

LA SANITÀ IN ITALIA

Federico Toth, il Mulino, 2014, riassunto per “ECCOCI CGIL” da Gigi Bacchetta¹

CAPITOLO 1: BREVE STORIA POLITICA DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

Esistono 3 modelli sanitari attraverso cui organizzare il finanziamento e l'erogazione di servizi:

- 1) Assicurazione volontaria
- 2) Assicurazione sociale (o obbligatoria) di malattia
- 3) Il Servizio Sanitario Nazionale.

Il modello dell'assicurazione volontaria si distingue dagli altri due perché non obbliga in alcun modo i singoli cittadini i quali possono scegliere liberamente se assicurarsi o meno. Quando desiderano tutelarsi si rivolgono discrezionalmente alle compagnie private (profit) stipulando con esse delle polizze assicurative che vengono “tagliate su misura” in base ad età, condizioni di salute, condizione economica...

Il modello dell'assicurazione sociale di malattia si basa invece sul principio per cui alcune categorie di lavoratori vengono obbligate per legge ad aderire a uno schema di copertura sanitaria. Ad avere il ruolo di assicuratore non è lo Stato ma una pluralità di casse di malattia, organizzazioni senza fini di lucro che raccolgono contributi dai lavoratori su base categoriale o territoriale. Gli assistiti possono liberamente scegliere le strutture e i professionisti da cui farsi curare e, nella maggioranza dei casi, i soggetti che erogano le cure sono autonomi rispetto alle mutue che si occupano di rimborsare gli iscritti per i costi delle prestazioni sanitarie.

Il Servizio Sanitario Nazionale è molto diverso dai primi due. Viene finanziato attraverso il gettito fiscale, è lo Stato a farsi carico della raccolta e della gestione delle risorse destinate al sistema sanitario e garantisce in questo modo l'assistenza all'intera popolazione. Nei primi due modelli i soggetti assicuratori si limitano a rimborsare le spese sanitarie; il SSN si impegna invece a fornire a tutti i cittadini una gamma di prestazioni attraverso proprie strutture ospedaliere e ambulatoriali e con buona parte del personale sanitario alle proprie dipendenze.

L'Italia ha sperimentato tutti e tre i modelli nel tempo. Fino ai primi anni 40 operava nel nostro Paese un sistema di assicurazione volontaria, si è passati a un sistema di assicurazione sociale di malattia e la riforma del 1978 ha infine istituito il SSN che è stato poi radicalmente riorganizzato all'inizio degli anni 90.

Le maggiori riforme in ambito sanitario hanno avuto luogo nei periodi di forte instabilità politica; la riforma del 1943 fu approvata poche settimane prima della caduta del governo fascista; il SSN al termine di uno degli anni più tragici della storia repubblicana (1978); la riforma del 1992 nel bel mezzo di tangentopoli: non è un caso.

Le società di mutuo soccorso

Fino alla fine degli anni 30 vigeva un sistema di assicurazione volontaria; la protezione contro i rischi di malattia avveniva in due modi: o aderendo a una società di mutuo soccorso o iscrivendosi ai registri comunali degli indigenti.

Il problema in quegli anni non era tanto il costo delle cure mediche quanto la perdita, anche solo temporanea del reddito da lavoro.

I contributi da versare alle SMS potevano oscillare dallo 0,25% al 3% dello stipendio e l'associato, in caso di malattia, avrebbe avuto diritto a un sussidio giornaliero non inferiore al 60% del salario abituale.

Il fenomeno delle SMS ha visto una forte espansione; nel 1862 si contavano 443 mutue con circa 121mila iscritti; a distanza di 40 anni, nel 1904, le SMS erano oltre 6.500 con 926mila associati; nel 1937 superavano i 2,2milioni. Gli indigenti invece si iscrivevano ai registri presenti in ogni municipio e le amministrazioni comunali erano tenute

¹ Segnalazione errori: gigi.bacchetta@cgilpiemonte.it ; il libro è del 2014, per avere dati più recenti si rimanda agli altri riassunti a tema sanità (“7° rapporto GIMBE” e “Salute per tutti” scaricabili su www.cgilnovaravco.it/eccoci)

a farsi carico dell'assistenza. Chi non rientrava nelle due categorie precedenti doveva pagare le cure di tasca propria e provvedere all'assenza di reddito.

