

Rivista Scientifica

Igiene e Sanità Pubblica

*fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio*



*Custodit vitam qui custodit sanitatem
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

ESTRATTO

in formato elettronico autorizzato dagli Autori e dall'Editore

Vittorio Carreri

***Assistenza sanitaria primaria ed assistenza distrettuale:
identità o differenza?***

*Periodico bimestrale
Volume LIX- N. 4 - Luglio / Agosto 2002
IgSanPubbl - Issn 0019-1639
www.igiene.org*

Igiene e Sanità Pubblica

Direttore Responsabile
Augusto Panà

Direttore Editoriale
Armando Muzzi

Redazione
Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva
Università di Roma Tor Vergata

Capiredattore
Giuseppe Cananzi, Elisabetta Franco

Coordinatore
Natalia Buzzi

Comitato Scientifico
Giovanni Berlinguer, Antonio Boccia,
Vittorio Carreri, Gaetano M. Fara,
Bertram Flehmig, Giuseppe Giammanco,
Antonino Gullotti, Elio Guzzanti,
Alessandro Maida, Marck McCarthy,
Cesare Meloni, Bruno Paccagnella,
Walter Ricciardi, Gianfranco Tarsitani,
Giancarlo Vanini

Segreteria di Redazione
Iolanda Mozzetta, Vito Cerullo

Redazione Sito Internet
Giulia Zamponi

Traduzioni a cura di
Henrike Berg, Steffen P. Berg, Ilaria Restifo

Impaginazione e Grafica
Nebo Ricerche PA, Roma

Norme editoriali in 3^a di copertina.

Hanno collaborato a questo numero
A. Bonaldi, R. Bucci,
V. Carreri, M.C. Claudi,
A. Francescato,
C. Germinario,
S. Giacomobono,
V. Lepore, P.L. Lopalco,
M.G. Mastrogiacomo,
A. Meinesz, R. Prato,
G. Romano,
S. Tardivo

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA È INDICIZZATA SU MEDLINE E INDEX MEDICUS.

Garanzia di riservatezza

Il trattamento dei dati personali che riguardano Autori e Abbonati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge n. 675 del 1996 sulla Tutela dei dati personali. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi l'Autore o l'Abbonato potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'Editore.

Igiene e Sanità Pubblica - Periodico bimestrale a carattere scientifico
Reg. Trib. di Roma n. 4198 del 19.10.1954

Proprietà artistica e letteraria riservata

Realizzato con il contributo dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata
Accreditato SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Giornata conclusiva 9° MESS
Master in Epidemiologia dei Servizi Sanitari
Atti del Seminario

***Il Distretto:
luogo di gestione dei servizi territoriali
o centro di responsabilità
dell'assistenza sanitaria primaria?***

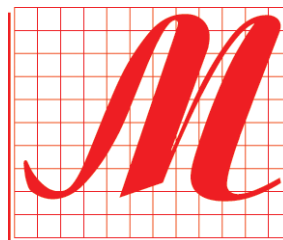
Università di Roma Tor Vergata - 22 giugno 2001

Interventi

Augusto Panà
Presentazione

Vittorio Carreri
Assistenza sanitaria primaria
ed assistenza distrettuale:
identità o differenza?

Maria Carla Claudi
Profilo "storico" del Distretto
nella organizzazione sanitaria italiana



Con la collaborazione di:
SItI - Società Italiana di Igiene, medicina preventiva - Sezione Lazio
ANMDO - Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera - Sezione Lazio
Università di Roma Tor Vergata - Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva
Azienda Ospedaliera Universitaria Tor Vergata
FIRM - Fondazione Italiana per la Ricerca Medica

Assistenza sanitaria primaria ed assistenza distrettuale: identità o differenza?

Vittorio Carreri

Dirigente Servizio di Prevenzione Sanitaria Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia
Presidente Nazionale SItI Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

1. Premessa

Quando con la istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, nel 1978, sono stati avviati i distretti sanitari o i distretti socio-sanitari, alcuni di noi hanno visto con grande favore il nuovo modo di organizzare l'assistenza sanitaria nel territorio a stretto contatto con i Comuni.

