



LA RIFORMA DEI SERVIZI TERRITORIALI IN ITALIA



LIVIO GARATTINI,

CENTRO STUDI DI POLITICA E PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA



INTRODUZIONE

Il **SSN** è un servizio pubblico a **tre livelli (centrale-regionale-locale)** istituzionalmente decentralizzato a livello regionale

La **sanità territoriale** è erogata a **livello locale** e i **Medici di Famiglia (MF)** dovrebbero esserne il pilastro

Una caratteristica assai importante è che la maggioranza dei **MF** italiani sono per tradizione **medici liberi professionisti** che lavorano individualmente



INTRODUZIONE (2)

A partire dalla **Lombardia**, l'Italia è stata il primo Paese Europeo drammaticamente colpito dalla pandemia **Covid 19**

Questo evento catastrofico ha messo **sotto pressione** la **sanità territoriale** in tutto il SSN e ha inevitabilmente evidenziato le sue **debolezze storiche**, inclusa **quella della Medicina Generale** quale servizio di prima linea

Il recente **PNRR** finanziato dall'Unione Europea dovrebbe supportare il **risanamento del SSN**, specialmente a livello **di assistenza territoriale**



SITUAZIONE ATTUALE

Diversamente dagli altri paesi occidentali, vi sono **due tipi di MF in Italia, uno per gli adulti e uno per i bambini**

I **MF italiani** devono intraprendere **corsi di tre anni post-laurea** organizzati autonomamente dalle autorità regionali

Questi **corsi non** sono legalmente **equivalenti** a quelli delle altre specialità mediche e **la paga dei tirocinanti è molto più bassa**, rendendo i **MF** una sorta di **medici di seconda categoria** rispetto ai loro colleghi



SITUAZIONE ATTUALE (2)

Diversamente dalla maggior parte dei loro colleghi inglesi, i **MF italiani lavorano tradizionalmente da soli**

I **cittadini** sono tuttora **registrati con un singolo MF** e ciò rappresenta un **ostacolo** assai rilevante **al lavoro di gruppo**

I **MF** sono tuttora **medici liberi professionisti remunerati** principalmente a **quota capitaria**, sebbene delle tariffe aggiuntive per servizio possano essere concordate a livello regionale e/o locale

In base all'attuale contratto nazionale, i **MF** sono formalmente **obbligati ad aprire i propri ambulatori ai pazienti almeno 15h. a settimana**, un minimo che assai spesso è diventato il massimo nella concreta realtà

SITUAZIONE ATTUALE (3)



Inoltre, nel SSN italiano molte **altre strutture** forniscono **servizi sanitari extra-ospedalieri** a livello locale al di fuori della MF

Vaccinazioni, screening di massa, visite specialistiche, consultori familiari, assistenza domiciliare e servizi per la riabilitazione sono **tutti erogati in strutture diverse**, che forniscono servizi sanitari e amministrativi **fruibili in orari assai difformi durante i giorni della settimana**

In generale, la **frammentazione** dei **servizi sanitari territoriali** **aumenta** la **difficoltà** della **loro gestione** nell'ambito del SSN, ed è tuttora fonte di confusione per i pazienti e i loro familiari

Va sottolineato che la **facilità di accesso ai servizi territoriali** (MF inclusi) è diventato un **problema di primaria importanza** in questa fase storica caratterizzata dal crescente invecchiamento della popolazione



PROPOSTA

Alla luce di questa situazione assai insoddisfacente e cercando di trarre vantaggio dalle opportunità offerte dal PNRR, la **nostra proposta** consiste nel **fondere i siti locali** esistenti che forniscono servizi diversi in singoli centri sul territorio aperti almeno 12h. quotidiane nei giorni feriali, **distribuiti in modo razionale in bacini di utenza urbani e rurali**

Queste strutture dovrebbero includere tutti i professionisti sanitari e amministrativi che lavorano nella sanità territoriale, **MF inclusi**, che nel lungo periodo **dovrebbero diventare dipendenti a tempo pieno del SSN** analogamente ai loro colleghi medici ospedalieri