Il ruolo cruciale era assegnato al medico condotto che doveva assistere gratuitamente gli indigenti, a pagamento gli altri cittadini e, contestualmente, fungeva da ufficiale sanitario provvedendo alle vaccinazioni e all'invio di rapporti periodici sulle condizioni igienico-sanitarie del territorio di competenza.

L'assistenza ospedaliera era erogata dalle istituzioni religiose e caritative, le opere pie, che si finanziavano attraverso donazioni, beneficenza, contributi dei comuni e pagamenti delle SMS a fronte delle prestazioni in favore degli iscritti. Gli ospedali iniziarono a diventare luoghi ad intensità tecnologica e terapeutica solo a partire dagli anni '20 e '30; fino ad allora erano luoghi di ricovero, di "ospitalità" per poveri, malati e anziani senza familiari.

Il sistema mutualistico

Il sistema di assicurazione volontaria ereditato dall'Italia liberale continuò ad operare anche sotto il regime fascista; la svolta si ebbe nel 1943 con avvisaglie negli anni precedenti. Nel 1939 infatti il contratto degli operai dell'industria stabiliva che venisse istituita in ogni provincia una cassa di mutua interprofessionale per garantire indennità di malattia e la copertura delle spese mediche e farmaceutiche.

La legge 138 del 1943 istituì l'INAM (istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie), la copertura avrebbe riguardato lavoratori e famigliari a carico) per chi lavorava in agricoltura, industria, commercio, creditizio-assicurativo; gli statali e ferrovieri avevano invece l'ENPAS (ente nazionale di previdenza e assistenza per dipendenti statali); per entrambi gli enti l'iscrizione diventava obbligatoria: si passava al sistema di assicurazione sociale di malattia.

Molte altre categorie di lavoratori restavano fuori ma negli anni immediatamente successivi al dopoguerra si estesero le casse mutue – con i relativi obblighi di iscrizione – anche agli altri settori; nel 1950 le casse di malattia fornivano assistenza al 38% degli italiani; nel 1966 si arrivava all'82%.

Ogni categoria aveva la propria gestione mutualistica separata dalle altre; negli anni 70 si contavano oltre 300 enti tra istituti nazionali, casse provinciali, comunali e aziendali; ogni ente aveva un proprio statuto e un proprio regolamento.

Questa estrema frammentazione organizzativa rappresentava uno dei maggiori problemi del sistema che si ripercuoteva con scollamento tra i diversi comparti: medici di famiglia convenzionati con più mutue contemporaneamente, specialistica ambulatoriale fornita da dipendenti delle singole casse, comparto ospedaliero slegato dagli altri.

A questo si aggiungeva una forte disparità di trattamento tra le diverse casse in una situazione in cui la copertura negli anni 70 aveva raggiunto il 93% della popolazione. Restavano esclusi i giovani e i disoccupati e, a partire proprio dagli anni 70, molte casse mutue iniziarono a registrare forti passivi di gestione oltre a divenire oggetto di lottizzazione partitica.

I disavanzi di gestione erano da ricondursi alla crescente spesa ospedaliera; la difficoltà delle casse mutue a rimborsare gli enti ospedalieri mandarono in sofferenza anche questi ultimi; maturò la convinzione che si dovesse procedere a una radicale riforma del comparto che avvenne con la legge 132 del 1968 (legge Mariotti) che estese il diritto all'assistenza ospedaliera a tutti i cittadini (non solo iscritti alle mutue); dei debiti si sarebbe fatto carico lo Stato mentre della programmazione ospedaliera le Regioni.

La rete ospedaliera venne uniformata e razionalizzata sottoponendo tutte le strutture ai medesimi obblighi e controlli; gli ospedali vennero classificati in zionali, provinciali e regionali; tuttavia nemmeno la riforma ospedaliera riuscì a mitigare le difficoltà economiche delle casse mutue: in seguito alla riforma i costi ospedalieri non solo non diminuirono ma triplicarono nell'arco di 5 anni affossando le mutue.

