

Considerazioni in merito all'eventualità di periodiche fasi di instabilità economica, a partire da quella in essere, unitamente alle già rappresentate criticità di natura epidemiologico-demografica, portano a porre particolare attenzione, nell'ambito del Libro Bianco, sul tema della sostenibilità, in quanto prerequisito essenziale per garantire coesione sociale senza ostacolare la crescita. Viene quindi posta in evidenza la necessità della promozione di una pluralità di fonti e di modalità di finanziamento, anche allo scopo di organizzare, in termini virtuosi, una spesa privata conseguente agli inevitabili – e necessariamente crescenti – limiti dell'offerta pubblica.

Il nuovo modello ha, quindi, quale base fondante, un "sistema multipilastro" nel quale – anche in considerazione della prospettiva di incidenza crescente delle spese di finanziamento rispetto al PIL, frutto dell'effetto combinato dell'invecchiamento della popolazione e della bassa crescita economica – è necessario perseguire un *mix* equilibrato tra finanziamento a "ripartizione" – basato sulla pressione fiscale e contributiva – e finanziamento a "capitalizzazione reale", attraverso nuove forme integrative di assistenza sanitaria e socio sanitaria, anche eventualmente rivisitando lo strumento delle società di mutuo soccorso. Di conseguenza viene rappresentata, in prima istanza, la necessità della costituzione di un apposito strumento finanziario dedicato alle persone non autosufficienti che, considerate le limitate disponibilità della finanza pubblica, non può che essere costruito mediante il combinarsi di risorse pubbliche e private.

Da tali argomentazioni discende il concetto di "universalismo selettivo" anch'esso introdotto nel Libro Bianco, il quale sancisce il principio della parità dei cittadini nell'accesso alle risorse e, allo stesso tempo, pone i presupposti per la sostenibilità finanziaria ed il

controllo della qualità dei servizi. L'universalismo selettivo valorizza la responsabilità degli individui e la capacità dell'attore pubblico di stabilire ordini di priorità e dosare le risorse, per mantenere il più possibile ampia la platea delle prestazioni e dei beneficiari, nel rispetto degli equilibri finanziari e senza introdurre discontinuità nei trattamenti. Tariffazioni e compartecipazione ai costi sono due strumenti utili alla realizzazione dell'universalismo selettivo. Se graduata in funzione delle condizioni economiche e socio-sanitarie dei beneficiari e della natura delle prestazioni richieste, la compartecipazione promuove efficienza senza incidere eccessivamente sui redditi e senza intaccare la finalità redistributiva e assistenziale degli interventi.

Nella stessa direzione dell'universalismo selettivo si pone la riforma istituzionale sul federalismo fiscale, nell'ambito della quale è di estrema rilevanza il passaggio dal finanziamento basato sulla spesa storica, a quello basato sui costi standard. Nella prospettiva, necessariamente da perseguire, di un "federalismo sostenibile e responsabile", le risorse necessarie a finanziare il complesso delle prestazioni sanitarie ricomprese nei livelli essenziali sono generate, Regione per Regione, da un *mix* di fonti. In coerenza con il pensiero espresso, il Libro Bianco pone anche la necessità di un ripensamento dei LEA, affinché divengano strumento in grado di conciliare la sostenibilità del sistema, i diritti del cittadino, l'accesso ai servizi, l'appropriatezza e sicurezza delle cure, e trovino altresì una dimensione quantitativa oltre che qualitativa, correlata alle migliori pratiche diagnostiche e terapeutiche, alla medicina basata sull'evidenza, a processi di *benchmarking*, almeno interregionali, sui costi delle principali funzioni assistenziali. In tal senso viene proposto lo sviluppo di nuove modalità gestionali, impronta-

te a principi manageriali, che responsabilizzino nelle scelte economiche, assistenziali, didattiche e di ricerca tutti i soggetti interessati, ed in grado di premiare e incentivare le realtà più virtuose.

Il Libro Bianco si prefigge la finalità di contribuire allo “scambio” virtuoso tra i diversi portatori di interes-

se, con lo scopo di promuovere la condivisione di un nuovo modello di welfare, cui far seguire la definizione di piani d’azione specifici per i diversi ambiti di riforma, che tuttavia solo in un quadro di stabilità della finanza pubblica e di ripresa di produzione della ricchezza, sarà possibile realizzare.



Appropriatezza e programmazione ospedaliera

Appropriatezza assistenziale e dimensionamento dell'offerta ospedaliera

Nella logica di reingegnerizzazione del sistema è necessario che si attivino azioni sinergiche che, nel perseguire specifici obiettivi, concorrano vicendevolmente a “facilitare” il raggiungimento dei target relativi ad altri filoni di attività.

In questo senso e, specificatamente in merito alla tematica della rimodulazione dell'offerta ospedaliera, risulta evidente come, al fine di rendere “sostenibili” le necessarie politiche di contrazione del numero di posti letto per abitanti, è necessario che si “induca” l'utilizzo di modelli assistenziali virtuosi che “spostino” in regimi diversi da quelli del ricovero la diagnosi e cura e riabilitazione di specifiche patologie attraverso l'attivazione di processi di “continuità assistenziale” che colleghino fortemente l'assistenza ospedaliera a quella territoriale. In tal senso, si dovrà proseguire sulla strada della ricerca dell'appropriatezza dei ricoveri mediante azioni mirate ad evidenziare e “contrastare” atteggiamenti clinici e gestionali non coerenti con tale principio, così come le Regioni – soprattutto quelle in forte difficoltà economica – saranno impegnate a razionalizzare le reti ospedaliere secondo principi di appropriatezza dell'offerta, adeguamento qualitativo della stessa, efficienza gestionale e congruità dimensionale.