PROPOSTA (2)

Molto più semplici da pianificare e supervisionare, **queste organizzazioni estenderebbero notevolmente l'accesso quotidiano ai servizi territoriali** e permetterebbero di filtrare i disturbi minori al di fuori dei servizi di Pronto Soccorso ospedalieri

Grazie a questo radicale consolidamento, la **coabitazione di un ampio gruppo di professionisti sanitari e amministrativi in organizzazioni di una certa dimensione** dovrebbe anche **ridurre gli esuberi amministrativi, migliorare la gestione dei servizi fuori orario e aumentare l'erogazione di assistenza domiciliare** per i pazienti non in grado di muoversi autonomamente...

... soprattutto i pazienti deboli più anziani e privi di parenti, essendo tuttora questi ultimi i principali badanti delle persone anziane in paesi latini come il nostro caratterizzati da una **radicata cultura familiare**



PROPOSTA (3)

Inoltre, la **coabitazione** dovrebbe **incoraggiare** la **comunicazione** e il lavoro di squadra, permettendo di **sfruttare al meglio** anche i moderni strumenti tecnologici per l'informazione e la comunicazione come **la telemedicina**

Lo sviluppo di competenze tecnologiche all'interno di queste organizzazioni dovrebbe permettere ai clinici di **recuperare** il loro **tempo da dedicare ai pazienti**, da sempre la loro attività premiante, così riducendo anche il rischio di burnout indotto dal carico di attività amministrative extra cliniche

Infine, queste singole strutture potrebbero **aiutare la popolazione a meglio comprendere i servizi sanitari territoriali** disponibili e contribuire a migliorarne l'accesso ai cittadini lavoratori, una priorità pressante nelle società moderne



PROPOSTA (4)

Infatti, al di là dall'essere essi stessi pazienti potenziali, **i lavoratori sono spesso caregiver** per i loro figli e le persone anziane...

... e allo stato attuale **i lavoratori sono la categoria sociale più penalizzata dall'erogazione parcellizzata di servizi territoriali sanitari e sociali del SSN**

Metaforicamente, il successo dei **centri commerciali** negli ultimi decenni rispetto ai singoli negozi dimostra come la distanza per raggiungere siti ad ampio spettro di attività non sia giudicato un ostacolo poi così rilevante per le popolazioni locali, anche in aree vaste rurali



CONCLUSIONI

Il nucleo della nostra proposta a favore di centri integrati sul territorio è sostanzialmente in linea con quella delle Case di Comunità previste nel PNRR per bacini di utenza di circa 30-50.000 abitanti

Tuttavia, le **prime proposte relative a questi nuovi siti sono abbastanza scoraggianti**, mancando chiare direttive sulla loro organizzazione, al di là della prevedibile opposizione da parte delle principali associazioni di MF, con la prima proposta di frequentare questi siti solamente 2h. a settimana da parte dei MF come esempio assai evidente

Il periodo post pandemico rappresenta un'opportunità imprevista da non perdere per potenziare i servizi sanitari territoriali nel SSN



CONCLUSIONI (2)

Sforzandosi di **combinare le parti per formare un insieme**, il nodo cruciale è quello di passare dalla “voce del verbo lavorare” al singolare a quelle al plurale per erogare cure primarie nel SSN con un lavoro di squadra

Una volta abbandonato il mito di promuovere la concorrenza di mercato in sanità, **un sistema sanitario pubblico rimane il più indicato per favorire un’assistenza integrata**

La vera sfida del futuro è quella di **rendere i servizi sanitari territoriali** realmente orientati al paziente, aggiungendo possibilmente la seconda “s” di sociale al SSN, al fine di fondere tutti i tipi di servizi pubblici erogati e sfruttare tutte le possibili sinergie

LA RIFORMA DEI SERVIZI TERRITORIALI IN ITALIA

Bergamo, 15 giugno 2023



GRAZIE PER L'ATTENZIONE



**LIVIO GARATTINI,
CENTRO STUDI DI POLITICA E
PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA**