"troppo caratterizzata da accessibilità limitata, da isolamento professionale e da scarso coordinamento pluri-professionale"*. Eppure i Mmg godono di un ampio favore presso i cittadini. Nella tradizionale verifica che il Censis fa sul gradimento degli italiani per il loro medico di famiglia anche nel 2009 è risultato che

questo gode di una soddisfazione largamente maggioritaria sul servizio prestato, pari al 75,9% seppure con alcune notevoli differenze legate all'area geografica. Il Mmg rappresenta ancora, e senza dubbio, *"il fulcro e l'anima della ristrutturazione complessiva dell'organizzazione territoriale"*. In questo contesto, però, secondo il Censis, è necessario da parte della categoria un *"cambio di passo verso una maggiore adesione alla filosofia del team work, funzionale alla costruzione di una rete di relazioni necessarie alla implementazione di forme di intervento più strutturate, in grado di garantire la soddisfazione di bisogni assistenziali più complessi, che consentano il superamento degli steccati categoriali e che favoriscano il raggiungimento di una compiuta integrazione socio-sanitaria"*.

Il coinvolgimento e la motivazione dei medici di famiglia rappresentano, dunque, una *conditio sine qua non* per una riorganizzazione delle cure primarie *"efficace e coerente"*. Soprattutto se vi vuole dare una spinta decisiva alle forme di aggregazione che finora stanno sorgendo, a detta del Censis, in ordine sparso nelle Regioni *"nel segno del più classico fai-da-te"*. Come dimostra una recente indagine dell'Università La Sapienza di Roma e del Censis su otto Regioni (Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Puglia, Sicilia e Sardegna) che rileva come a *"fronte di un territorio da cui provengono stimoli e sollecitazioni diversissimi, esiste una profonda disomogeneità anche nelle forme di intervento regionale, per filosofia e livello di investimento politico e finanziario"*.

■ Il Cergas fotografa il territorio

Quando tutte le forze sindacali, all'indomani della chiusura dell'Accordo sul Patto per la Salute tra Regioni e Governo, spingono perché si riapra il tavolo negoziale per il rinnovo della convenzione della medicina generale, il Cergas Bocconi pubblica il suo Rapporto Oasi 2009 e va a guardare che cosa è successo, in realtà sul territorio da quando sono entrate in vigore le tre forme

associative volontarie (associazione, rete, gruppo), ma soprattutto quelle obbligatorie più strutturate introdotte dalla nuova Convenzione. *In primis* ci si riferisce alle vecchie *équipe* territoriali (facoltative in passato, obbligatorie oggi), costituite dalla molteplicità degli operatori delle cure primarie e Utap (facoltative), intese come legame strutturale con sede fisica unica e condivisa tra le varie componenti e confermate oggi come sperimentazioni gestionali; ma anche le due nuove modalità associative (obbligatorie), cioè le aggregazioni funzionali e le Unità complesse delle cure primarie (Uc-p). A minacciare ulteriormente la loro *"tenuta"*, infatti, ci sarebbe non solo la frammentazione territoriale, ma la durata stessa della convenzione appena firmata, che di fatto scade il 31 dicembre 2009. Secondo il Cergas, la sua scadenza imminente potrebbe rendere meno efficaci alcuni suoi istituti come, per esempio quello legato alle nuove forme associative, in quanto a partire dai primi mesi del 2010 le parti inizieranno a porre le basi per un nuovo rinnovo convenzionale.

■ Mappare le sperimentazioni gestionali prima del nuovo Acn

Nei fatti questa è una storia già vista che, in passato, ha ostacolato anche il diffondersi delle *équipe* territoriali. Dal punto di vista economico-aziendale, suggerisce poi il Cergas, la negoziazione di una nuova convenzione dovrebbe essere preceduta da una serie di ricerche in grado di mappare i risultati delle sperimentazioni gestionali in corso e di valutare l'efficacia o il rapporto costi-efficacia delle risorse utilizzate, per esempio per alcune forme associative o per le prestazioni di particolare impegno professionale. Solo in questo modo, concludono i ricercatori Bocconi, la nuova convenzione per la MG non sarà uno strumento esclusivamente normativo, ma una leva di governo e di indirizzo di una componente centrale dell'assistenza sanitaria. Appuntamento alla prossima ricerca?

Chi ha paura della formazione?