A questo fine diventano strategici interventi sull'appropriatezza clinica ed organizzativa nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere, anche ai fini della remunerazione dei relativi DRG (ripor-

tati negli allegati al vigente DPCM sui LEA), così come assume importanza la revisione degli standard attualmente definiti normativamente e corrispondenti a 4,5 posti letto per mille abitanti e ad un tasso di ospedalizzazione pari a 180 per mille, compreso il day hospital.

Altrettanto importante è individuare modalità e strumenti che consentano la valutazione delle azioni intraprese e una crescita omogenea sul territorio nazionale dei sistemi assistenziali ospedalieri.

L'appropriatezza dei ricoveri

Sulla base delle esperienze maturate dalle Regioni nel disciplinare le modalità di erogazione dei 43 DRG a rischio di in appropriatezza individuati nel DPCM LEA del 2001, le Regioni assicurano *entro il triennio 2009-2011* l'individuazione di percorsi virtuosi per l'erogazione in regime appropriato dei 107 DRG di cui all'allegato 6A del nuovo DPCM LEA.

Il percorso individuato parte dall'analisi delle migliori performance registrate, in termini di massimizzazione delle quote di prestazioni erogate in regime di Day Hospital o ambulatoriale tra le Aziende sanitarie regionali; la definizione di un obiettivo standard a cui trarre l'organizzazione dell'attività delle restanti Aziende, fermo restando l'esercizio dell'attività in regime di sicurezza del paziente e di appropriatezza clinica, anche adeguando i propri strumenti tariffari di remunerazione delle prestazioni; la verifica e monitoraggio della attività effettuata e del raggiungimento degli obiettivi individuati.

Al termine del triennio la verifica a livello nazionale degli standard individuati e dei risultati raggiunti consentirà di definire parametri di riferimento ed obiettivi a livello nazionale a cui far adeguare le Regioni in cui il processo ha mostrato di trovare maggiori ostacoli applicativi.

Processo analogo viene attivato per la corretta erogazione delle prestazioni di cui all'allegato 6B in regime ambulatoriale.

Fermo restando che con atti coerenti con apposite intese Stato-Regioni si possano integrare e/o modificare l'elenco del DRG di cui l'allegato 6B in relazione allo sviluppo delle conoscenze in tema di modalità organizzative e cliniche dell'erogazione assistenziale.

In materia di appropriatezza, è utile ricordare anche il tema specifico della qualità di codifica, ciò al fine di una corretta compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera, e quindi di una adeguata rappresentazione del contenuto del ricovero. A tale proposito si ritiene necessario adeguare, in sede di tavoli tecnici Stato-Regioni, le linee guida nazionali (le ultime sono state approvate con l'accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002) in materia di corretta codifica della SDO, quale utile riferimento per le Regioni. Tale attività risulta prerequisite essenziale per poter disporre delle informazioni necessarie alla definizione di politiche più ampie di programmazione della rete ospedaliera, sia a livello nazionale che regionale.

Risulta infine necessario che il percorso intrapreso verso una maggiore appropriatezza organizzativa e di codifica delle prestazioni di ricovero sia accompagnato da adeguati sistemi di controllo adottati da ciascuna Regione e opportunamente dettagliati all'interno di uno specifico Piano Attuativo sul tema. Ai tavoli di confronto Stato-Regioni rimane in capo la valutazione delle proposte regionali, individuandone le migliori e indican-

dole quali "best practice" e riferimento per altre Regioni.

Riferimenti per il dimensionamento delle reti ospedaliere

Solo mediante azioni incisive si potrà concretamente avviare il non più procrastinabile processo di riduzione del numero di posti ogni mille abitanti, processo che passa attraverso la riduzione del tasso di ospedalizzazione adeguando la complessiva realtà nazionale all'evidenza tecnica e programmatica delle realtà regionali più avanzate.

In riferimento al primo punto l'obiettivo da porsi è quello di ridurre verso i 3 posti letto ordinari per acuti ogni mille abitanti il parametro di riferimento nazionale, cui aggiungere 0,7-1 posti letto per mille abitanti, riferiti alle attività di riabilitazione, post acuzie e neonati sani; all'interno del parametro complessivo così determinato, deve essere assicurata una dotazione di letti di day hospital pari almeno al 10% dell'indice complessivo *con l'obiettivo di raggiungere nel periodo almeno il 25 %*.

È evidente che al fine di rendere tale parametro strutturale adeguato al "sistema della domanda nazionale" è necessario che si adottino le politiche utili a consolidare su tutto il territorio nazionale modelli assistenziali finalizzati alla riduzione al ricorso al ricovero ordinario per acuti misurabile mediante la contrazione del tasso di ospedalizzazione che dovrebbe attestarsi intorno a *130 per mille abitanti*.

Un fattore di correzione opportuno potrebbe essere costituito dalla ponderazione dei suddetti indici sulla base delle differenze regionali della popolazione di riferimento in termini di età e di espressione del bisogno.

