

A S S O C I A Z I O N E **32**

Salute

diritto fondamentale

SCHEDA 5

QUARTO INDIZIO:

Il modello lombardo e l'idea di sanità territoriale

SCHEDA 5: Quarto indizio: il modello lombardo e l'idea di sanità territoriale

Il modello lombardo ha offerto un evidente esempio di privatizzazione della sanità,¹ promuovendo un Servizio sanitario regionale basato su due capisaldi: libertà degli enti privati di scegliere quali servizi erogare (mentre il pubblico deve obbligatoriamente garantire tutta la gamma dei servizi necessari) e libertà di scelta del cittadino che, di fronte a una offerta non programmata e concorrenziale fra diversi attori, diventa sostanzialmente un acquirente.

Questa pandemia ha evidenziato tutte le criticità di tale impostazione, rilevando non solo l'impovertimento della sanità territoriale, ma le caratteristiche proprie di una visione mercantilistica, frammentata, e basata sulla erogazione di singole prestazioni.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dovrebbe offrire una fondamentale occasione per indirizzare la sanità verso i principi fondativi della legge istitutiva del Servizio sanitario e adeguarla all'attuale realtà epidemiologica e sociale.

Assistenza sanitaria territoriale. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e le criticità nella sua applicazione.

PNRR e Salute (Missione 6)

¹ Maria Elisa Sartor, La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19. Un'analisi critica, 2021

Area di intervento: Salute

Obiettivi generali

La Missione 6 mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura dei cittadini, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica. In particolare la strategia intende:

- rafforzare la prevenzione e l'assistenza sul territorio e l'integrazione fra servizi sanitari e sociali;
- garantire equità di accesso alle cure e nell'erogazione delle prestazioni;
- ammodernare la dotazione delle strutture del SSN in termini di qualità del capitale umano e formazione, risorse digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche;
- promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario;
- individuare un centro di eccellenze per le epidemie.

Quadro delle risorse. Missione 6 (MILIARDI DI EURO)	
M6. SALUTE	Totale
M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	7,00
M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	9,63
Totale Missione 6	15,63

La M6C1 del PNRR si occupa di Reti di prossimità, strutture intermedie, e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: "Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari". Come si può notare nella tabella sottostante, il Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale si vede assegnare 7 miliardi di euro, suddivisi in tre diversi investimenti: 1. Case della Comunità; 2. Assistenza domiciliare; 3. Ospedale di Comunità.

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA
SANITARIA TERRITORIALE

Ambiti di intervento/Misura	Totale
1. Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale	7,00
Investimento 1: L'istituzione di Case della Comunità come perno delle prestazioni sul territorio in ambito socio-sanitario	2,00
Investimento 2: la casa come primo luogo di cura e l'assistenza domiciliare al fine di migliorare le prestazioni offerte in particolare alle persone vulnerabili e disabili, anche attraverso il ricorso a nuove tecnologie	4,00
Investimento 3: il potenziamento di strutture per l'erogazione di cure intermedie (Ospedali di Comunità).	1,00
Totale Componente	7,00

Per ciascuno dei 3 "investimenti" riportiamo parte del testo contenuto nel PNRR.

1. Case della Comunità.

Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà la casa delle cure primarie e lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute, e potrà ospitare anche assistenti sociali. È finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, e la strumentazione polispecialistica. Ha inoltre il fine di garantire la presa in carico della comunità di riferimento. L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove.

2. Casa come primo luogo di cura. Assistenza domiciliare.

L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. L'obiettivo di raggiungere il 10% riguarda ogni regione italiana, nella consapevolezza che la situazione di partenza è molto differenziata e che tale standard, attualmente, è raggiunto solo in quattro 4 regioni. La presa in carico del paziente si realizza attraverso la definizione di un piano/progetto assistenziale individuale che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura dell'assistito, definisce i livelli di assistenza specifici, nonché i tempi e le modalità di erogazione per favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata. L'investimento mira a:

- identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
- realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

3. Sviluppo delle cure intermedie

L'investimento mira ad attivare l'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Di norma, è dotato di 20 posti letto (con un massimo di 40) ed è a gestione prevalentemente infermieristica, così da contribuire a una maggiore appropriatezza delle cure e determinare una sostanziale riduzione di accessi impropri ad altre prestazioni (come quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero). L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari, consentendo alle famiglie e alle strutture di assistenza di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti. L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di circa 380 Ospedali di Comunità.

Quale idea di sanità territoriale.

Il PNRR, a proposito di sanità territoriale, tocca **tre temi cruciali**. Tuttavia, non specifica in quale cornice organizzativa e strategica questi investimenti si collocano.

- **In una cornice pubblica.** Con una struttura organizzativa forte, quale ad esempio il Distretto disegnato dalla legge 299/99 dotato di una autonomia gestionale, baricentro e motore per l'assistenza territoriale, e da cui dipendono strutture e professionisti sanitari, compresi i Medici di Medicina Generale, e i professionisti sociali, al fine di promuovere e incentivare il lavoro in equipe multiprofessionali. Una struttura, il Distretto, in grado di tenere insieme i tre suddetti investimenti in una logica di solida integrazione tra sanitario e sociale e all'interno di una programmazione locale basata sui bisogni sanitari e sociali della popolazione².
- **O in una cornice privata.** Dove predomina la logica della produzione di prestazioni, chiunque sia il produttore (sottinteso quasi esclusivamente privato). Con i produttori che si muovono in competizione tra loro e con il settore pubblico che si limita a esercitare una funzione di controllo amministrativo e al massimo di coordinamento. Chi ha redatto il PNRR sembra aver in mente questa seconda cornice affermando che "l'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare" e prevedendo l'attivazione di "602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari", come se questa funzione non facesse parte dei compiti principali della

² <https://www.saluteinternazionale.info/2020/07/il-distretto/>

direzione distrettuale (a cui, in questa cornice, si vogliono affidare solo compiti amministrativi – vedi modello lombardo)³.