L'istituzione del SSN (1978)

Andreotti IV, monocolori di solidarietà nazionale con appoggio esterno di PSI, PSDI, PRI e PCI; quest'ultimo mette il SSN come condizione al sostegno del governo: non a caso nel 1978 quindi si ottengono il SSN, la legge Basaglia sui servizi psichiatrici e la 194 sulla regolamentazione dell'aborto.

Oltre al PCI fondamentale è risultata la spinta dei sindacati; la CGIL chiedeva il SSN dagli anni cinquanta.

A osteggiare la riforma furono i partiti di opposizione (PLI e MSI) oltre al personale dipendente delle casse mutue e gli ordini dei medici; per entrambi vi era ritrosia nell'accettare di essere "statalizzati" con conseguente rischio di perdita di autonomia e di guadagno. Nello schema iniziale infatti era previsto il divieto di attività libero-professionale: i medici diedero il beneplacito solo una volta ottenuta garanzia che la libera professione non sarebbe stata proibita.

L'iter parlamentare fu molto travagliato e durò oltre 4 anni per arrivare a concludersi con la 833 del 1978: il SSN diventava realtà, finanziato con gettito fiscale, facendo affidamento su tutti gli ospedali e gli ambulatori pubblici che divennero strutture operative. La maggior parte del personale sanitario passò alla dipendenza pubblica e, finalmente, sarebbero stati messi in collegamento tutti i comparti dell'assistenza sanitaria che fino a quel momento operavano scollegati.

Alle regioni vennero assegnate importanti funzioni di programmazione – soprattutto in ambito ospedaliero – mentre la gestione delle unità operative (USL, unità sanitarie locali) fu invece affidata ai comuni.

A differenza delle strutture pubbliche le case di cura e gli ambulatori privati non furono assorbiti dal SSN; i medici di famiglia e alcuni medici specialistici confermarono lo status di liberi professionisti: per essi fu previsto un particolare regime di convenzione; in compenso ai medici ospedalieri che divennero dipendenti del SSN fu concesso di poter continuare a svolgere al di fuori del normale orario di lavoro, anche la libera professione.

Da subito il SSN attirò su di sé critiche di varia natura: accusato di erogare prestazioni di bassa qualità, eccessivamente burocratico, tollerante nei confronti di sprechi e corruzione. L'obiettivo della 833 di mettere le USL sotto controllo democratico portò a conseguenze indesiderate: i comitati di gestione e controllo divennero terreno di lottizzazione partitica.

La riforma del 1992/93

L'occasione per intraprendere una riforma che togliesse la sanità dai partiti per imprimere una svolta manageriale si presentò nel 1992. La congiuntura economica negativa fu aggravata da un'ondata speculativa contro la lira che costrinse il governo ad uscire dal Sistema Monetario Europeo. Alla crisi economica si aggiunse quella politico-istituzionale con tangentopoli. In questo scenario il Parlamento preferì delegare al governo la riforma di settori quali sanità e pensioni, ritenuti strategici per risanare il debito pubblico.

La delega portò in pochi mesi Amato all'approvazione del d.lgs. 502 del 1992; un decreto che diede immediatamente adito a forti critiche che si concentravano in particolare sul tema della mutualità volontaria. L'art. 9 del decreto concedeva infatti ai cittadini la possibilità di uscire dal servizio pubblico trasferendo parte della propria quota di spesa sanitaria a mutue volontarie che avrebbero fatto concorrenza alle nuove ASL che avrebbero sostituito le USL.

Tale disposizione non sortì effetto perché venne subito abolita nel 1993 dal governo Ciampi (517/1993) che andava a specificare che le mutue volontarie avrebbero potuto coprire solo le prestazioni non garantite dal SSN: non si creava più competizione da parte delle mutue ma complementarietà con il servizio pubblico.

Il SSN venne così riorganizzato secondo le 3 nuove linee guida: 1) aziendalizzazione 2) separazione tra committenti e fornitori 3) regionalizzazione.

Le USL divennero così le Aziende Sanitarie Locali (ASL) passando da 670 a 230. I principali ospedali pubblici furono incorporati dalle ASL e trasformati in Aziende Ospedaliere (AO) ossia enti autonomi con configurazione giuridica simile alle ASL. La direzione delle ASL fu affidata a manager pubblici nominati dalla giunta regionale.