Entrambi i parametri vanno riferiti alla popolazione residente in ogni singola Regione; le Regioni potranno modificare – in aumento o in diminu-

zione – la propria dotazione di posti letto ordinari in relazione al dato medio di mobilità – attiva o passiva – degli ultimi 3 anni, fermo restando gli standard nazionali con oscillazioni di max del 10 %.

Le politiche ed azioni da ideare, programmare, organizzare e realizzare al fine di perseguire in modo efficace i macro obiettivi di sistema sopra delineati richiedono interventi che per natura e portata devono essere “pensati” e realizzati in un orizzonte temporale di “realistico” e “socialmente sostenibile” *compreso tra i 5 ed i 10 anni*.

La ridefinizione della rete dell’offerta ospedaliera, ad esempio, potrà essere concretamente e completamente avviata solo quando si saranno create le condizioni strutturali (SSN), professionali (professionisti) e culturali (utenti) propedeutiche a rendere concretamente erogabili e socialmente accettabili percorsi diagnostico terapeutici in regimi assistenziali differenti da quelli di ricovero.

Si ritiene che misura dell’avvio di politiche rigorose di riordino delle reti ospedaliere possa essere quella di fissare, soprattutto per le Regioni che attualmente registrano indici considerevolmente superiori al target individuato, nel triennio 2009-2011 l’obiettivo intermedio di raggiungere i 3,3 posti letto per acuti + 0,7 per lungo degenza e riabilitazione ogni mille abitanti ed il tasso di ospedalizzazione del 145 per mille abitanti.

Condizione pregiudiziale per l’avvio e l’attuazione dei programmi regionali di riordino ed il perseguimento di una assistenza ospedaliera efficiente e qualificata è lo stanziamento nel periodo di un valore congruo di risorse finanziarie per l’ammodernamento tecnologico ed edilizio dei presidi, nonché l’attuazione di interventi sostitutivi che consentano la semplificazione delle reti ospedaliere.

Al fine di favorire tale processo di riorganizzazione con apposite intese

Stato Regioni, si provvederà entro il 2009 alla definizione in forma univoca e condivisa di alcune tipologia di posti letto (dialisi, hospice ospedalieri, DH, etc.) da intendersi incluse o escluse dal calcolo di indici di posti letto con l’obiettivo di raggiungere una omogeneità nella specificazione degli indici di posti letto.

Sistemi tariffari

L’applicazione del sistema tariffario riferito alle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale deve rappresentare un obiettivo strategico immediato da parte di tutte le Regioni: tutta la produzione erogata da parte delle strutture di ricovero e cura accreditate, pubbliche e private, deve essere valorizzata, applicando alla stessa le tariffe in vigore sul territorio regionale. Nel valorizzare l’attività dei singoli presidi ospedalieri, o articolazioni organizzative degli stessi, le Regioni potranno utilizzare metodologie ‘a budget’ complessivi purché siano chiari e trasparenti i criteri - e la loro applicazione - attraverso cui vengono attribuite risorse aggiuntive per funzioni c.d. non tariffabili (partecipazione alla rete dell’emergenza-urgenza, didattica, ricerca, centri di riferimento etc.).

In realtà, anche recenti ricerche dimostrano come la remunerazione a tariffa/DRG sia quantitativamente e qualitativamente di scarsa applicazione in molte Regioni italiane, con il risultato che non esistono dati economici affidabili di valutazione delle strutture ospedaliere.

Costituisce obiettivo del sistema quello di pervenire entro tempi rapidi alla generalizzazione dell’uso del sistema tariffario, anche per presidi ospedalieri pubblici delle Aziende sanitarie territoriali non remunerati a tariffe, per la valorizzazione della produzione di presidio e quindi la diffusione di sistemi gestionali budgettari al fine di

responsabilizzare le direzioni tecnico professionali, introdurre sistemi capillari di sistemi di gestione, realizzare i principi di un reale Governo Clinico. Per raggiungere detto scopo, parallelamente al processo di valorizzazione tariffaria delle prestazioni di ricovero, le Regioni dovranno impegnarsi al completamento del processo di effettiva adozione ed operatività in ogni Azienda sanitaria di un completo sistema di contabilità analitica per centri di costo.

Tale obiettivo va perseguito entro il triennio 2009-2011 e deve costituire adempimento specifico nel contesto della valutazione dell'erogazione dei LEA.

Valutazione dei processi e dei risultati

Al fine di attuare, monitorare e *valutare* i processi di razionalizzazione delle reti regionali ospedaliere, il Ministero e le Regioni si impegnano ad

individuare strumenti efficaci di valutazione delle linee operative messe in atto, dei risultati raggiunti in termini di risorse impiegate e esiti perseguiti in termine di risposta ai bisogni, appropriatezza clinica ed organizzativa, soddisfazione dei cittadini. La definizione di tali strumenti e l'individuazione, tra i soggetti della governance nazionale del sistema (Agenzie, Istituti ed altro), della titolarità della funzione, renderà possibile attuare utili confronti di esperienze e risultati al fine di rendere patrimonio comune e generalizzare le pratiche verificate come virtuose e corrispondenti alle tendenze di sviluppo dei sistemi sanitari a livello nazionale ed internazionale. A questo fine sarà anche necessario sperimentare l'individuazione di strumenti di classificazione innovativi dell'attività che consentano la valutazione contestuale ed unitaria del valore finanziario della produzione nelle diverse forme di erogazione (ricovero ordinario, DH, riabilitazione), nonché la complessità ed appropriatezza della stessa.

