

Gruppo di studio su “Le politiche sanitarie”

6° sottogruppo

Integrazione socio-sanitaria e medicina del territorio

(Coord. Giorgio Macciotta)

La ripartizione interna delle risorse utilizzate per la sanità pubblica si è modificata in misura abbastanza rilevante nel quinquennio 2002-2007. La spesa per le gestioni convenzionate (che rappresentava all'inizio del periodo preso in considerazione quasi il 45% del totale) è cresciuta del 9,7% mentre quella delle gestioni dirette (nel 2002 poco più del 55) ha fatto registrare un incremento del 50,8%. Le gestioni dirette sfiorano, dunque, nel 2007, il 63% della spesa totale. Variazioni così rilevanti nella ripartizione interna delle risorse derivano, per la più gran parte, dalla riduzione di peso di due sole voci: quasi due punti per l'ospedaliera convenzionata (dal 10,11 all'8,5%) e ben 4 per la farmaceutica (dal 15,1 all'11,13%).

Le linee di tendenza sono omogenee in tutte le regioni, sia pur con punti di partenza e di arrivo differenti, anche in relazione ai diversi modelli organizzativi del servizio sul territorio.

Sembra, in ogni caso, che qualche ottimizzazione del servizio si sia determinata e, anche, che si sia realizzato un relativo riequilibrio della spesa tra le diverse aree del paese (il differenziale della spesa pro capite tra il Mezzogiorno e la media nazionale è calato nel periodo da poco più del 7% a poco più del 4).

La dinamica della spesa resta, peraltro, assai elevata. Rispetto ad una crescita del PIL nominale pari al 18,5% la spesa sanitaria è aumentata del 32,4%.

Ci sono motivi oggettivi per una simile crescita ed è anzi prevedibile che si determineranno nel tempo ulteriori tensioni.

In primo luogo il modificarsi della struttura per classi di età della popolazione italiana che fa registrare una progressiva crescita percentuale delle classi oltre i 65 anni.

“Il prolungamento delle aspettative di vita, l'invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento delle malattie croniche e degenerative impongono una riorganizzazione dei servizi”. Si accentua la pressione sulle strutture destinate al ricovero ed alla cura determinando un uso distorto delle strutture ospedaliere da parte di cittadini non bisognosi di cure per specifiche patologie.

Occorre, invece, farsi carico in modo integrato dei bisogni sociosanitari e dare continuità ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali superando sia l'uso distorto dei ricoveri ospedalieri e sia la risposta inadeguata costituita dalla tradizionale concessione dell'indennità di accompagnamento.

Nella stessa direzione, dell'uso distorto delle strutture, agisce il diffondersi di una maggiore consapevolezza dell'esigenza di controlli periodici. La pressione sulle strutture di pronto soccorso, il ricovero per prestazioni che potrebbero essere garantite in regime di day hospital, accentuano non solo la pressione sulle strutture ospedaliere ma creano tensioni che ne ostacolano la riorganizzazione territoriale.

Un secondo elemento che, presumibilmente, determina, e determinerà sempre più, una tensione in tema di adeguamento delle risposte del Servizio Sanitario nazionale è quello della sicurezza sui luoghi di lavoro.

Il tema va affrontato dal duplice punto di vista del sempre più inaccettabile fenomeno delle morti sul lavoro e da quello, non meno rilevante, delle inabilità permanenti che possono derivare da un insalubre ambiente di lavoro.

Infine occorre affrontare il tema, di cui forse non si aveva piena consapevolezza al momento dell'istituzione del servizio sanitario nazionale, dell'impatto che la generalizzazione del servizio sanitario nazionale avrebbe avuto sul rapporto tra medico di base e cittadino in termini di rapporto fiduciario e di interrelazione tra le prestazioni del medico di base e il complesso dei servizi ai quali il cittadino avrebbe da quel momento potuto accedere in regime di gratuità.

Il lavoro del gruppo potrebbe articolarsi sui seguenti filoni

1. L'adeguamento dell'offerta socio-sanitaria

Il disegno di legge presentato dal Governo sul finire della scorsa legislatura (A.S. 1920) affrontava in modo organico la riorganizzazione del presidio territoriale ricostruendo il ciclo organizzativo dell'offerta di servizi socio sanitari per adeguarli alla qualità nuova della domanda.