Io stesso, circa 20 anni fa, ho scritto un articolo sulla rivista *The Practitioner sui distretti con un titolo significativo: La piramide rovesciata*. Finalmente il nuovo servizio sanitario, nato da una riforma vera, si costruiva dal basso dove i bisogni si evidenziano e dovrebbero trovare idonea soluzione. I cittadini avrebbero dovuto misurare la novità positiva del nuovo SSN proprio a partire dalla organizzazione dei servizi sanitari di base, nel distretto. A distanza di decenni tutto ciò non è accaduto o è accaduto in modo molto parziale.

2. Assistenza Sanitaria Primaria e/o Assistenza distrettuale: identità o differenza?

L'Assistenza Sanitaria Primaria potrebbe essere definita come quella parte della medicina che assicura l'assistenza sanitaria con prestazioni primarie; intendendosi per primarie non più e non tanto quelle di base, di un livello cioè inferiore, ma quelle che vengono prima:

- che vengono prima perché più vicine al territorio in cui la persona vive, perché affrontano la salute in una visione sistemica e non strettamente analitica, perché curano la persona con un approccio olistico e non solo alcune sue parti;
- che vengono prima di interventi ospedalieri iperspecialistici e altamente tecnologici;
- o che sono primarie perché più importanti oppure indispensabilmente necessarie o infine più efficaci per la salute individuale e collettiva.

L'Assistenza Sanitaria Distrettuale potrebbe essere definita come quella parte della organizzazione sanitaria che assicura tutte le prestazioni del servizio sanitario pubblico extra ospedaliero in un determinato territorio.

Queste definizioni sono certamente opinabili e diversi autori ne danno altre; le une e le altre non corrispondono del tutto con quelle della normativa che nel decreto legislativo n. 229/1999 indicano tre livelli di erogazione delle prestazioni: nel distretto; nell'ospedale; nel dipartimento di prevenzione.

Con il decreto legislativo 229/1999 peraltro non concordano alcuni passi del piano sanitario nazionale ed altri documenti nazionali e regionali: nel piano sanitario nazionale si parla di tre livelli di prestazioni minime essenziali come quelle di prevenzione, di assistenza sanitaria o meglio di cure primarie o territoriali, di cure specialistiche ed ospedaliere.

Nella legislazione delle regioni poi ci sono le più varie articolazioni e differenziazioni concettuali, linguistiche ed organizzative.

Solo a titolo esemplificativo ricordo che, in Lombardia, l'azienda sanitaria locale si articola in tre dipartimenti (dipartimento di prevenzione; dipartimento di assistenza sanitaria di base; dipartimento di assistenza socio sanitaria integrata) e tutti i tre dipartimenti esercitano le proprie funzioni nel distretto inteso come strumento organizzativo che assicura l'integrazione operativa tra gli operatori dei diversi servizi dei dipartimenti che operano in quel territorio, al servizio di una determinata popolazione.

Partendo dalle definizioni iniziali si evidenziano subito le differenze fra la Assistenza Sanitaria Primaria e la Assistenza Sanitaria Distrettuale:

- l'Assistenza Sanitaria Primaria pur essendo garantita, programmata, controllata e pagata dal servizio sanitario nazionale non è necessariamente inclusa nel servizio sanitario pubblico, potendo essere svolta da erogatori esterni convenzionati o accreditati, mentre la Assistenza Sanitaria Distrettuale è struttura pubblica a tutti gli effetti;
- l'Assistenza Sanitaria Primaria lascia margini di autonomia organizzativa a chi la fa e permette la libera scelta di chi ne riceve le prestazioni, mentre nella Assistenza Sanitaria Distrettuale l'organizzazione è di tipo pubblico in senso stretto e non esiste possibilità di libera scelta da parte dei cittadini che usufruiscono delle prestazioni,
- l'Assistenza Sanitaria Primaria, almeno per la parte pubblica o accreditata, è inclusa nella Assistenza Sanitaria Distrettuale, che però estende la propria competenza anche ad altri settori quali la prevenzione collettiva e le attività socio assistenziali di rilievo sanitario.

In realtà una più semplice distinzione nelle attività sanitarie andrebbe operata separando le attività di *assistenza sanitaria specialistica intra ed extra ospedaliera*, che si prendono carico non della persona nella sua interezza e continuità, ma solo della risoluzione di problematiche per lo più contingenti, gravi, limitate nel tempo e che necessitano di tecnologie complesse, da quelle di *assistenza territoriale*, che riguardano la tutela della salute complessivamente e comprendono le cure primarie, ma anche la prevenzione collettiva, l'igiene pubblica ed ambientale, le prestazioni socio assistenziali oltre che il fondamentale ruolo di governo dell'intero sistema della sanità pubblica.