3 Valutazione dei costi standard dei livelli essenziali di assistenza

Valutazione dei costi standard dei livelli essenziali di assistenza

La legge 5 maggio 2009, n. 42, attuativa delle disposizioni in materia di federalismo fiscale contenute nell'articolo 119 della Costituzione, prevede l'adozione, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge, dei decreti legislativi attuativi della stessa, di cui almeno uno entro dodici mesi. La stessa legge prevede inoltre che il Governo nell'ambito del disegno di legge finanziaria, previo confronto nella sede della Conferenza Unificata, proponga con il *Patto di convergenza*, norme di coordinamento dinamico della finanza pubblica per realizzare l'obiettivo della convergenza dei costi e dei fabbisogni standard dei vari livelli di governo, per i quali, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, si prevede l'attivazione di un "Piano per il conseguimento degli obiettivi di convergenza".

Affrontare la fase di concreta applicazione della normativa sopra richiamata ha comportato una riflessione sul tema dei costi standard che fa emergere i seguenti elementi.

In termini teorici il costo standard riguarda il costo di produzione di un bene o un servizio in condizioni di efficienza ottimali, considerando come non ottimali i costi della produzione che man mano si discostano dal costo standard. Proporsi l'obiettivo di valutare, per trarne uno standard, i costi effettivamente registrati nelle varie realtà osservate, presuppone che i prodotti (output) per essere confrontabili sotto il profilo dei loro costi di produ-

zione (input) siano omogenei in tutte le loro caratteristiche.

Ciò comporta che un'adeguata definizione dei costi standard presuppone che nelle singole Regioni siano stati implementati sistemi di controllo e di contabilità analitica e colmata ogni eventuale carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali. Nonostante il fatto che il sistema di contabilità del SSN sia notevolmente evoluto e standardizzato rispetto ad altri settori della Pubblica Amministrazione parimenti caratterizzati da un forte decentramento, tali carenze, in molte realtà regionali, ancora oggi sono rilevanti e determinano, in alcune realtà, disallineamenti tra dati gestionali e registrazioni contabili, inficiando così la determinazione e l'applicazione del costo standard, per cui non è detto che i costi (input) siano correttamente attribuiti allo specifico output che hanno generato e siano facilmente reperibili. D'altra parte un costo medio non permette di risalire alle singole funzioni cui si riferisce, ma alla prestazione sommariamente intesa.

I servizi sanitari vengono prodotti (o garantiti) in base a caratteristiche e modalità che spesso sono peculiari delle singole Regioni, come interazione tra una specifica domanda sanitaria e caratteristiche organizzative della struttura di offerta: le Regioni, infatti, godono di ampia autonomia nella fissazione del modello organizzativo assistenziale. L'offerta dei servizi sanitari e il loro utilizzo da parte di una popolazione è correlata alle caratteristiche proprie della popolazione considerata.

Una variabilità nei costi dei servizi sanitari tra le varie realtà regionali non dipende solo dall'efficienza allocativa e realizzativa, ma anche da fattori interferenti, quali:

- la diversa composizione per età della popolazione, da cui dipende un ricorso più o meno accentuato ai servizi sanitari;
- la diversità dei contesti economico-sociali regionali che influenza il rapporto domanda/offerta di servizi sanitari e la diversa composizione della spesa sanitaria totale rispetto alle due componenti: spesa pubblica e spesa privata;
- la possibilità da parte delle Regioni di maggiori dimensioni, geografiche e di popolazione, di avvalersi di economie di scala meno accessibili alle Regioni di minori dimensioni.

Valutati i costi, nella definizione del fabbisogno finanziario delle singole Regioni occorre tenere conto, oltre che delle caratteristiche della popolazione, anche delle caratteristiche del territorio (contesto socio-economico e morfologia del territorio) e delle connesse peculiarità dei servizi offerti.

Il sistema di finanziamento attualmente applicato prescinde dal riferimento della spesa storica atteso che, già con l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, è stato garantito il passaggio da un sistema di finanziamento della spesa sanitaria agganciato alla spesa storica (in cui lo Stato è intervenuto ripianando la spesa a piè di lista) ad un sistema agganciato ad un livello di fabbisogno valutato come rapporto ottimale rispetto al PIL.

Con l'Accordo del 2001 è stato inoltre sancito un ulteriore principio che, nel tempo, si è rivelato di assoluta efficacia. Cioè il fatto che nell'assegnazione annuale delle risorse alle singole Regioni, una quota di esse (inizialmente fissata al 4-5% e poi fissata al 3%) viene considerata premiata e quindi effettivamente erogata solo

a seguito di una verifica annuale che attiene sia il mantenimento dell'equilibrio di bilancio che l'erogazione effettiva dei Livelli essenziali di assistenza.

Da ultimo anche il Patto sulla Salute del 2006 ha posto in risalto la volontà di dare certezza di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale su un arco pluriennale, confermando il meccanismo di crescita del finanziamento collegato al PIL per renderlo adeguato alla maggiore ricchezza prodotta dal Paese e compatibile con la programmazione finanziaria del Paese.