Nel modello contrattuale alle ASL viene assegnata una funzione di committenza: è la singola ASL a decidere quali servizi erogare in prima persona e quali commissionare a soggetti terzi. Questa è la seconda grande novità: le ASL svolgono funzione di committenza e le AO quella di erogazione di prestazioni specialistiche; le prime finanziate in base al numero di assistiti residenti mentre le seconde in base al volume delle prestazioni effettivamente erogate.

La terza novità è il rafforzamento del livello regionale.

Gli anni 90 e 2000

Gli anni 90 furono animati da vivace dibattito in tema sanitario: da una parte i sostenitori della privatizzazione per cercare concorrenza tra pubblico e privato che puntavano alla possibilità dei cittadini di uscire dal SSN, sviluppo di fondi integrativi, privatizzazione ospedali e libera scelta da parte dei pazienti; dall'altra c'erano i sostenitori del SSN (in particolare partiti e sindacati) che ribadivano la necessità di intervento pubblico in ambito sanitario.

La riforma Bindi (229/1999) propose per il secondo orientamento. Il punto più controverso riguardò il rapporto di lavoro dei medici del SSN, in particolare la spinosa questione dell'attività libero-professionale: i medici del SSN avrebbero dovuto scegliere una volta per tutte se svolgere libera professione esclusivamente all'interno delle strutture pubbliche o in strutture private.

Coloro che avessero scelto di esercitare anche in strutture private avrebbero dovuto rinunciare, oltre all'indennità di esclusività, anche alla possibilità di essere direttore di struttura: l'85% dei medici optò per l'esclusività del rapporto pubblico.

Le regole introdotte da Bindi vennero modificate dal secondo governo Berlusconi con la 138/2004 che introdusse due sostanziali novità: l'opzione in materia di rapporto esclusivo non sarebbe più stata irreversibile ma opzionabile di anno in anno, la scelta del rapporto non esclusivo non avrebbe più precluso la possibilità di essere responsabili di struttura.

Il settore sanitario è un intricato groviglio di interessi e valori radicati nel tessuto sociale e produttivo, in condizioni di normalità è difficile districare tale groviglio superando resistenze e veti incrociati dei diversi portatori di interesse; cambiamenti radicali richiedono quindi condizioni eccezionali di crisi sistemica.

CAPITOLO 2: L'ARCHITETTURA DEL SISTEMA

Il SSN dovrebbe essere improntato ai seguenti principi fondamentali:

- 1) Universalità della copertura. Da garantire all'intera popolazione, non solo a tutti i cittadini italiani ma anche agli stranieri che si trovino a vario titolo sul territorio nazionale. Chi ha tessera europea ha diritto a medesimo trattamento. Altri Paesi hanno sottoscritto convenzioni (es. Svizzera) ed esibendo l'attestato rilasciato da Paese di origine ne hanno diritto. Anche stranieri senza permesso di soggiorno ne hanno diritto, non sarebbe a titolo gratuito ma possibile autocertificazione d'indigenza: l'assistenza non viene negata a nessuno, è universale.
- 2) Uguaglianza di trattamento dei cittadini. A parità di bisogno i cittadini vanno curati allo stesso modo. Purtroppo l'assistenza offerta non è omogenea su suolo italiano; gap territoriali e chi ha maggiori disponibilità economiche si assicura la sanità migliore andando nel privato.
- 3) Globalità delle prestazioni erogate. SSN si fa carico di tutte le esigenze di salute nell'accezione più ampia possibile; non si limita ai casi acuti ma interviene su diversi fattori che influenzano la salute dei singoli e collettiva. Dare tutto a tutti non è sostenibile però, si è quindi definita una lista di prestazioni che SSN garantisce agli assistiti, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che non ricomprendono prestazioni non strettamente necessarie (es. molti interventi di chirurgia estetica) ma anche altre essenziali (es. cure dentarie).
- 4) Equità di finanziamento. Tramite il gettito fiscale si garantisce compartecipazione progressiva alle spese del SSN: i cittadini più ricchi contribuiscono all'assistenza anche dei meno abbienti. A ridurre l'equità sono intervenuti nel tempo però due elementi: i ticket e la spesa privata. I ticket sono compartecipazioni alla spesa, cadono solo sui malati risparmiando i sani; la spesa privata si compone di due voci: i premi di sottoscrizione di polizze e la componente out-of-pocket ossia le spese pagate direttamente dalle famiglie di tasca propria. Quest'ultima componente continua a crescere andando a delineare un modello in cui si cura solo chi può permetterselo.
- 5) Controllo democratico da parte dei cittadini. Si è passati dalle USL controllate con nomina dai consigli comunali alle ASL i cui direttori generali dipendono dalla giunta regionale. Formalmente unico strumento a disposizione del cittadino sono le elezioni regionali.

