Sezione III

Le risposte attuali del Servizio Sanitario

PAGINA BIANCA

1 Assistenza primaria

1.1 Medicina di base

1.1.1 Introduzione

La medicina di base è, normalmente, il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario. Essa fornisce un accesso diretto ed illimitato agli utenti, sviluppando un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo e alla sua famiglia. Basandosi su un processo di consultazione, fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso un'efficace comunicazione tra medico e paziente, la medicina di base è caratterizzata essenzialmente dal cosiddetto rapporto fiduciario. Le persone iscritte negli elenchi degli assistibili della ASL hanno diritto all'assistenza medica generale prestata da un medico di medicina generale (MMG) o da un pediatra di libera scelta (PLS) se di età inferiore ai 14 anni.
Il cittadino esercita il suo diritto di scelta tra i medici iscritti in un apposito elenco disponibile presso gli Uffici della ASL di appartenenza e detta scelta si effettua presso il distretto di appartenenza. Nel caso in cui venga meno il rapporto fiduciario, il paziente può revocare la scelta per effettuarne una nuova tra i medici disponibili, ma anche al medico è consentito ricusare gli utenti, previa adeguata motivazione, in presenza di accertati ed eccezionali motivi di incompatibilità. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia.
Gli Accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici dei medicina generale ed i pediatri di libera scelta prevedono che i medici possano acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.500 unità per pazienti adulti (dai 14 anni in su) ed un massimo di 800 scelte per pazienti di età compresa tra 0 e 14 anni. Al medico di medicina generale ed al pediatra di libera scelta è affidata la responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute del proprio assistito che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi individuali e familiari e di educazione sanitaria i quali sono espletati attraverso interventi ambulatoriali e domiciliari finalizzati al soddisfacimento dei relativi bisogni sanitari correlati ai livelli essenziali di assistenza.

1.1.2 Presentazione dei dati

A livello nazionale, nell'anno 2003, la medicina di base è stata garantita da 47.111 MMG e da 7.358 PLS.
In media ad ogni MMG sono state affidate 1.099 scelte. Detta media si mantiene pressoché inalterata, anche se si analizza per macroregioni, infatti, il numero di scelte per MMG sono così distribuite: Nord 1.170, Centro 1.036, Sud 1.072 ed isole 1.056. A livello regionale si nota una difformità in minus nel Lazio con un indice di 994 ed in plus nella Provincia Autonoma di Bolzano con 1.708, evidentemente quest'ultima risente ancora del precedente Accordo nazionale di convenzione che stabiliva in 2.500 la quota massimale, scesa poi a 2.000 (**Tabella 1**).
Relativamente alla Pediatria, a livello nazionale, ad ogni PLS sono state affidate in media 805 scelte, poche unità in più di quanto previsto dal massimale dell'Accordo di convenzione con il SSN. Se i dati si analizzano per macroregioni si va da un minimo di 757 nelle isole; a 787 nel Sud; a 788 nel Centro; ed a 807 nel Nord. A livello regionale si va da un minimo di 733 della Sardegna ad un massimo, rispettivamente, di 884 della Campania e 887 della Provincia autonoma di Bolzano. Quest'ultima, comunque, ha nell'Accordo di convenzione un massimale di 1000 scelte/PLS (**Tabella 2**).

Tabella 1 **Numero di Medici di medicina generale e numero di scelte per medico nell'anno 2003 - Distribuzione regionale (v.a.)**

Regione	Totale medici	Totale scelte	Scelte per medico
Piemonte	3.486	3.902.120	1.119
Valle d'Aosta	102	107.960	1.058
Lombardia	7.034	8.270.791	1.176
Prov. Auton. Bolzano	245	418.347	1.708
Prov. Auton. Trento	383	425.642	1.111
Veneto	3.541	4.090.922	1.155
Friuli Venezia Giulia	1.031	1.085.320	1.053
Liguria	1.406	1.440.499	1.025
Emilia Romagna	3.270	3.664.139	1.121
Toscana	3.087	3.204.994	1.038
Umbria	737	758.450	1.029
Marche	1.229	1.329.734	1.082
Lazio	4.852	4.823.553	994
Abruzzo	1.082	1.145.972	1.059
Molise	282	289.210	1.026
Campania	4.464	5.156.601	1.155
Puglia	3.310	3.573.605	1.080
Basilicata	509	536.042	1.053
Calabria	1.703	1.810.872	1.063
Sicilia	4.071	4.395.676	1.080
Sardegna	1.287	1.329.471	1.033
ITALIA	47.111	51.759.920	1.099