Ciò a prescindere dalla non necessaria separazione degli organi di gestione dell'una e dell'altra forma di assistenza in due distinte aziende sanitarie, come realizzatosi in Lombardia, i cui fondamenti, vantaggi e svantaggi concettuali e concreti non sono oggetto di questa relazione.

Nelle attività territoriali troviamo sia la Assistenza Sanitaria Primaria che la Assistenza Sanitaria Distrettuale, che non coincidono anche se molte attività dell'una e dell'altra si sovrappongono.

Nell'Assistenza Sanitaria Primaria, come definita e concepita dai più, non rientra solo la medicina generale convenzionata così come tradizionalmente intesa e codificata, ma tutte le prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione e di assistenza socio sanitaria integrata.

Nell'Assistenza Sanitaria Primaria potrebbero quindi rientrare alcune attività oggi di competenza del dipartimento di prevenzione, quali le prestazioni mediche ed infermieristiche alle persone, come le vaccinazioni, gli screening di prevenzione secondaria, alcune certificazioni. Non vi rientrerebbero comunque le altre più rilevanti funzioni del dipartimento di prevenzione quali quelle di epidemiologia, di igiene pubblica ed ambientale, di medicina preventiva delle comunità, di sanità pubblica intesa come programmazione e controllo delle attività sanitarie sul territorio (non solo quelle interne dell'azienda sanitaria locale, ma anche la vigilanza sulle professioni e le attività sanitarie, l'accreditamento ed il controllo delle prestazioni sotto il profilo della appropriatezza, della qualità e del risultato).

Anche per le prestazioni alla persona si renderebbe comunque necessario un organo come il dipartimento di prevenzione che ne programmi l'attività e controlli i risultati raggiunti.

Alcune di tali attività del dipartimento di prevenzione potrebbero

essere ricomprese nella assistenza distrettuale, altre, legate prevalentemente alla funzione di sanità pubblica, dovrebbero più opportunamente ed efficacemente essere svolte da un organismo sovradistrettuale.

Una Assistenza Sanitaria Primaria, così intesa, presuppone una cultura ed una organizzazione di servizi che nel nostro Paese sta muovendo solo ora i primi passi e che presuppone una diversa figura e ruolo del medico di medicina generale che per alcuni aspetti lo avvicinerrebbe di più alla figura del vecchio medico condotto o meglio titolare della condotta medica, responsabile della salute e prestatore di cure primarie in un determinato territorio o per una determinata popolazione, inserito in un contesto organizzativo in rete, con regole e livelli di autonomia tecnica ed organizzativa, ma anche di dipendenza tecnica e gerarchica, ben precisati. Forse sarebbe opportuno puntare all'organizzazione di un vero e proprio Servizio sanitario di base.

A livello territoriale, nella assistenza sanitaria distrettuale ed attraverso la assistenza sanitaria primaria, si giocano infatti le fondamentali partite del sistema sanitario nel campo:

- della prevenzione individuale;
- della medicina predittiva e delle cure preventive individuali;
- dell'assistenza cure e prevenzione delle malattie croniche;
- dell'assistenza e cura domiciliare ai malati terminali.

3. La prevenzione individuale

La crescente attenzione alla promozione della salute impone l'inderogabile compito di riconoscere e gestire i principali fattori di rischio e di malattia. Tale approccio appare ancor più giustificato dalla necessità di diminuire il carico di malattie relative alle patologie cronico degenerative ed il conseguente incremento dei costi sociali e sanitari che la gestione di tali malattie comporta.

Come scritto nel Piano Sanitario Nazionale 1994-1996 (Garavaglia) e ribadito nei successivi (Bindi e Veronesi) non bisogna solo aumentare l'aspettativa di anni di vita, ma anche di anni di salute cioè di anni vissuti in buona salute e nel miglior stato di benessere possibile.

Per raggiungere questo obiettivo è necessario agire mediante interventi di tipo informativo ed educativo, di prevenzione primaria e secondaria (vaccinazioni, screening), di monitoraggio e sorveglianza attiva sui principali stili di

vita modificabili (alcool, fumo, alimentazione, attività motoria).