- 6) Unicità di gestione e proprietà prevalente pubblica dei fattori di produzione. Obiettivo di riduzione della quota di fornitori privati è disatteso da subito con apertura a collaborazione con liberi professionisti e strutture private. La quota della spesa pubblica che finisce nelle tasche dei privati continua ad aumentare nel tempo.

Articolazione del SSN

3 livelli: 1) nazionale, costituito dal ministero della salute, 2) intermedio, rappresentato dagli assessori regionali alla sanità 3) locale, ASL e AO.

Nazionale: ministero della salute ricopre il ruolo centrale di coordinamento del SSN; definisce i LEA (prestazioni che il SSN si impegna ad erogare ai cittadini in modo uniforme sull'intero territorio) che verranno garantiti in tutta Italia gratuitamente o con compartecipazione data da ticket. Lista dei LEA stilata per la prima volta nel 2001 con oltre 5.700 prestazioni. Oltre a lista LEA c'è anche lista delle prestazioni parzialmente escluse (erogabili solo a date condizioni; es. odontoiatria solo per bambini o adulti in condizione di vulnerabilità sanitaria o sociale) e lista delle prestazioni totalmente escluse (es. medicine non convenzionali o che non hanno come fine la tutela della salute quali la circoncisione rituale o che a parità di beneficio sono più costose di altre disponibili).

I LEA costituiscono il servizio minimo, essenziale, ogni regione è libera di fornire anche prestazioni aggiuntive purché le finanzia con risorse proprie.

Oltre ai LEA il Ministero della Salute provvede anche ad individuare il budget da destinare al SSN (il Fondo Sanitario Nazionale).

Nell'operare il Ministero della Salute è affiancato dal Consiglio Superiore di Sanità (organo tecnico consultivo), Istituto Superiore di Sanità (attività di ricerca scientifica, sperimentazione e formazione), Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) che regola la filiera farmaceutica, Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), Conferenza Stato Regioni che si occupa di raccordo e negoziazione politica tra Stato e regioni.

Regionale: il governo definisce i limiti (riforma titolo 5) le regioni hanno discrezionalità nel programmare e nell'organizzare configurando il proprio SSR (servizio sanitario regionale); individuano gli ospedali da trasformare in aziende ospedaliere e decidono in quante ASL suddividere il proprio territorio.

Locale: vi operano le ASL costituite a seguito della riforma del 1992; si dividono in due categorie: quelle territoriali e quelle ospedaliere. Le ASL territoriali hanno il compito di garantire ai propri assistiti tutti i servizi inclusi nei LEA, possono farlo in prima persona o esternalizzando a fornitori esterni. Attualmente vi sono poco più di 140 ASL con una dimensione media di 420mila abitanti per ASL.

Le AO (aziende ospedaliere) hanno invece esclusiva funzione di produzione avendo il primario compito di erogare cure specialistiche; hanno quindi un ambito di intervento più specifico di quello delle ASL. Al vertice di ogni azienda sanitaria è posto un direttore generale (DG) nominato dalla giunta regionale e viene assunto con un contratto, rinnovabile, di durata non inferiore a 3 e non superiore a 5 anni.

Al DG spetta la scelta su base fiduciaria di due figure apicali che più da vicino lo affiancheranno ossia il direttore amministrativo e il direttore sanitario.

Le strutture ospedaliere non godono infatti tutte dello stesso status; a seconda della loro autonomia gli ospedali pubblici si dividono in 3 categorie: gli IRCCS, le aziende ospedaliere e i presidi ospedaliari. Gli IRCCS (istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) sono ospedali di eccellenza e di rilievo nazionale che perseguono anche attività di ricerca in ambito biomedico; in Italia ce ne sono 47 riconosciuti (20 pubblici, 27 privati).