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

Tabella 2 **Numero di Pediatri di libera scelta e numero di scelte per pediatra - Distribuzione regionale (v.a.)**

Regione	Totale pediatri	Totale scelte	Scelte per pediatra
Piemonte	416	347.450	835
Valle d'Aosta	15	11.425	762
Lombardia	1.012	822.373	813
Prov. Auton. Bolzano	50	44.358	887
Prov. Auton. Trento	77	60.071	780
Veneto	534	462.233	866
Friuli Venezia Giulia	113	89.307	790
Liguria	171	131.197	767
Emilia Romagna	495	380.135	768
Toscana	412	318.272	773
Umbria	102	77.463	759
Marche	174	145.137	834
Lazio	772	606.960	786
Abruzzo	184	135.796	738
Molise	38	29.344	772
Campania	783	691.822	884
Puglia	584	479.942	822
Basilicata	70	52.609	752
Calabria	293	221.212	755
Sicilia	843	657.963	781
Sardegna	220	161.176	733
ITALIA	7.358	5.926.245	805

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

1.1.3 Analisi quantitativa

Il confronto dei dati relativi agli ultimi sei anni (1998-2003) rispettivamente delle medie nazionali delle scelte dei MMG e dei PLS mostra, di fatto, una stabilità nelle scelte per i primi (1.088 scelte/MMG nell'anno 1998, 1.099 del 2003) mentre si nota un incremento, pari all'11,65%, delle scelte per i PLS: si è passati, infatti, dalle 721 scelte/PLS dell'anno 1998 alle 805 dell'anno 2003 (**Tabella 3**).

1.1.4 Valutazione critica

In un'ottica di *Promozione del territorio quale primaria sede di assistenza* diviene sempre più rilevante il coinvolgimento dei MMG e dei PLS nel governo dei percorsi sanitari con l'esigenza di sperimentare nuove modalità erogative favorenti l'integrazione con altre figure sanitarie territoriali e ospedaliere al fine di perseguire una sanità vicina ai bisogni di salute.

1.1.5 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

Il D.Lgs. 229/1999 ha sancito la realizzazione del *distretto* chiamato anche a garantire l'assistenza sanitaria di base, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra MMG, PLS, servizi di guardia medica notturna e festiva, e i presidi specialistici ambulatoriali.
Il D.P.R. 270/2000 concernente il Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ha regolato, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 502/1992 e s.m. e i., il rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato, che si instaura fra la ASL ed i MMG per lo svolgimento dei compiti e delle attività relativi all'assistenza primaria di medicina generale, la continuità assistenziale e le attività territoriali programmate in un quadro normativo di responsabilizzazione del medico di medicina generale per la tutela della salute dei cittadini che lo hanno scelto.

1.1.6 Indicazioni per la programmazione

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, nell'am-

Tabella 3 Confronto fra numero di Medici di medicina generale, numero di scelte per medico (v.a.), e numero di Pediatri di libera scelta, numero di scelte per pediatra (v.a.)

Anno di Riferimento	Totale Medici	Totale scelte	Scelte per medico	Totale Pediatri	Totale scelte	Scelte per pediatra
1998	47.539	51.736.192	1.088	6.971	5.022.573	721
1999	47.261	51.464.953	1.089	7.076	5.295.102	748
2000	47.148	51.483.839	1.092	7.155	5.472.574	765
2001	47.027	51.572.387	1.097	7.199	5.640.229	783
2002	46.907	51.604.925	1.100	7.257	5.759.929	794
2003	47.111	51.759.920	1.099	7.358	5.926.245	805