Anche il nuovo Piano Sanitario Nazionale (Veronesi) riafferma la necessità di favorire la salute e sostenere la diffusione di attività di controllo e di riduzione dei fattori di rischio: l'OMS per la regione europea identifica gli obiettivi per la salute prevedendo che nei prossimi 15 anni cioè "entro l'anno 2015 gli effetti negativi per la salute derivanti dal consumo di sostanze che producono dipendenze come il tabacco, l'alcool e le droghe psicoattive debbano subire una riduzione significativa in tutti gli stati dell'unione europea"

4. La medicina predittiva e le cure preventive individuali

La nuova medicina considera la malattia come espressione di una limitazione individuale della capacità adattativa causata da alterazioni a livello dei geni che controllano singoli passaggi di una gran varietà di sistemi metabolici diversi. Si chiama *rischio genomico*.

Se ogni paziente non sarà più un caso tipico di malattia, ma una manifestazione unica della malattia, il prossimo futuro si caratterizzerà per trattamenti sempre più precoci ed individualizzati. Già ora si incomincia a parlare di *terapia preventiva* che non è la profilassi vaccinale contro le malattie infettive, o le ormai consolidate terapie anticolesterolo, antiaggregazione o anticoagulazione, ma anche la chemioprolifassi antitumorale ed i trattamenti messi in atto a seguito di *test genetici sulla predisposizione* a determinate patologie. Gli scenari sono sempre più complessi.

Terapia preventiva significa cioè un intervento terapeutico messo in atto prima che la malattia compaia per ritardarne la comparsa o limitarne i danni. In questo campo con l'avvento dell'era genomica si individuano un sempre crescente numero di marcatori biologici associati a diverse patologie e test prognostici che condizionano trattamenti successivi.

Esistono già test e marcatori per la determinazione della predisposizione ad un maggior rischio di malattia, quali gli addotti dei tumori del polmone ed i geni BRCA1/2 significativi per la suscettibilità al tumore della mammella e dell'ovaio che inducono non solo comportamenti e trattamenti preventivi individualizzati, ma persino, in molte donne in USA, l'anticipo di interventi di mastectomia.

Si ipotizzano nuovi e numerosi test per determinare la suscettibilità genetica verso malattie come ad esempio il diabete e le malattie cardiovascolari, che a loro

volta indurranno l'avvio di misure preventive, il monitoraggio regolare di alcuni indicatori, cambiamenti di stile di vita, ma anche terapie preventive.

Su questa nuova frontiera che si fa carico non solo della tradizionale prevenzione, ma proprio di curare la persona sana prima che ammalii, giocherà un ruolo fondamentale il rapporto assistito/medico di medicina generale.

5. L'assistenza, la cura e prevenzione delle malattie croniche

I grandi consumatori di spesa sanitaria, come risaputo, sono i soggetti portatori di patologie cronico degenerative quali il diabete, l'ipertensione, le allergie, l'insufficienza respiratoria cronica, le artrosi. Per tali pazienti la cura e la gestione della malattia presuppone una presa in carico permanente ed una serie di interventi informativi e addestrativi e controlli continui che non necessitano di particolari competenze specialistiche o di attrezzature di alta tecnologia.

Per questi assistiti il riferimento principale e più efficace è rappresentato dal proprio medico di medicina generale e lo specialista o l'ospedale non dovrebbero rappresentare che eventi occasionali.

Serve un medico di medicina generale:

- che conosca bene i propri assistiti e ne goda la fiducia;
- che operi in gruppo in modo di assicurare continuità assistenziale;
- che possa avvalersi della collaborazione di colleghi, di specialisti e di personale di supporto infermieristico

Esso è la figura ideale per garantire nel modo più efficace ed economico l'assistenza globale e continua a questi pazienti.

6. L'assistenza domiciliare e le cure per malati terminali

La prima causa di morte nella popolazione generale fino all'età di 79 anni è la patologia tumorale. In regioni come la Lombardia circa un terzo delle persone muore per tumori e la morte è preceduta da un più o meno lungo periodo di cure e da una breve fase di terminalità in cui le cure non sono più per guarire, ma per lenire le sofferenze ed accompagnare il paziente, (ed i suoi cari), ad una morte la più serena possibile. Fasi non brevi di terminalità coinvolgono anche altri pazienti affetti da patologie le più varie dall'AIDS alle sclerosi. Per queste persone spesso il poter essere assistiti al proprio domicilio, dai e fra i propri cari, è una esigenza ed un ultimo desiderio: assicurare loro questo diritto è un imperativo

per un sistema sanitario che si vuole caratterizzare per la qualità e l'attenzione alla dignità ed alla libertà delle persone.