Ma, al di là delle supposizioni, il PNRR per ora non fa una scelta tra le due possibili opzioni e rimanda “l’identificazione del modello organizzativo condiviso della rete di assistenza territoriale tramite la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l’assistenza territoriale e le strutture a essa deputate” all’approvazione di un decreto ministeriale (da adottarsi entro il 31 ottobre 2021).

Il nodo della Medicina generale

Il rinnovamento dell’assistenza territoriale richiesto dal PNRR passa inevitabilmente da una profonda riforma della Medicina generale. La pandemia – al di là dell’impegno e talvolta dell’eroismo di singoli medici di medicina generale – ha messo a nudo l’arretratezza storica di questa categoria, dalla formazione di base all’organizzazione quotidiana degli studi medici. Tanto per fare un esempio, nel settembre 2020 fu sottoscritto un accordo tra Ministero della salute e sindacati dei MMG per l’esecuzione dei tamponi Covid. Un accordo rimasto lettera morta per palese impraticabilità logistico/organizzativa. Il Presidente dell’Ordine dei Medici di Milano parlò di una “rivolta dei condomini” nel caso che i medici di famiglia avessero cominciato a fare tamponi rapidi nei loro studi. Il Presidente della Società italiana di medicina generale (Simg) spiegò che: “Il medico il più delle volte lavora da solo e va in tilt, solo alcuni gruppi associati possono permettersi un segretario e un infermiere. Il punto debole è proprio l’assenza di un team professionale”.

La Documentazione

In questa scheda mettiamo a disposizione dei lettori tre documenti che affrontano la questione da tre differenti punti di vista.

1. Documento delle Regioni.

“Un sistema che si muove nella direzione di darsi una strutturazione fisica sul territorio, con luoghi di riferimento – come le Case della comunità - all’interno dei quali i cittadini, le famiglie e le comunità potranno contare su un insieme di servizi vocati alla presa in carico integrata, difficilmente potrà svilupparsi senza che possano essere strutturati adeguatamente anche i ruoli e le funzioni, nonché le relazioni, con i professionisti che oggi operano nell’assistenza primaria. (...) In un quadro di questo tipo l’attuale organizzazione della Medicina Generale (e della Pediatria di Libera Scelta e in parte la Specialistica Ambulatoriale Interna), derivante dagli Accordi Collettivi Nazionali, non riesce ad essere valorizzata all’interno dei sistemi regionali, diventando un ostacolo al percorso di sviluppo e strutturazione”.

Il doc delle Regioni (reso noto il 20 settembre) propone alcune soluzioni per la necessaria riorganizzazione della Medicina generale⁴.

³ <https://www.saluteinternazionale.info/2021/09/lombardizzare-il-ssn/>

⁴ Prima analisi criticità e possibili modifiche nelle relazioni SSN/MMG in particolare nella prospettiva della riforma dell’assistenza territoriale determinata da PNRR

1. Passaggio alla dipendenza dei Mmg
2. Forma di Accreditamento da realizzare con modifica sostanziale di ACN
3. Forma di Accreditamento e Accordi (tipo Privato-Accreditato)
4. Doppio canale: Dipendenza e Accreditamento da realizzare con modifica sostanziale di ACN

2. Documento della Medicina generale

Il principale sindacato della Medicina Generale (FIMMG) ha reagito negativamente alla proposta delle Regioni, in particolare rigettando la soluzione del passaggio alla dipendenza. anche alla luce delle indicazioni presenti nel PNRR, in un recente documento⁵ si ribadisce la tradizionale ostilità del sindacato nei confronti delle Case della salute (oggi Case della comunità - CDC), considerate in più di un'occasione come una sorta di anticamera della dipendenza per i MMG che le frequentassero. Il modello organizzativo prediletto dalla FIMMG è quello del "Microteam": medico di medicina generale più personale di studio (infermiere, segretario) assunto direttamente dal medico, o fornito da cooperative o società di servizi. I "Microteam" lavorano fuori dalle Case della comunità, in un immaginario rapporto *Hub and Spoke*. L'Hub è la CDC in cui trovano sede i servizi territoriali della ASL (Assistenza Domiciliare, UVI/UVD/UVGM, PUA, CUP, punto prelievi, riabilitazione, ecc.), mentre gli Spoke sono rappresentati dai Microteam.

3. Libro Azzurro del Gruppo "Campagna 2018: PHC Now or Never"

A fronte delle posizioni conservatrici del sindacato dei MMG, non mancano proposte per innovare e riorganizzare la medicina di famiglia. Ne è un esempio la proposta avanzata da un gruppo di mmg che ha recentemente pubblicato il Libro Azzurro⁶, ovvero un documento che contiene gli elementi essenziali per il rinnovamento e il rilancio delle cure primarie e della medicina di famiglia. Al centro di tale proposta c'è l'idea di un lavoro collegiale, svolto all'interno di strutture adeguate come le Case della comunità, basato su inter professionalità e interdisciplinarietà, sulla prossimità, capillarità e proattività degli interventi sociosanitari, per agire in maniera integrata e coordinata verso i bisogni sanitari e sociali delle comunità. Nel documento ci sono anche altre idee, tra cui quella di una formazione di livello universitario e di una nuova forma contrattuale.

⁵ [FIMMG - Per una riforma della medicina generale](#)

⁶ [Libro Azzurro](#).



Per contattarci:

salutedirittofondamentale.it

salutedirittofondamentale@gmail.com

[Facebook](#)