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario - Anno 2003

bito dei dieci progetti per la strategia del cambiamento, ne qualifica uno con il "Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari" qualificandolo, più in generale, con la necessità, ormai inderogabile, di organizzare meglio il territorio spostandovi risorse e servizi che oggi sono assorbiti ancora dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica che oggi non è più sostenibile. Ancora una volta quindi l'attenzione si sposta sui MMG e PLS, ai quali si deve però chiedere di giocare un ruolo maggiore che in passato.
Il territorio è sempre stato considerato erogatore di servizi extraospedalieri; oggi è necessario indirizzare chiaramente una nuova e razionale offerta di prestazioni sul territorio, che configuri l'intervento ospedaliero come assistenza extraterritoriale sempre più riservata alle patologie acute. Tali concetti sono stati rilanciati dagli accordi tra il Ministero della Salute e le Regioni (24 luglio 2003 e 29 luglio 2004), i quali hanno sancito che le Regioni devono realizzare, ai fini dell'ottenimento di specifici finanziamenti vincolati agli obiettivi prioritari del PSN, progetti su specifiche linee progettuali, tra le quali le Cure Primarie. Tali progetti devono prevedere che l'assistenza territoriale configuri un maggiore coinvolgimento dei MMG e dei PLS nel governo dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorenti l'integrazione con le altre figure sanitarie territoriali, anche attraverso forme evolutive delle varie tipologie di medicina associativa e di gruppo, prefigurate dagli accordi nazionali e costituite da MMG, PLS, specialisti territoriali che, in accordo con i relativi distretti sociosanitari, assicurino in via continuativa agli utenti le cure primarie, garantendo la continuità assistenziale e rapportandosi a specialisti che assicurino competenza nella diagnostica di base ed in alcune specialità. Molte Regioni hanno già avviato la sperimentazione di modelli autonomi, quelle che non lo hanno ancora fatto, possono utilizzare, per sviluppare il proprio progetto di costituzione di presidi integrati per le cure primarie, lo schema dell'Unità Primaria di Assistenza Territoriale (UTAP), proposto dal Ministero della Salute. Le UTAP sono formate dall'associazione di più medici convenzionati che operano in una sede unica e che garantiscono ulteriori funzioni, accanto a quelle già oggi svolte o previste dalla vigente convenzione anche nelle sue espressioni più avanzate come la Medicina di Gruppo, che sostanzino la continuità assistenziale. Questo modello potrà consentire il miglioramento della qualità delle cure attraverso lo sviluppo del governo clinico delle cure primarie (verifica tra pari, utilizzo di linee guida ecc. nell'ambito del gruppo) e maggiore efficacia nella responsabilizzazione finanziaria (gestione del budget).

1.2 Continuità assistenziale

1.2.1 Introduzione

Il Servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) garantisce l'assistenza medica di base a domicilio per situazioni che rivestono carattere di urgenza e che si verificano durante le ore notturne, nei giorni festivi e negli orari pomeridiani dei giorni prefestivi. Il servizio è, infatti, attivo dalle ore 20.00 alle ore 8.00 di tutti i giorni feriali e dalle ore 10.00 del sabato o di altro giorno prefestivo alle ore 8.00 del lunedì o comunque del giorno successivo al festivo. Il medico di continuità assistenziale deve assicurare il pronto intervento urgente, anche a domicilio, nelle ore in cui il medico di famiglia non è reperibile, quando richiesto direttamente dall'utente oppure dalla centrale operativa. Questi può prescrivere farmaci, ma solo quelli indicati per terapie d'urgenza e limitatamente alla quantità sufficiente a coprire un ciclo di terapia non superiore a 72 ore, può rilasciare certificati di malattia per i lavoratori, esclusivamente nei casi di assoluta necessità e per un periodo massimo di tre giorni, può proporre il ricovero ospedaliero e, quando ne ravvisi la necessità, deve direttamente allertare il servizio di urgenza ed emergenza territoriale per l'intervento del caso.
In alcune ASL, tenuto conto della peculiarità degli interventi di natura pediatrica, è stato attuato anche il Servizio di continuità assistenziale pediatrica (guardia medica pediatrica).

1.2.2 Presentazione dei dati

Nell'anno 2003 erano presenti in Italia ogni 100.000 abitanti 5,4 Punti di Guardia Medica per un totale di 3.069 Punti per la continuità assistenziale, che veniva garantita da 13.876 Medici titolari pari a 24,2 medici ogni 100.000 abitanti che effettuavano 8.651.746 visite pari a 150,9 ogni 1.000 abitanti.
Va fatto rilevare che queste medie a livello regionale hanno valori molto diversi, infatti ogni 100.000 abitanti si passa dai 4,7 medici della Provincia Autonoma di Bolzano ai 71,9 della Basilicata; così come i punti di guardia medica ogni 100.000 abitanti che vanno dai 2,4 del Lazio ai 23,3 della Basilicata; ed infine il numero di visite per 1.000 abitanti che vanno dalle 28,5 del Lazio alle 440,0 della Calabria (**Tabella 1**).

1.2.3 Analisi quantitativa

Il confronto dei dati relativi agli ultimi 6 anni (1998-2003) mostra che, mentre è diminuito di circa il 15% il numero dei Medici titolari, passando rispettivamente dai 16.318 dell'anno 1998 ai 13.876 del 2003, le visite effettuate sono aumentate di circa il 64% passando da 5.267.993 dell'anno 1998 a 8.651.746, restando pressoché costante il numero dei Punti di Guardia Medica: 5,3 ogni 100.000 abitanti nell'anno 1998, 5,4 ogni 100.000 abitanti nel 2003 (**Tabella 2**).