Ne consegue che Governo e Regioni hanno ritenuto necessario individuare un livello di fabbisogno predefinito al cui finanziamento concorre lo Stato nel rispetto della piena erogazione dei LEA e compatibile con le risorse finanziarie pubbliche rese disponibili, nel rispetto degli impegni assunti dallo Stato a livello europeo in materia di finanza pubblica.

Ciò anche nell'ottica di tenere separati i diversi ruoli di responsabilità relativamente al superamento dei limiti di spesa prefissati.

Le logiche di finanziamento finora seguite prescindono dalla loro puntuale parametrizzazione alla verifica dell'effettivo costo dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza. Una loro valutazione è stata operata solo in termini marginali in occasione della modifica dei LEA dettata dall'esigenza di introdurre nuove prestazioni nell'ambito dei LEA, per le quali si è reso necessario valutarne l'impatto finanziario aggiuntivo.

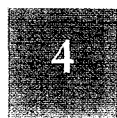
Nel quadro sopra delineato, per l'attuazione della legge 5 maggio 2009, n. 42, Governo e Regioni sono impegnate in tavoli tecnici interistituzionali che analizzano le componenti della spesa sanitaria per definire i *costi standard* dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie.

Per contribuire ai lavori in corso il Ministero ha attivato alcune linee di

approfondimento tematico, in particolare rivolte a:

- l'individuazione delle situazioni regionali definibili "*best practice*" sotto il profilo di:
 - l'erogazione delle prestazioni dei diversi livelli di assistenza sulla base di indicatori selezionati, in base a criteri di appropriatezza ed efficienza allocativa;
 - l'utilizzo dei fattori produttivi
- il conseguente calcolo dei rispettivi costi regionali, da utilizzare per la successiva stima di costi standard, per orientare la fissazione dei livelli di fabbisogno finanziario nelle singole Regioni, sulla base del fabbisogno nazionale fissato in sede di programmazione economico finanziaria nazionale.

adoperati nella produzione di servizi sanitari (personale, beni e servizi, generali e specifici).



Dalla continuità assistenziale all'assistenza h24

Il PSN 2006-2008 aveva considerato quale importante ambito di rinnovamento del SSN la riorganizzazione delle Cure Primarie attraverso un processo di riassetto organizzativo e funzionale, prevedendo un maggiore coinvolgimento dei MMG (Medici di Medicina Generale) e dei PLS (Pediatri di Libera Scelta) nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli all'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio, al fine di garantire una più efficace risposta ai nuovi bisogni di salute e di assistenza. La migliore aspettativa di vita, l'invecchiamento della popolazione con il conseguente incremento delle malattie croniche e degenerative che caratterizzano la società attuale, infatti, vedono l'esigenza di riorganizzare il sistema delle Cure Primarie per consentire l'individuazione di percorsi socio-assistenziali sempre più individualizzati volti a soddisfare i bisogni del crescente numero di malati con patologie gravemente invalidanti, non più ammessi negli ospedali o da questi dimessi molto precocemente perché " clinicamente stabili". Lo sviluppo quindi della medicina associativa è diventato lo strumento attuativo della programmazione sanitaria e momento organizzativo non solo della medicina generale ma anche delle altre funzioni socio-sanitarie presenti nel Distretto per l'erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di Assistenza.

Correlatamente si è accelerato il processo di cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale che dovrà pertanto perdere le caratteristiche di *generalismo* per diventare sempre di

più luogo di trattamenti specializzati e tecnologicamente supportati per la cura delle condizioni acute, in ambienti intensivi e subintensivi.

È cresciuta poi la consapevolezza della necessità di una forte integrazione tra il sistema delle cure ospedaliere con il sistema delle cure primarie, anche attraverso l'attivazione di cure domiciliari in ambiente protetto (ospedale di comunità).

In questa situazione la prospettiva è quella della piena realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie al fine di facilitare la continuità assistenziale tra i diversi livelli (preventivo, ospedaliero, territoriale) migliorando in particolare le modalità di comunicazione tra ospedale e MMG in relazione al ricovero dei pazienti, alla dimissione protetta, all'attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi, grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici per lo scambio di informazioni cliniche e per l'attuazione di procedure di teleconsulto e telemedicina.

Anche lo sviluppo del day hospital e della day surgery e l'estensione delle varie forme di dimissioni protette saranno fortemente condizionati dalla capacità del territorio di farsi carico delle necessità socio-assistenziali di pazienti sottoposti a procedure/interventi appropriati in ricovero ospedaliero brevissimo o breve, i quali, per particolari esigenze assistenziali, necessitano successivamente di interventi propri del livello territoriale (ad es. terapia del dolore, controllo di sintomi associati a procedure, nausea, vomito etc.). In questo settore, il raccordo territorio-ospedale non potrà

che incrementare l'appropriatezza del regime di ricovero.

Un'ulteriore rilevante prospettiva è quella relativa al fatto che le forme aggregate di assistenza primaria consentono un maggior raccordo con le strutture coinvolte nelle attività di prevenzione, facilitando la realizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Prevenzione e aumentando l'adesione degli assistiti.

La riorganizzazione delle cure primarie è destinata ad avere importanti ricadute anche sulla qualità della risposta ai bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche e, in qualche caso soprattutto, determinanti sociali, in cui spesso la mancata presa in carico congiunta dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario. Essa consentendo di garantire, con il coinvolgimento dei Medici di Continuità Assistenziale, la risposta assistenziale 7 giorni su 7 per 24 ore al giorno, potrà costituire un punto di riferimento certo per il cittadino che vede i suoi bisogni riconosciuti ed affrontati nell'ambito di un lavoro di gruppo.

Incrementare la capacità di risposta alla richiesta di effettiva continuità dell'assistenza da parte dei cittadini, attraverso quelli che si vanno definendo "Servizi h24", rappresenta, pertanto, in questo momento una forte priorità, cui è anche legato il successo degli interventi finalizzati ad incanalare la quota di domanda assistenziale oggi rappresentata dagli accessi impropri ai punti ospedalieri di Pronto Soccorso (codici bianchi e verdi) verso risposte più appropriate.

In questo quadro, l'impegno comune che Governo e Regioni dovranno sviluppare è non solo quello di allargare le esperienze associative già avviate quali le UTAP e le realizzazioni della "Casa della salute", con le necessarie varianti nelle realtà poco urbanizzate, ma anche quello di integrarle attraverso l'individuazione di

nuove modalità organizzative sul versante della continuità assistenziale.

Su tali ambiti, un importante investimento è quello che si sta realizzando con l'allocazione di notevoli risorse nell'ambito dell'utilizzo dei fondi per gli obiettivi di PSN. Sono state condivise linee guida finalizzate all'attivazione, da parte delle Regioni, di progetti sperimentali che, attraverso la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, consentano di garantire al cittadino un'assistenza sanitaria continuativa durante le 24 ore per 7 giorni alla settimana evitando così il ricorso eccessivo ed improprio alle strutture di emergenza. Le Regioni pertanto sono impegnate nella predisposizione di progetti finalizzati a realizzare o potenziare lo sviluppo di modalità organizzative che consentano la riduzione degli accessi impropri alle strutture di emergenza sanitaria ed il miglioramento della rete assistenziale territoriale, quali:

- Ambulatori per la gestione da parte dei MMG e dei PLS dei codici di minore gravità (codici bianchi) presso i PS dei presidi ospedalieri dove si registra frequentemente un iperafflusso di utenti.
- Punti di Primo Intervento in aree territoriali disagiate o prive di presidi sanitari, per garantire una prima risposta sanitaria all'emergenza-urgenza e a situazioni di minore gravità.
- Presidi ambulatoriali distrettuali, gestiti da Medici di Medicina Generale tra loro associati e da Medici di Continuità Assistenziale, quale punto di riferimento dell'assistenza territoriale per il cittadino che deve identificare un luogo fisico dove trovare risposta assistenziale continuativa in h24.
- Assistenza territoriale integrata: collaborazione tra professionisti (MMG e PLS) anche in studi medici localizzati in sedi diverse, ma collegati funzionalmente (medicina in rete).

- Ambulatorio territoriale integrato: presidi territoriali dove operano professionisti che esplicano la loro attività, secondo precise modalità organizzative della Medicina di gruppo. L'Ambulatorio territoriale integrato è aperto almeno dieci ore al giorno, e può erogare: visite ambulatoriali svolte da MMG, PLS e specialisti ambulatoriali, analisi diagnostiche di primo livello, consulenze specialistiche, prestazioni infermieristiche.

Contestualmente alla realizzazione di tali modelli, si stanno definendo specifici progetti regionali inerenti:

- programmi di formazione del personale che opererà in tale ambito;
- dotazione di sistemi informatici che consentano il collegamento e lo scambio di informazioni tra i vari soggetti coinvolti nell'attività;
- campagne informative per educare la popolazione al corretto utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali.

L'obiettivo è quello di reingegnerizzare tutto il mondo delle cure primarie che fa perno sull'attività del medico di medicina generale, attraverso la realizzazione di modelli organizzativi di pronta applicazione ma anche flessibili e sperimentali. Tali modelli dovranno poter essere sviluppati ed applicati tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche dei vari ambiti regionali e locali, nonché delle principali connotazioni epidemiologiche e della presenza di strutture ospedaliere e distrettuali, con la consapevolezza che nessun modello organizzativo, almeno in questa fase, può considerarsi in grado di affrontare le nuove sfide assistenziali e che l'assetto che andrà a consolidarsi dovrà essere definito sulla base delle evidenze di efficacia e di efficienza, nelle specifiche realtà territoriali, che l'attuale fase di cambiamento "controllato e monitorato" dovrà far emergere.



Formazione specifica in Medicina Generale

Sul finire degli anni 80, nella maggior parte degli Stati membri, si è andato via via delineando e rafforzando un movimento tendente a sempre più valorizzare il ruolo del medico "generalista".

In tale ottica si ammetteva, pressoché unanimemente, il bisogno di una formazione specifica per detto professionista.

Tale formazione doveva prepararlo ad adempiere meglio ad una funzione sua propria basata, in buona parte, sulla conoscenza personale dell'ambiente dei pazienti e consistente nella protezione dell'individuo considerato nel suo insieme oltre che, ovviamente, nella dispensazione delle cure opportune.