In questo tipo di assistenza il medico di medicina generale può sviluppare il ruolo di medico di fiducia e di medico di famiglia che più gli si addice; in questa fase non servono complesse tecnologie o interventi super specialistici, ma occorre soprattutto la capacità umana per un approccio interpersonale profondo che non può che basarsi su di un rapporto che si è costruito in anni ed anni di esperienze comuni e di conoscenza della persona e del suo ambiente familiare.

Anche per questo tipo di assistenza il medico di medicina generale dovrebbe potere contare su una serie di supporti e collaborazioni oggi possibilmente forniti dall'azienda sanitaria locale o direttamente acquisiti dalle famiglie e domani forniti direttamente dallo stesso medico in associazione con altri per minimizzare i costi con economie di scala.

Nei rapporti con i medici di medicina generale occorrerà porsi i seguenti obiettivi:

- riportare il medico di medicina generale al centro del sistema responsabilizzandolo complessivamente sulla tutela della salute del proprio assistito;
- farlo diventare parte attiva e fondamentale dell'azienda per la salute di un territorio, più che formalmente dell'azienda unità sanitaria locale;
- uniformare i comportamenti dei medici di medicina generale su tutto il territorio;
- riqualificare complessivamente il sistema della medicina primaria sia nei confronti dell'utenza che del servizio sanitario pubblico.

Il futuro prossimo sia dell'assistenza sanitaria primaria che distrettuale, dipenderà essenzialmente dalla capacità di trasferire risorse dalle attività ospedaliere alle attività territoriali e di qualificare soprattutto la spesa sanitaria.

La medicina extra ospedaliera incentrata sul sistema delle cure primarie (perché prime e non di base) dovrà andare sempre più potenziandosi e valorizzandosi contestualmente al superamento della visione ospedalocentrica del secolo scorso ed alla trasformazione dell'ospedale da luogo di ricovero ed assistenza a luogo ad alta concentrazione tecnologica per il trattamento breve ed intensivo della patologia grave ed acuta.

Il rapporto territorio ospedale appare oggi sbilanciato per motivi storici, per scelte politiche, formative, culturali ed è un rapporto insostenibile per i costi ed

incompatibile con i bisogni di salute.

È quindi necessario promuovere all'interno dell'assistenza territoriale le condizioni di un contatto più frequente ed efficace tra cittadino e SSN e solo successivamente di accesso alle strutture ed alle prestazioni di maggiore complessità ed intensità di cura.

In questo quadro il ruolo del medico di medicina generale, come principale, ma non unico, attore dell'assistenza sanitaria primaria, diviene centrale nella misura in cui venga:

- responsabilizzato;
- motivato nell'azione;
- dotato di strumenti adeguati di comunicazione e partecipazione;
- direttamente coinvolto nella gestione sanitaria distrettuale.

Il medico di medicina generale dovrebbe rappresentare oltre che il medico di fiducia dei propri assistiti anche se non proprio il fiduciario del servizio sanitario pubblico in senso di assicuratore, il partner privilegiato dell'azienda sanitaria locale in quanto corresponsabile della tutela della salute degli assistiti e dei relativi costi, e costituire il primo momento di congiunzione e di mediazione tra il servizio sanitario pubblico ed i cittadini.

Questo ultimo ruolo diventa particolarmente gravoso in sistemi in continua modificazione ed in questo momento in cui il cittadino, stimolato da indirizzi che ne valorizzano da un lato la responsabilizzazione e dall'altro la libertà di scelta (non solo del luogo, ma anche della cura), rivendica il sapere e la trasparenza anche sulla sua salute.

Per alcuni l'obbligatorietà di un medico di medicina generale, che in passato era il riconoscimento di un diritto, attualmente rischia di diventare un dovere imposto da regole di controllo sulla spesa.

Il medico di medicina generale si inquadra in un sistema che deve garantire servizi adeguati alla collettività in modo equo ed a costi sopportabili.