Se una cosa la Relazione sullo stato sanitario del Paese, redatta dal Governo, ha ben chiara è che la formazione è stata un capitolo determinante della qualificazione non soltanto della spesa sanitaria, ma soprattutto del capitale umano del Ssn. Il sistema però non conosce pace e si preannuncia una nuova stretta nei rapporti tra iniziative e aziende. Sembra un'eternità, ma in realtà è con l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano del 1° agosto 2007 - ricorda il Rapporto redatto dal ministero del Welfare - che è stato approvato il riordino del Sistema di formazione continua in medicina e la proroga del programma sperimentale di Educazione Continua in Medicina (Ecm) avviato con l'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001. È con questo provvedimento che si è disposto, inoltre, il trasferimento all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali della gestione amministrativa del programma di Ecm e dei compiti di supporto alla Commissione Nazionale. Il Ministero, così, svolge un ruolo di sostegno e di produzione formativa, attraverso tutte le iniziative che provengono dal Piano Sanitario Nazionale e dagli obiettivi strategici di salute e attraverso l'indicazione degli obiettivi formativi nazionali, che rappresentano in percentuale il 20% dei crediti formativi che ogni operatore è tenuto ad acquisire ogni anno. Eppure sembra che il legislatore non consideri ancora sufficiente il controllo introdotto sull'indipendenza dei contenuti offerti.

■ Ecm a prova di regole

La Commissione Ecm, infatti, varato l'accordo Stato-Regioni sul passaggio dall'accREDITamento degli eventi a quello dei provider, sta lavorando all'introduzione di due documenti che costituiranno il manuale operativo per far funzionare il *restyling* dell'Ecm a partire dal 2010. Il primo riguarda le procedure per l'accREDITamento dei provider, il secondo do-

vrebbe definire i criteri per l'assegnazione dei crediti per tutte le possibili tipologie di eventi: congressi, convegni, attività residenziali e formazione a distanza. Le regole su pubblicità e sponsorizzazione sono il capitolo finale del documento in tema di accREDITamento dei provider che traccia la mappa dei requisiti che l'aspirante provider dovrà dimostrare di possedere, a partire da una carta d'identità (atto costitutivo o Statuto) corredata da dichiarazione formale che escluda interessi commerciali in campo sanitario per quanti siano coinvolti nell'attività Ecm fino ai parenti di primo grado. Tra i requisiti figurano, tra l'altro, il possesso di una sede idonea e stabile nel territorio di competenza della Regione accREDITante, l'affidabilità economico-finanziaria documentata con bilanci e documenti contabili, il rispetto delle norme in tema di sicurezza, previdenza e fiscalità. Sarà verificata la presenza di un sistema informatizzato per la gestione e archiviazione dei dati e sarà verificato l'atto di nomina del coordinatore e del comitato scientifico, cui spetterà il compito di individuare un responsabile per ogni singolo programma Ecm. Entro il 31 ottobre di ogni anno, infine, il provider dovrà comunicare la programmazione annuale di massima all'ente accREDITante e sarà obbligato a realizzare almeno il 50% di quanto promesso: programma definitivo, docenti tutor e crediti assegnati dovranno essere comunicati almeno 30 giorni prima della data di inizio del relativo evento. Ci sarà un sistema di rilevazione delle presenze dei discenti da verificare con firme di frequenza o verifiche elettroniche di ingresso/uscita dalla sede di formazione e da accompagnare con una scheda di valutazione dell'apprendimento firmata dal partecipante, che potrebbe essere standardizzata con almeno 4 quesiti per ciascun credito erogato.

Quello che sblocca l'assegnazione dei crediti è la scheda di valutazione

della qualità percepita con la quale il partecipante sarà chiamato a giudicare la validità del programma rispetto al bisogno formativo e al ruolo professionale svolto. È vietata, poi, una pubblicità per prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi) o attività promozionali (pasti, attività sociali) nelle sedi attività Ecm o nei materiali durevoli per la Formazione a distanza (Fad): nelle attività formative saranno banditi in toto i nomi commerciali dei prodotti, anche se correlati con l'evento in corso. Poi l'obbligo esplicito indirizzato ai produttori di farmaci e dispositivi di sponsorizzare il provider solo con *unrestricted grant* che non impongano condizionamenti di alcun tipo alle attività formative. Il baluardo più solido dovrà ovviamente garantirlo il provider, tenuto a illustrare all'ente accREDITante i contratti formali siglati con lo sponsor e i pagamenti direttamente concessi a docenti e tutor, nonché a dimostrare le fonti di finanziamento utilizzate nell'ultimo biennio e il reclutamento dei partecipanti senza interferenze dello sponsor.

Per dirigenti e responsabili dei provider scatterà l'incompatibilità con interessi o cariche in aziende con interessi commerciali nel settore sanitario. Anche su questo farà testo la dichiarazione del provider che dovrà conservare la documentazione su sponsor e conflitti per almeno 2 anni. Il provider privato (non erogatore di prestazioni sanitarie) dovrà inoltre subire le verifiche di un comitato di garanzia (nazionale/regionale) che in base alla constatazione di violazioni molto gravi (come l'assenza di dichiarazioni formali o la presenza di documentazioni false) potrà disporre la definitiva espulsione dal pianeta Ecm. Resta nel cassetto ancora l'ultimo rebus della giostra Ecm: incentivi a chi si aggiorna, sanzioni a chi non ci pensa nemmeno. La materia resta affidata agli incontri con i rappresentanti sindacali a partire da gennaio.