Le AO sono un'ottantina di cui una trentina nella sola Lombardia; gli ospedali pubblici rimangono invece all'interno delle rispettive ASL di cui divengono presidi ospedaliari godendo di minore autonomia.

Il finanziamento del sistema

Il finanziamento si articola “a cascata”. Per prima cosa viene determinato l’ammontare complessivo delle risorse da destinare al SSN; il budget nazionale viene ripartito tra le regioni; ogni regione lo suddivide tra le ASL, le ASL con le risorse assegnate pagano gli erogatori dei servizi (pubblici e privati).

La determinazione del FSN (fondo sanitario nazionale) è di competenza del governo che decide ogni anno quanto stanziare; dovrebbe essere calcolato in proporzione ai LEA (ma a un loro aumento o riduzione non ha mai corrisposto un pari aumento o riduzione del fondo). Negli ultimi decenni è stato determinato in modo più pragmatico: prendendo come riferimento quanto stanziato in precedenza (spesa storica) e aggiustandolo.

Dal 2001 si è tentato di impostare la programmazione su base triennale con i Patti per la Salute e da lì è iniziata la querelle tra Stato e Regioni sull’entità del fondo e su un sottofinanziamento della sanità.

Il fondo sanitario nazionale è finanziato da diverse fonti:

- Imposta regionale sulle attività produttive (IRAP)
- Addizionale regionale dell’imposta sui redditi delle persone fisiche (IRPEF)
- Compartecipazione regionale al gettito IVA
- Compartecipazione all’accisa sulla benzina
- Entrate proprie delle aziende sanitarie (ticket dei pazienti, quote attività intramoenia, interessi attivi e redditi patrimoniali)

Riparto tra le regioni

Il passo successivo è la suddivisione del fondo tra regioni (eccezion fatta per una quota del 2% destinata al finanziamento di programmi nazionali). Nella fase in cui si decide l’ammontare del FSN le regioni fanno fronte comune contro il governo per ottenere il più possibile, da lì in poi parte la concorrenza tra loro per far valere i criteri di riparto che garantiscano quote più vantaggiose.

Negli ultimi anni oltre al numero di residenti si è tenuto conto anche dell’età della popolazione regionale; per “pesare” al meglio occorrerebbe però considerare anche altri fattori tra cui l’incidenza di determinate patologie, le condizioni igieniche e ambientali, gli stili di vita della popolazione, il livello socioeconomico, gli eventuali deficit a livello infrastrutturale e tecnologico.

La legge 42 2009 prevede che i trasferimenti alle regioni vengano calcolati in base ai costi standard; vengono individuate regioni benchmark che si distinguono rispetto alle altre per efficienza. Il costo standard corrisponde alla spesa pro capite sostenuta dalle regioni benchmark per assicurare i propri assistiti i LEA.

Il finanziamento di ASL e AO

Ogni regione è tenuta a ripartire il proprio budget tra ASL e AO. Viene accantonata una quota di budget da destinare alle spese regionali accentrate e alle cosiddette funzioni non tariffate (es. ARPA, rimborso mobilità interregionale passiva ossia costi per i cittadini che vanno a curarsi fuori regione).

In alcuni casi i fondi vanno tutti alle ASL che a loro volta finanziano le AO; in altri anche le AO rientrano direttamente nel riparto. Il finanziamento delle ASL avviene quasi ovunque con una quota capitaria pesata considerando anche fattori epidemiologici e demografici. Le AO vengono invece remunerate a tariffa in base a prestazioni effettivamente erogate.

Le tariffe per l’assistenza ospedaliera sono calcolate in base al sistema dei DRG (diagnosis related groups) ossia raggruppamenti omogenei di diagnosi che consente di classificare i pazienti dimessi da un ospedale in base alle diagnosi. Attualmente le possibili diagnosi sono raggruppate in 538 DRG.

L’ASL e il pagamento dei fornitori

L’ultimo passaggio è il pagamento da parte delle ASL degli erogatori dei servizi. Budget delle ASL viene così ripartito in 3 diverse voci a seconda che i servizi siano: 1) erogati direttamente dalle ASL, 2) forniti da professionisti convenzionati, 3) erogati da strutture private accreditate.