Per razionalizzare il servizio sanitario nazionale occorrerà introdurre forme puntuali di controllo che non ledano l'autonomia professionale, ma che modifichino le modalità di erogazione delle prestazioni riportandole in prevalenza a livello territoriale.

A questo livello il medico di medicina generale, ma anche l'infermiere di famiglia secondo la previsione dell'OMS, deve diventare erogatore di prestazioni sanitarie,

di tutte le prestazioni sanitarie che non necessitano di elevata specializzazione o strutture ed attrezzature complesse.

Deve perciò fornire non solo assistenza generica, ma anche indagini diagnostiche, e perché no anche ECG, ecografie, i più diffusi esami di laboratorio con macchine semplici, affidabili, di costo modesto, prestazioni curative, somministrazione di terapie, medicazioni, piccoli interventi, eccetera, da erogare non tanto in forma individuale quanto in attività di gruppo integrata in una rete di servizi.

7. Il problema del budget di distretto

Il medico di medicina generale, come centro del sistema della medicina territoriale e delle cure primarie, opera a livello individuale come responsabile della salute dei propri assistiti ed a livello collettivo come coprotagonista del sistema.

La recente legge finanziaria per l'anno 2001 prevede, in attuazione del decreto legislativo n. 229/1999, la sperimentazione della gestione delle attività di assistenza primaria mediante la fissazione di obiettivi e budget di distretto o almeno un budget di consumo dei distretti da correlare:

- agli obiettivi di salute;
- alla appropriatezza delle prestazioni;
- alla soddisfazione degli utenti.

Il budget di distretto dovrà dunque stabilire obiettivi, risultati attesi e risorse necessarie, comprese tutte le spese dirette ed indirette relative alla spesa ordinaria per la popolazione residente o meglio assistita, relativa a ricoveri, prestazioni sociosanitarie integrate, prestazioni specialistiche e farmaceutiche.

Il budget di distretto dovrà essere preventivato dall'azienda sanitaria locale sulla base di standard medi ottimali e gestito per centri di costo e responsabilità che coinvolgano in un procedimento di trasparenza e partecipazione rappresentanti dei medici di medicina generale.

Eventuali incentivi dovrebbero essere distribuiti in parte almeno ai medici di medicina generale del distretto preferibilmente in forma di ausili operativi, locali, personale infermieristico o di supporto tecnico ed amministrativo.

Attraverso il budget di distretto si persegue l'obiettivo di riportare la gestione delle risorse a livello territoriale, rimodulando i consumi sanitari indotti, orientandosi verso interventi e prestazioni necessarie di provata efficacia nella pratica e ponendo maggiore attenzione al rapporto costo/efficacia. Strumenti per far ciò, per garantire

cioè una razionalizzazione e qualificazione dei comportamenti prescrittivi dei medici di medicina generale e dei risultati in termini di salute, senza avere come finalità il risparmio o il contenimento dei costi, dovranno essere:

- l'uso di linee guida condivise;
- programmi di formazione;
- incentivi non solo economici.

La sperimentazione, e tanto più la effettiva introduzione di un budget di distretto, non potrà realizzarsi senza una più diretta partecipazione del medico di medicina generale alle attività del distretto dell'azienda sanitaria locale di cui il medico di medicina generale diventerà un protagonista.

8. Il futuro possibile della Assistenza Sanitaria Primaria

Occorre prevedere che il servizio sanitario nazionale si spingerà sempre più verso la privatizzazione o, per dirla in termini meno politicizzati, verso la autonomia e la responsabilizzazione diretta delle strutture e professionisti che erogano le prestazioni.

In realtà più che verso un sistema più privatizzato o più liberalizzato la maggior parte dei teorici di sistemi ipotizza sistemi sanitari basati sul principio di sussidiarietà e solidarietà seppure gestiti con criteri di efficienza con la necessaria autonomia e la conseguente responsabilità.

Il sistema sanitario è per necessità un sistema a rete: questa rete ai suoi due estremi può essere una rete istituzionale (di tipo pubblico e con regole burocratiche) o una rete liberale (governata dal mercato); in mezzo stanno le reti basate sul principio di sussidiarietà in cui cioè l'istituzione (e cioè gli enti pubblici dal più piccolo al maggiore) interviene solo laddove la società non riesce ad arrivare in modo equo ed efficace e solo dopo avere promosso tutte le forme di auto sviluppo e di auto organizzazione di tutte le formazioni sociali intermedie (associazioni, cooperative, fondazioni, organizzazioni no profit).