Partendo da un'analisi di quella proposta si potrebbe, da un lato, ricostruire la diffusione delle esperienze di intreccio tra l'offerta sanitaria e quella di servizi sociali. Basta pensare al ruolo che può svolgere, per alleggerire la spinta a ricoveri impropri, l'organizzazione di un efficace servizio di assistenza domiciliare che consenta agli anziani non autosufficienti la permanenza nel loro ambito familiare sostenuti da un'adeguata rete di servizi.

In secondo luogo si potrebbe esaminare la qualità della riorganizzazione dei tradizionali servizi sanitari per individuare le esperienze più positive di diversificazione dell'offerta.

2. La sicurezza sui luoghi di lavoro

Rispetto al grande movimento che, a partire dagli anni '60, determinò una svolta nell'approccio ai problemi della sicurezza sui luoghi di lavoro, superando prassi perverse di monetizzazione, la situazione attuale è caratterizzata da una più puntuale definizione della organizzazione della sicurezza in fabbrica e delle procedure di controllo e di verifica, indotta anche dal recepimento di puntuali direttive europee.

Forse l'istituzionalizzazione ha invece attenuato la mobilitazione collettiva e la partecipazione che sono la condizione per determinare in maniera costante il miglioramento complessivo del Servizio sanitario nazionale.

D'altra parte, malgrado la crescita della vigilanza e delle regole, non si è ridotta in modo adeguato la quantità di infortuni sul lavoro e, periodicamente, emergono allarmi circa condizioni di rischiosità nei processi produttivi indotti dall'innovazione tecnologica.

C'è anche il rischio che, al di fuori di una mobilitazione e di una partecipazione consapevole, in particolare in periodi di crisi economica generale od aziendale, possano prevalere altre priorità e che sia meno forte la vigilanza sulle condizioni di sicurezza del lavoro, in particolare nel tessuto di aziende piccole o piccolissime nelle quali sono oggettivamente più deboli gli istituti di controllo sociale.

La banca dei contratti di lavoro istituita presso il CNEL può consentire una verifica mirata delle clausole in materia contenute nei contratti di lavoro nazionali, aziendali, territoriali e della loro evoluzione nel tempo.

3. La riorganizzazione della medicina di base

Per un miglioramento strutturale della complessiva politica sociosanitaria del paese un ruolo essenziale va attribuito alla riorganizzazione della Medicina di base. Al momento della istituzione del Servizio Sanitario nazionale fu probabilmente sottovalutato il rischio che l'universalizzazione dell'accesso in condizioni di gratuità a tutti i servizi avrebbe profondamente modificato il rapporto tra il cittadino ed il suo medico di base.

Determinano una simile modificazione del rapporto non solo le maggiori possibilità di utilizzare servizi più complessi ma anche le modalità di organizzazione del servizio di medicina di base sul territorio, a partire dalle limitazioni di orario e dalla minore specializzazione.

Il medico di famiglia ha rischiato di ridursi, sempre di più, in "portale d'accesso" alla medicina specialistica convenzionata e ai servizi ospedalieri e in prescrittore di farmaci. L'impatto di simili prassi sulla spesa sanitaria complessiva è stato assai negativo.

In funzione di un miglior controllo della spesa si sono sviluppate tecniche di controllo nella

erogazione delle prestazioni che consentono di verificare l'appropriatezza quantitativa delle prestazioni. Ma, in particolare per quanto riguarda il servizio sanitario nazionale, la dimensione quantitativa non può adeguatamente misurare il valore delle prestazioni.

Il già ricordato disegno di legge governativo puntava ad una riorganizzazione complessiva “della medicina di base attraverso l’istituzione dell’Area di medicina generale, con l’istituzione delle Unità di medicina generale e delle Unità di pediatria, quali strutture organizzative elementari per la erogazione delle prestazioni di medicina generale e di pediatria. Tali Unità, costituite da un congruo numero di medici in relazione all’ambito territoriale e demografico di riferimento avrebbero dovuto assicurare, mediante turnazione e complementarietà degli orari, l’assistenza ambulatoriale in tutti i giorni della settimana nell’arco delle dodici ore diurne e l’assistenza domiciliare ininterrotta, diurna e notturna”. A

partire da una simile impostazione è possibile ripensare i presidi territoriali e creare le condizioni per assicurare il godimento del diritto alla salute con il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dei percorsi assistenziali, del governo clinico, della promozione di stili di vita salutari, con la collaborazione anche delle organizzazioni sociali.