1.2.4 Valutazione critica

Pur rimanendo invariati i Punti di guardia medica si è verificato un crescente ricorso all'assistenza in continuità assistenziale che mostra l'esigenza di rimodulare l'erogazione di tale servizio in coerenza con il PSN 2003-2005.

1.2.5 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

Attualmente l'attività di continuità assistenziale è garantita nell'ambito del distretto ai sensi dell'art. 3-quinquies, comma 1, lettera a) del D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche ed integrazioni.
L'attività di continuità assistenziale fa parte del programma delle attività distrettuali di cui all'art. 14 del D.P.R. 270/00, concernente il Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ed è anche prevista la partecipazione dei medici addetti all'attività di continuità assistenziale nell'ambito delle équipes territoriali sperimentali (art.15 del D.P.R. 270/00), finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attività dei singoli operatori tra loro e con gli obiettivi ed i programmi distrettuali. Alla continuità assistenziale è dedicato tutto il capo III del citato D.P.R. 270/00 partendo dal presupposto, contenuto all'art. 48, che le attività di continuità assistenziale sono garantite da medici convenzionati. Lo stesso articolo prevede la possibilità che le attività sopra citate possano essere assicurate altre-

Tabella 1 **Attività di continuità assistenziale relativa all'anno 2003**

Regione	Punti di Guardia Medica	Medici Titolari	Visite Effettuate	Popolazione Residente	Medici per 100.000 ab	Punti per 100.000 ab	Visite per 1.000 ab
Piemonte	139	436	547.130	4.231.334	10,3	3,3	129,3
Valle d'Aosta	8	22	7.664	120.909	18,2	6,6	63,4
Lombardia	200	1.090	855.675	9.108.645	12,0	2,2	93,9
Prov. Auton. Bolzano	8	22	11.893	467.338	4,7	1,7	25,4
Prov. Auton. Trento	32	109	79.790	483.157	22,6	6,6	165,1
Veneto	110	797	466.325	4.577.408	17,4	2,4	101,9
Friuli Venezia Giulia	43	159	117.253	1.191.588	13,3	3,6	98,4
Liguria	30	154	92.650	1.572.197	9,8	1,9	58,9
Emilia Romangna	156	568	456.299	4.030.220	14,1	3,9	113,2
Toscana	167	788	477.507	3.516.296	22,4	4,7	135,8
Umbria	44	244	119.526	834.210	29,2	5,3	143,3
Marche	209	336	465.978	1.484.601	22,6	14,1	313,9
Lazio	123	610	146.670	5.145.805	11,9	2,4	28,5
Abruzzo	68	327	211.439	1.273.284	25,7	5,3	166,1
Molise	45	209	73.057	321.047	65,1	14,0	227,6
Campania	245	1.916	1.101.066	5.725.098	33,5	4,3	192,3
Puglia	244	1.051	533.855	4.023.957	26,1	6,1	132,7
Basilicata	139	429	160.385	596.821	71,9	23,3	268,7
Calabria	356	1.308	883.307	2.007.392	65,2	17,7	440,0
Sicilia	513	2.258	1.481.331	4.972.124	45,4	10,3	297,9
Sardegna	190	1.043	362.946	1.637.639	63,7	11,6	221,6
ITALIA	**3.069**	**13.876**	**8.651.746**	**57.321.070**	**24,2**	**5,4**	**150,9**

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

Tabella 2 **Confronto tra le attività di continuità assistenziale negli anni 1998-2003**

Anno di riferimento	Medici Titolari	Punti di Guardia Medica	Visite Effettuate	Medici per 100.000 ab	Punti di guardia medica per 100.000 ab	Visite per 1.000 ab
1998	16.318	3.052	5.267.993	28,3	5,3	91,5
1999	15.023	3.014	7.443.601	26,1	5,2	129,2
2000	14.501	3.066	8.551.569	25,1	5,3	148,3
2001	13.709	2.975	9.001.491	23,7	5,1	155,6
2002	14.322	3.016	8.959.584	25,1	5,3	157,2
2003	13.876	3.069	8.651.746	24,2	5,4	150,9

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

sì, in zone territoriali definite, da gruppi di medici, anche organizzati in forme associative, convenzionati per la medicina generale per gli assistiti che hanno effettuato la scelta in loro favore.

