

# La medicina generale tiene, ma per quanto?

*La crisi morde il Paese e il Ssn non ne rimane escluso. La presenza sul territorio dei Mmg non arretra, ma l'Assistenza territoriale vacilla sotto i colpi della cronicità crescente e della disorganizzazione. Lo scopre il rapporto "Osservasalute 2009" dell'Università*

*Cattolica di Roma, appuntamento ormai classico per scattare una fotografia "in progress" del Ssn e che anche quest'anno riserva delle informazioni interessanti per la professione e per gli amministratori che eventualmente volessero intervenire.*

Monica Di Sisto

**R**ispetto alla medicina generale il rapporto "Osservasalute 2009" parte dai suoi operatori del territorio mappando quelli che - in base ai dati relativi al rinnovo convenzionale del 2005 - risultano operare a livello distrettuale e offrire ai cittadini interventi di assistenza primaria in ambulatorio e/o a domicilio, traducendo il bisogno di salute in domanda di prestazione. Gli indicatori di struttura presi in considerazione dai ricercatori dell'Università Cattolica di Roma derivano dal rapporto tra il numero di questa categoria di professionisti e la rispettiva popolazione residente di riferimento, per contribuire alla valutazione del dimensionamento dell'offerta di servizi.

Il tasso di Mmg valuta la presenza sul territorio di questi medici, rispetto alla popolazione residente con più di 14 anni, che rappresenta il numero teorico di soggetti assistibili in ogni Regione (carico assistenziale potenziale). È possibile, inoltre, calcolare il rapporto tra il numero di Mmg e il numero di residenti di qualunque età (purché maggiori di 14 anni), iscritti al Ssn, che sono effettivamente assistiti dai Mmg in una data Regione. Un tasso di Mmg per scelte ottenute da 1.000 residenti inferiore al parametro di riferimento (per esempio, carico assistenziale effettivo maggiore del carico potenziale) può stare a indicare due cose, secondo Osservasalute: una scarsità di medici rispetto al fabbisogno di quella data Regione, ma anche la tendenza in quel territorio a scegliere

per l'assistenza ai minori di 14 anni il Mmg piuttosto che il Pls. Questi indicatori permetterebbero di valutare in maniera quantitativa la composizione strutturale della rete regionale dei servizi sanitari di base e supportare la programmazione regionale nella caratterizzazione dell'offerta potenziale per la popolazione adulta. Ciò servirebbe a formulare ipotesi sul numero di nuclei di aggregazione di professionisti necessari a facilitare, attraverso la partecipazione di "gruppo", il raggiungimento di obiettivi di assistenza primaria.

## Teoria e realtà ad un passo

L'ACN del 2005 prevede all'art. 33 che per un determinato ambito territoriale venga inserito un medico ogni 1.000 abitanti residenti, detratta la popolazione di età compresa tra 0-14 anni risultante al 31 dicembre dell'anno precedente. Ultimamente, in diverse Regioni si è scelto di aumentare il rapporto ottimale in misura diversa, prevedendo l'inserimento di un medico di famiglia ogni 1.100 o 1.200 o 1.300 abitanti. Pertanto, ne deriva un tasso di Mmg compreso tra 0.77 (nel caso in cui vi sia un medico ogni 1.300 abitanti) e 1 (nel caso in cui vi sia un medico ogni 1.000 abitanti). In termini di massimale di scelte, per i Mmg lo stesso riferimento legislativo, all'art. 39, fissa un limite massimo di 1.500 pazienti per medico; ne deriva un valore di riferimento pari a 0.67 medici per 1.000 scelte ottenute da

soggetti di 14 anni e oltre (ad eccezione della Provincia Autonoma di Bolzano in cui il massimale previsto è di 2.000 assistiti per medico, con un indice derivabile di 0.5 medici per 1.000 scelte ottenute da soggetti di 14 anni e oltre).

In tutte le Regioni, eccetto la PA di Bolzano, la Liguria e il Lazio, si osserva che nel 2006 il tasso di Mmg ha un valore compreso nel *benchmark* di riferimento. Un tasso di 0.91 Mmg/1.000 abitanti, che corrisponde al valore nazionale, significa un rapporto di 1 Mmg/1.100 abitanti. Rispetto a tale dato le Regioni possono essere suddivise in due categorie: quelle che hanno un tasso di Mmg vicino al valore nazionale (Piemonte, PA di Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Marche, Campania, Calabria e Sardegna) e quelle che hanno un tasso di Mmg prossimo all'unità e, pertanto, un rapporto ottimale di 1 Mmg/1.000 abitanti (Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata e Sicilia). Il Lazio presenta il tasso di Mmg più elevato (1.06 per 1.000), mentre nella PA di Bolzano e in Liguria, in particolare, ma tendenzialmente anche in Lombardia, si riscontrano i tassi più bassi; ciò può significare una scarsità di Mmg in quel territorio.

Rispetto al 2001, in quasi tutte le Regioni, ad eccezione delle PA di Trento e Bolzano, dell'Umbria, dell'Abruzzo e della Sicilia, il tasso di Mmg nel 2006 è diminuito, il che fa supporre una tendenziale riduzione nel numero di Mmg operanti

sul territorio. Il tasso di Mmg per scelte ottenute da 1.000 residenti risulta inferiore al tasso di Mmg in quasi tutte le Regioni (indicativamente sia per il 2001 sia per il 2006), e, in particolare, in Toscana, Campania, Lazio e Sicilia. Fanno eccezione la Liguria, la Calabria e la Sardegna che presentano un numero di Mmg per scelte superiore al numero di Mmg per 1.000 residenti.