La responsabilizzazione dell'individuo, il ruolo della famiglia e del vicinato, il volontariato ed il comune sono gli ambiti primari del servizio sanitario in cui si determina, secondo i più, il 90% della tutela della salute ed in questi ambiti il medico di medicina generale potrà svolgere un ruolo fondamentale.

9. Centri di salute

Occorrerà che gli operatori del territorio, anche di limitata estensione,

si uniscano fra loro ed organizzino l'assistenza territoriale di un determinato gruppo di popolazione. Ogni 4/5 mila abitanti ci sono 4 medici di medicina generale 1 pediatra di libera scelta, una farmacia, e qualche supporto di personale infermieristico e di riabilitazione. Si può prevedere anche un Centro sanitario dove questi operatori e queste équipes si possono incontrare e svolgere parte delle loro attività.

Se a questi professionisti si aggiungessero le risorse già oggi messe in campo dall'azienda sanitaria locale per i servizi territoriali (medici, assistenti sanitari, infermieri ed ostetriche) si costituirebbe un'équipe territoriale capace di assistere molto efficacemente sul territorio ed a domicilio tutta la popolazione.

10. Centri di cura

Ogni 4/5 centri di salute, gli stessi medici, o meglio la stessa équipe, con qualche specialista delle specialità di base (un chirurgo, un traumatologo, un ostetrico ed un cardiologo e qualche altro, anche avvalendosi delle specialità dei singoli medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), integrandosi con le 4/5 farmacie e con una o più residenze sanitarie assistenziali (100 letti circa ogni 20/25 mila abitanti) potrebbero gestire un *poliambulatorio*, per visite specialistiche, prestazioni di cure fisiche e riabilitazione, esami non complessi di laboratorio o strumentali, con collegamento al servizio di *continuità assistenziale*, un punto di *primo soccorso* per le urgenze senza compromissione delle funzioni vitali e possibilmente un day hospital per piccoli interventi potendosi ipotizzare addirittura un ospedale di comunità.

Esiste qualche esperienza del genere: per es. in Puglia viene chiamata *unità di degenza territoriale* una struttura intermedia tra assistenza ospedaliera ed assistenza domiciliare che consente al medico di medicina generale di riappropriarsi della gestione globale della salute dei propri assistiti.

Tali centri, sia di salute che di cura, dovrebbero essere realizzati in una fase iniziale e transitoria mediante la collaborazione e l'integrazione con i servizi distrettuali della azienda sanitaria locale, ma a regime essere auto gestiti dai professionisti che vi operano in associazione o cooperativa fra loro.

Essere autonomi significa una organizzazione propria ed un bilancio proprio, nell'ambito di una programmazione concordata con l'azienda sanitaria locale, che percepisce dal fondo sanitario nazionale o regionale, più che una corresponsione a

tariffa per prestazioni, una parte delle quote capitarie dei propri assistiti eventualmente integrate dalla mutualità integrativa su base comunale o comunque associativa locale.

Centri di salute e di cura non sarebbero ipotizzabili o comunque funzionali senza integrarsi e potenziarsi vicendevolmente con tutta la rete dei servizi alla persona esistenti a livello di comunità locali a partire, come già detto, dalle RSA in cui potrebbero ben essere integrati i centri di cura, alle farmacie che potrebbero ben integrarsi con i centri di salute sviluppando insieme anche delle capacità di tipo diagnostico almeno di laboratorio e di produzione di trattamenti farmacologici più o meno convenzionali.

Con una simile rete territoriale anche l'ospedale potrebbe uscire dallo stereotipo ibrido attuale e diventare il vero ospedale del futuro per le patologie gravi e ed acute, ipertecnologico, iper specialistico, (con trauma center, rete per l'emergenza, trapianti, eccetera) ed essere una vera e propria azienda ospedaliera come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

In questa prospettiva non lontanissima, anche i comuni, gli organismi di rappresentanza locale, le varie associazioni e coloro che una volta si chiamavano i maggiorenti della comunità locale dovranno ritornare ad occuparsi direttamente e concretamente dalla salute della comunità e stimolare un ritorno della solidarietà che si manifesti anche con una ripresa del volontariato in campo socio sanitario.