La continuità assistenziale si estende anche agli assistibili a carico dei pediatri ai sensi dell'art. 43 del D.P.R. 272/2000.

1.2.6 Indicazioni per la programmazione

I modelli organizzativi innovativi per le cure primarie quali ad esempio le équipes territoriali e le UTAP, consentiranno un'ulteriore evoluzione della continuità assistenziale finalizzata a soddisfare i bisogni di salute delle persone non solo attraverso una continuità "temporale" ma anche in maniera più mirata e attenta alla storia sanitaria del singolo individuo.

2 Assistenza territoriale

2.1 Introduzione

Obiettivo dell'assistenza sanitaria territoriale, che deve essere garantita dal distretto della ASL, è quello di promuovere la salute mediante attività di educazione alla salute, medicina preventiva, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello. Suoi settori di intervento possono, pertanto, considerarsi: l'assistenza offerta dalla medicina di base, il servizio di continuità assistenziale, le cure domiciliari, l'assistenza agli anziani e ai disabili. Le cure domiciliari, oltre che con l'assistenza dei medici e pediatri di famiglia e della continuità assistenziale (ex guardia medica), vengono effettuate attraverso forme differenziate di assistenza domiciliare integrata con l'apporto di diversi operatori (infermieri, fisioterapisti, specialisti, servizi sociali ecc.). Queste forme di assistenza sono attivate e ruotano attorno alla figura del medico di famiglia che rappresenta il principale riferimento per le cure di base del cittadino. Esse sono attivabili solo per pazienti impossibilitati, per ragioni cliniche, a recarsi nelle sedi ambulatoriali. Secondo gli indirizzi e le modalità operative definite a livello regionale, il medico di medicina generale (MMG) svolge forme di assistenza domiciliare quali: l'Assistenza domiciliare integrata (ADI), l'Assistenza domiciliare programmata nei confronti di pazienti non ambulabili (ADP) e l'Assistenza domiciliare nei confronti di pazienti in residenze protette e collettività (ADR).
L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è un modello assistenziale – cui possono corrispondere servizi territoriali specifici – deputato a soddisfare le esigenze di quei soggetti che, in condizioni di non autosufficienza parziale o totale, necessitano di un'assistenza di natura complessa e continuativa di tipo sociosanitario.
Quindi le principali prestazioni che caratterizzano l'ADI sono di natura sanitaria e socio-assistenziale rese al domicilio del paziente in forma coordinata e integrata, secondo piani individualizzati di assistenza derivanti da valutazioni multidimensionali.
Si tratta di un servizio, organizzato dalle ASL in collaborazione con i Comuni, che permette, pertanto, ai cittadini che ne hanno bisogno, di essere assistiti a casa con programmi personalizzati evitando il ricovero ospedaliero o in istituto. È destinata a pazienti portatori di gravi patologie che si trovano in condizioni di notevole dipendenza sanitaria che richiedono una elevata intensità di assistenza da parte di più figure professionali chiamate ad operare in integrazione tra di loro (medico, infermiere, assistente sociale, fisioterapista, specialista). L'attivazione del servizio viene proposta da una delle figure professionali che assistono il paziente. Il MMG ha la responsabilità clinica del paziente e predispone il programma di assistenza che deve prevedere le scadenze degli accessi di ciascun operatore interessato, i farmaci da erogare direttamente, i sussidi (pannoloni, cateteri vescicali, garze, sacche per incontinenti ecc.) ed i presidi (carrozzine, letto ortopedico, materasso antidecubito ecc.) di cui il paziente ha bisogno.
L'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) prevede che il MMG con cadenza programmata (settimanale, quindicinale o mensile) effettui visite ed altri eventuali interventi sanitari a domicilio di pazienti non ambulabili che necessitano di controlli periodici. La proposta, motivata, di attivazione viene formulata dal MMG (con precisazione del numero di accessi) e presentata al Distretto sociosanitario.
L'Assistenza Domiciliare Residenziale (ADR) si distingue in assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale ed è erogata a favore di disabili, persone con problemi psichiatrici, persone affette da HIV, anziani non autosufficienti. Essa è disciplinata nell'ambito degli accordi rimessi alla trattativa regionale.

2.2 Presentazione dei dati

I casi trattati in ADI nell'anno 2003 a livello nazionale sono stati 315.842 con una media di 551 casi per 100.000 abitanti. Va comunque evidenziato che a livello di macroregioni, la media di casi trattati ogni 100.000 abitanti è simile (Nord 687, Centro 644 e Sud 672). Fanno eccezione