### ■ Luci e ombre dell'ADI

Uno dei nodi più importanti della rete di servizi a cronici e anziani è rappresentato dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), modalità assistenziale che negli ultimi anni si è andata diffondendo, secondo Osservasalute, in maniera disomogenea su tutto il territorio nazionale. I diversi profili assistenziali dell'ADI, che si distinguono per la maggiore o minore intensità di cura, per il numero e la competenza professionale specifica degli operatori coinvolti e per il profilo di persona/paziente a cui si rivolgono, hanno l'obiettivo di garantire alla persona fragile e/o non autosufficiente la permanenza presso il proprio domicilio, mediante l'applicazione di un progetto di cura e assistenza socio-sanitaria personalizzato e multiprofessionale.

Gli indicatori presentati forniscono, sulla base dei dati correnti, una descrizione dell'adozione dell'ADI nelle diverse Regioni con particolare attenzione alla quota rivolta ai pazienti anziani. Complessivamente nel 2007 sono stati assistiti al proprio domicilio 474.567 pazienti. Il numero di pazienti trattati in ADI per 100.000 abitanti non modifica il trend in crescita, attestandosi a un valore pari a 799 casi, con un incremento rispetto al 2006 del 13.7% (incremento medio annuo del 9.3%). L'indicatore, però, anche nel 2007, registra una notevole variabilità regionale: si va, infatti, da un valore minimo di 117 ADI per 100.000 abitanti della Valle d'Aosta (peraltro raddoppiato rispetto all'anno precedente) a un valore massimo di 2.250 del Friuli-Venezia Giulia. Global-

mente, la percentuale di ADI erogata a soggetti anziani è stata pari all'81.2%, valore in lieve flessione rispetto agli ultimi tre anni, per i quali sono state registrate percentuali costantemente superiori all'84%: a livello regionale il Molise presenta il valore più basso (45.4%), mentre la Liguria supera addirittura il 90% (93.5%). Un'elevata disomogeneità è presente nel numero di anziani trattati in ADI riferito alla stessa popolazione anziana residente: si passa, infatti, da 3.2 casi per 1.000 abitanti di età superiore a 65 anni in Valle d'Aosta a 76.8 casi per 1.000 in Friuli-Venezia Giulia. Il dato nazionale, pari a 34.3 casi per 1.000 trattati, è in aumento rispetto al 2006 (31.9 per 1.000). Accorpendo i dati per macroaree emergono anche nel 2007 evidenti differenze tra Nord e Sud: nelle Regioni settentrionali il numero di ADI per 100.000 abitanti è oltre due volte e mezzo superiore rispetto a quello del Sud (1.060 vs 423 per 100.000) e tali differenze, seppur meno marcate, si presentano anche per gli altri indicatori presi in considerazione. Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate circa 22 ore di assistenza, prevalentemente da personale infermieristico (15 ore).

### ■ Osservazioni e consigli per le cure primarie

I risultati ottenuti rispetto alla MG suggeriscono che, attualmente, il numero di Mmg in attività nelle Regioni è commisurato al carico assistenziale potenziale regionale così come definito dal legislatore. Il numero di Mmg per residenti in nessuna delle Regioni (ad eccezione di PA Bolzano e Liguria) risulta inferiore allo standard previsto. Tuttavia, il trend riscontrato tra il 2001 e il 2006 indica una riduzione dei Mmg operanti sul territorio (in media in Italia -0.4 per mille abitanti, con punte massime di -0.27 per mille in Liguria e -0.7 in Campania). Se a questo dato aggiungiamo anche le differenze riscontrate tra il tasso di Mmg ed il tasso di Mmg per scelte ottenute da 1.000 residenti e il basso

valore del tasso di Pls, emerge - secondo i ricercatori della Cattolica - la necessità di rimodulare l'assistenza primaria in base a logiche di "medicina di gruppo". Se si osserva il Ssn guardando la rete dell'ADI, poi, i dati suggeriscono una sua progressiva e continua espansione nei modelli organizzativi delle cure primarie delle Regioni italiane, anche se rimangono ancora grandi differenze nei criteri che definiscono le attività assistenziali proprie dell'ADI, in particolare per l'assenza di un inserimento nei Lea. Il nuovo flusso informativo istituito per il 2009 con DM 17 dicembre 2008 (*Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare*) - che fornisce indicazioni sulla raccolta dei dati circa la presa in carico dell'assistito, la sua valutazione multidimensionale, la definizione del piano/progetto/programma di assistenza individuale, la responsabilità clinica in capo ai Mmg, pediatri di libera scelta o ai medici competenti per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto/Asl - potrà sicuramente costituire un valido supporto, secondo Osservasalute, per una migliore valutazione dei processi assistenziali svolti in ADI nella realtà italiana.

Ma anche nell'approccio alla MG qualcosa deve cambiare. È possibile, infatti, secondo Osservasalute, favorire l'integrazione dell'attività dei Mmg in gruppi che coinvolgano anche gli specialisti, costituendo le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (così come sancito dall'ACN 2005) che si occupano di fornire servizi sanitari sul territorio, riducendo la quantità di prestazioni sanitarie erogate impropriamente a livello ospedaliero. Infatti, il coordinamento in gruppi organizzati di professionisti garantirebbe agli utenti una maggiore accessibilità, una fornitura di alcune attività specialistiche e un collegamento con gli specialisti per realizzare programmi specifici di tutela, di presa in carico dei pazienti, di garanzia di continuità assistenziale e di maggiori responsabilità sull'assistenza domiciliare in alternativa al ricovero in ospedale.