Questa nuova forma di farsi carico della salute e della sanità di un territorio però non dovrà ripercorre la strada della rappresentanza politica tradizionale, ma imboccare quella della imprenditorialità da un lato e dall'altro quella della solidarietà vera per cui tutti i membri di una comunità si sentono impegnati in relazione alle proprie disponibilità ad una equa tutela di tutti.

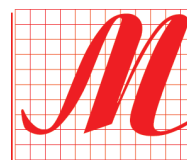
11. Conclusioni

1. L'assistenza sanitaria primaria e l'assistenza distrettuale non hanno avuto nell'arco degli ultimi 20 anni lo sviluppo auspicato e necessario per rispondere ai bisogni socio-sanitari e di salute dei cittadini.
2. Vi sono state carenze legate alla politica sanitaria nazionale, regionale e locale. La programmazione sanitaria ha avuto un ruolo assai marginale nell'attività decisionale e nella pratica quotidiana. L'analisi dei bisogni sanitari e sociali è

ancora assai incerta, forse ha avuto più spazio a livello centrale che a livello regionale e locale. Non si è fatto alcun sforzo per qualificare la spesa sanitaria, oggi siamo nel periodo non felice dei tagli indiscriminati.

3. Domina nel nostro sistema l'ideologia, un po' falsa, dell'ospedale e la teoria ospedalocentrica, con risultato che mai come ora gli ospedali sono in crisi. Non si sa più cosa deve essere effettivamente l'ospedale e a parlare dell'ospedale modello per il futuro viene chiamato un architetto, sia pure insigne.
4. Non esiste una cultura diffusa dell'assistenza sanitaria primaria sia nel mondo degli operatori che degli amministratori. È necessario preparare diversamente i medici e i quadri intermedi e tecnici della sanità dando contenuti più qualificanti ai nuovi corsi di laurea di recente pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
5. Credo che si debba rendere obbligatorio per chi intende svolgere i compiti di medico generale e di pediatra di libera scelta conseguire una specializzazione di 4 anni mirata alle problematiche assai specifiche della assistenza sanitaria primaria.
6. Bisogna realizzare un più efficiente servizio informativo, anche per l'assistenza sanitaria di base.
7. È indispensabile ed urgente promuovere la qualità, attuare la certificazione, sviluppare l'accreditamento all'eccellenza anche per l'assistenza sanitaria primaria.

La SITI dichiara la propria disponibilità alla massima collaborazione sia con il Governo centrale che con le Regioni per una reale promozione della salute nel nostro Paese.



Editoriale

| | |
|--|-----|
| L'Educazione continua in medicina (ECM) e la costante crescita professionale | 185 |
|--|-----|

Speciale MESS

| | |
|--|-----|
| A. Panà | |
| Presentazione | 192 |
| V. Carreri | |
| Assistenza sanitaria primaria ed assistenza distrettuale: identità o differenza? | 195 |
| M.C. Claudi | |
| Profilo storico del distretto nell'organizzazione sanitaria italiana | 208 |
| A. Francescato | |
| Progettazione di un modello sperimentale per l'assistenza domiciliare ai malati oncologici sottoposti a cure palliative nel Lazio | 229 |

Parte Scientifica e Pratica

| | |
|--|-----|
| R. Prato, C. Germinario, M.G. Mastrogiacomo, V. Lepore, P.L. Lopalco | |
| Analisi dei ricoveri ospedalieri per fratture vertebrali in Puglia nel triennio 1998-2000 | 241 |

Note di Storia dell'Igiene

| | |
|---|-----|
| R. Bucci | |
| Igiene e Sanità Pubblica nel 1946 | 253 |

Note di Approfondimento

| | |
|---|-----|
| A. Bonaldi, S. Tardivo, G. Romano | |
| Trend di sviluppo dell'assistenza ospedaliera | 259 |

Note di Aggiornamento

| | |
|---|-----|
| S. Giacomobono | |
| Un confronto tra sistema sanitario inglese ed americano | 271 |

Libri

| | |
|--|-----|
| A. Meinesz | |
| L'alga "assassina", <i>Caulerpa taxifolia</i> : un attentato alla biodiversità del Mediterraneo | 275 |