Si considerava infatti che - a prescindere dal vantaggio che ne avrebbero tratto i pazienti - un miglior adattamento del medico alla sua funzione specifica avrebbe di certo contribuito a migliorare il sistema di dispensazione delle cure, rendendo più selettivo e appropriato il ricorso alla medicina specialistica nonché ai centri di cura di alta specializzazione.

Si considerava altresì che il bisogno di una formazione specifica in medicina generale scaturiva dal fatto che lo sviluppo continuo della scienza medica, di fatto, aveva determinato un divario sempre più ampio tra l'insegnamento e la ricerca medica da un lato e la pratica e la medicina generale dall'altro.

Tale divario, destinato inoltre ad accentuarsi, era tale che importanti aspetti - peculiari della medicina generale - non potevano essere insegnati e quindi appresi in modo soddisfacente

nel quadro tradizionale della formazione medica di base dispensata negli Stati membri.

In tale scenario fu, pertanto, emanata nel 1986 la direttiva 86/457/CEE, che sanciva l'obbligo per gli Stati Membri di prevedere l'istituzione di un corso di formazione specifica in medicina generale rispondente a determinati requisiti indicati nella direttiva medesima.

In tale direttiva si stabiliva tra l'altro:

- ▣ la durata della formazione;
- ▣ che detta formazione doveva essere più pratica che teorica;
- ▣ che doveva comportare una partecipazione personale dei discenti alle attività professionali ed alle responsabilità delle persone con le quali si lavorava;
- ▣ l'obbligo, fatti salvi i diritti acquisiti, di subordinare l'esercizio della medicina generale, nell'ambito del regime di sicurezza sociale di ogni Stato, al possesso del titolo attestante il conseguimento di detta formazione.

La direttiva 86/457/CEE ha avuto attuazione pratica nell'ordinamento nazionale mediante la legge 8 aprile 1988, n. 109, e successivamente mediante il decreto legislativo 8 agosto 1991 n. 256.

Il menzionato decreto, oltre a porre in capo alle Regioni il compito di attivare ed organizzare il corso in questione, indicava i principi generali cui le Amministrazioni regionali dovevano attenersi per conformarsi a quanto stabilito in ambito comunitario.

Le successive direttive (93/16/CE, recepita con il decreto legislativo n.

368 del 17 agosto 1999 e 2001/19/CE) ed in ultimo la direttiva 2005/36/CE, recepita con il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 2006, pur apportando alcune modifiche, relativamente alla durata del corso ed alle modalità di svolgimento dello stesso, nella sostanza hanno confermato i principi ispiratori e le istanze trasfuse nella prima direttiva di settore.

Nell'ordinamento nazionale la disciplina della formazione specifica in medicina generale è regolata dal menzionato decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, di recepimento della direttiva 93/16/CE.

Esso infatti, oltre a confermare la competenza regionale in materia di organizzazione ed attivazione dei corsi, ribadisce che per l'esercizio dell'attività di medico di medicina generale è necessario il possesso di un titolo di formazione specifica, che si consegue a seguito di un corso di formazione della durata di tre anni, cui si accede per concorso.

Per quanto attiene all'articolazione dei corsi, il citato decreto stabilisce il numero totale delle ore di didattica (4800 ore di cui almeno 2/3 da dedicare alle attività di natura pratica), individua la durata dei periodi di formazione nelle varie aree – mediche, chirurgiche, della medicina dei servizi -, prevede un impegno dei partecipanti a tempo pieno, con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche da svolgersi in un ambiente ospedaliero e nell'ambito di uno studio di medicina generale.

Ciò premesso, per quanto riguarda le specifiche competenze che il medico di medicina deve possedere alla fine del corso si deve considerare che il modello tecnologico e scientifico della medicina moderna si caratterizza per l'inevitabile frammentazione e parcellizzazione del sapere e dell'agire specialistico.

La medicina generale si pone invece come disciplina che deve garantire e

mantenere nel tempo una visione integrata ed olistica dei problemi, centrata sulla persona e sul processo di cura, non soltanto sulla malattia.

La professione del medico di medicina generale prevede, quindi, funzioni, attività e compiti definiti da conoscenze abilità e capacità relazionali peculiari e specifiche.

Con riguardo poi al Servizio Sanitario Nazionale è fin troppo evidente il ruolo chiave e centrale delle cure primarie, che vedono il medico di medicina generale come snodo dell'assistenza territoriale, nonché protagonista del governo della domanda e dei successivi percorsi sanitari.

La disciplina ha quindi delle caratteristiche sue proprie in quanto:

- si fonda su un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia ed alla comunità di appartenenza e su una relazione individuale, che si sviluppa nel tempo attraverso una comunicazione efficace tra medico e paziente;
- garantisce la continuità delle cure;
- utilizza uno specifico processo decisionale condizionato dalle modalità di presentazione dei problemi e dal contesto specifico in cui sono affrontati;
- si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica psicologica sociale, culturale ed assistenziale.

A più di venti anni di distanza dall'attivazione in Italia del corso di formazione specifica in medicina generale, occorre osservare che, in relazione all'autonomia regionale, si è realizzato sul territorio nazionale uno sviluppo oltremodo variegato dell'offerta formativa nello specifico settore, sia per quanto riguarda il piano delle attività teoriche e pratiche sia per quanto attiene agli obiettivi didattici ed all'articolazione del corso di formazione.

Questa ampia variabilità, che è emersa da un preliminare esame dei provvedimenti assunti dalle Regioni,

rappresenta un'obbiettiva ricchezza con punte di vera eccellenza, ma risponde solo in parte alle specifiche esigenze formative rappresentate dal legislatore sia in sede comunitaria sia in sede nazionale.

Tali istanze attengono in modo particolare alla necessità di garantire sul territorio nazionale una formazione omogenea e la definizione di requisiti formativi quali-quantitativi, ritenuti indispensabili per poter svolgere adeguatamente la specifica attività di medico di medicina generale.

Occorre, quindi, procedere ad una riflessione sull'intera materia. È, infatti, indispensabile individuare un *core curriculum* che definisca i requisiti essenziali comuni del processo di formazione. Si tratta, quindi, di individuare un percorso formativo adeguato che comprenda la definizione degli obiettivi, della metodologia di insegnamento ed apprendimento, dell'articolazione e della organizzazione dei corsi.

Ciò allo scopo di realizzare e garantire - lasciando comunque spazio alle esigenze regionali, così come emergono dalla valutazione dei bisogni di salute, dai modelli organizzativi, dall'epidemiologia e dalle analisi condot-

te su base locale - una formazione adeguata atta ad assicurare l'acquisizione, da parte dei discenti, di quelle conoscenze, competenze ed abilità ritenute fondamentali per lo svolgimento della professione.

Il medico di medicina generale è inoltre il punto di primo contatto nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, fornisce accesso libero ed illimitato ai suoi utenti e tratta tutti i problemi di salute del cittadino.

Tuttavia, pur prevedendo una "griglia" formativa comune su tutto il territorio nazionale, il corso dovrà poter soddisfare le specifiche esigenze regionali, avuto particolare riguardo ai modelli organizzazioni in materia di assistenza e cure primarie.

Il percorso di riordino della formazione specifica in medicina generale deve svilupparsi tramite un dibattito che veda coinvolti gli attori cui oggi è affidata tale formazione (Regioni e Province Autonome, Ordini professionali), ed inoltre le Società scientifiche e le OO. SS. di categoria e l'Università.

Dal riordino del percorso formativo emergerà il modello organizzativo gestionale più idoneo per il corso e le eventuali conseguenti modifiche che si rendessero necessarie al DL 368/1999.



Le prospettive sanitarie e sociali nella popolazione anziana Il ruolo della riabilitazione

Negli ultimi anni si stanno verificando importanti cambiamenti demografici dovuti alla diminuzione dei tassi di mortalità nella maggior parte dei paesi, mentre si assiste all'invecchiamento delle popolazioni. Questi cambiamenti influenzano le persone, le famiglie, i governi, il settore privato e le istituzioni e rappresentano sfide con le quali cimentarsi sulle questioni relative alle cure sanitarie, l'alloggio, la sicurezza sociale, il lavoro e la pensione, l'assistenza, e l'onere sociale derivante dalle malattie croniche e dalla disabilità.

Le previsioni demografiche nazionali dell'ISTAT, secondo la proiezione dei dati al 2050, rivelano che la popolazione sarà composta per il 33,6% di ultrasessantacinquenni e soltanto per il 12,7% da giovani (sino a 14 anni di età). L'indice di vecchiaia, che misura il rapporto numerico tra anziani e giovani, passa da 138 anziani per 100 giovani nel 2005, a 222 nel 2030 ed al valore di 264 nel 2050.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, come rappresentato attraverso le piramidi per età, avrà un

grande impatto su diverse sfere della società (stato di salute della popolazione, sistema previdenziale, ecc.) e sulle crescenti esigenze di assistenza legate alla complessità, cronicità, disabilità e criticità delle malattie. Questi nuovi bisogni impongono di incrementare e migliorare il coordinamento e l'integrazione dei servizi sociali, assistenziali e sanitari (Figura 1).

Negli Stati Uniti è stato creato nel 1974 l'Istituto Nazionale sull'Invecchiamento (National Institute on Ageing - NIA) che ha come *mission* di migliorare la salute e il benessere delle persone anziane.

La ricerca sull'invecchiamento include varie aree, quali: il comportamento e gli aspetti sociali di maturazione, la biologia di maturazione, la geriatria e la gerontologia clinica, la neuropsicologia e le neuroscienze, la riabilitazione, le nuove tecnologie, la salute e la disparità nonché innovativi modelli di organizzazione.

Gli ultimi anni sono stati caratterizzati nei paesi a più elevato sviluppo economico dalla necessità di ripensare cul-

tabella 1 – Indicatori di struttura della popolazione 1990-2050*

Anno	Struttura per età della popolazione				Indici di struttura		
	% 0-14	% 15-64	% 65+	% 85+	Vecchiaia	Dipendenza strutturale	Dipendenza anziani
1990	16,8	68,5	14,7	1,2	88	46	22
2005	14,2	66,4	19,5	2,0	138	51	29
2010	14,0	65,5	20,5	2,8	146	53	31
2020	13,2	63,7	23,2	3,9	176	57	36
2030	12,2	60,8	27,0	4,7	222	64	44
2040	12,4	55,6	32,0	5,8	259	80	58
2050	12,7	53,7	33,6	7,8	264	86	63

* dati rapporto Istat Previsioni demografiche nazionali 1 gennaio 1990 – 1 gennaio 2050