I servizi a erogazione diretta prendono la maggior parte del bilancio delle ASL, il regime di convenzione viene adottato soprattutto per la medicina generale, specialistica ambulatoriale e farmaceutica. I medici di famiglia

sono infatti liberi professionisti in convenzione con il servizio pubblico così come i Pediatri di Libera Scelta, oi medici specialistici ambulatoriali, la guardia medica e le farmacie.

I medici di famiglia e pediatri sono pagati a quota capitaria in base a numero assistiti; medici guardia medica e specialisti su base oraria, farmacie attraverso i prezzi dei farmaci.

Vi sono infine le strutture private accreditate ossia le case di cura e gli ambulatori privati che erogano servizi per conto del SSN e che per potersi legare hanno bisogno delle 3 A: autorizzazione, accreditamento e accordo contrattuale sottoscritto con le ASL.

CAPITOLO 3: I SISTEMI SANITARI REGIONALI E IL DIVARIO NORD-SUD

Negli ultimi 30 anni i sistemi sanitari regionali, approfittando dell'autonomia loro concessa, sono andati organizzandosi in maniera differente l'uno dall'altro.

I modelli regionali

Per prima cosa le regioni hanno dovuto decidere in quante ASL suddividere il proprio territorio. Alcune hanno ASL di dimensioni ridotte inferiori a 250mila abitanti (Friuli, Sardegna, Veneto); in altre superiori ai 650mila abitanti (Lombardia, Puglia e Campania). Nella maggioranza dei casi l'ASL coincide con la provincia di riferimento ma l'idea di abbassare i costi di gestione aumentandone le dimensioni ha fatto sì che si creassero ASL superiori alla dimensione territoriale o rientranti in un'unica "area vasta".

Le aziende ospedaliere: sistemi integrati e separati

Oltre al numero di ASL le regioni hanno preso una seconda decisione: se lasciare gli ospedali sotto la gestione diretta delle ASL o trasformarli in aziende autonome. Si sono sviluppati così due modelli: quello integrato e quello separato.

Quello integrato riguarda la maggior parte degli ospedali che vengono gestiti direttamente dalle ASL e solo pochi ospedali di grandi dimensioni vengono costituiti in Aziende Ospedaliere (AO); nel modello separato anche gli ospedali dalle ridotte dimensioni vengono sottratti alle ASL e accorpati in AO a se stanti. Lombardia ha fatto proprio il modello separato e della novantina di ospedali operanti solo due sono incardinati nelle ASL, tutti gli altri sono suddivisi in 29 AO; Piemonte e Friuli via di mezzo: metà sotto ASL e metà in AO.

Il coinvolgimento di fornitori privati

I SSR differiscono tra loro anche per il coinvolgimento di fornitori privati: alcune vi fanno grande affidamento altre meno tenendo l'offerta pubblica. Lazio e Lombardia arrivano al 40% di ricorso ai privati mentre Piemonte a 1/3.

L'assistenza ospedaliera territoriale

Altra decisione delle regioni: quante risorse destinare alle cure ospedaliere e quante all'assistenza extraospedaliera. Il sistema italiano è troppo "ospedalocentrico" incarnando una concezione obsoleta di assistenza sanitaria; bisogna al contrario investire sui servizi territoriali e domiciliari per dare risposta alle nuove esigenze della popolazione italiana (più anziana e più soggetta a malattie croniche).

Al contempo occorre potenziare e differenziare l'offerta di strutture alternative all'ospedale tradizionale come le residenze per lungodegenti, i centri per riabilitazione, le RSA, gli hospice. Questo ragionamento ha portato al passaggio dai 7,2 posti letto per mille abitanti degli anni '90 ai 3 per mille abitanti attuali.

Ogni regione è tenuta a suddividere il proprio budget in tre distinte voci: l'assistenza ospedaliera, l'assistenza territoriale e l'assistenza collettiva.

La prima comprende le cure in ambito ospedaliero; per territoriale si intendono i medici di famiglia, i pediatri ma anche l'assistenza ambulatoriale, la guardia medica, l'assistenza domiciliare, la farmaceutica convenzionata e i servizi territoriali e residenziali rivolti a anziani, disabili e soggetti dipendenti da sostanze o alcol; l'assistenza

collettiva comprende invece attività di prevenzione (vaccini e screening), tutela igienico sanitaria degli alimenti e veterinaria.

Nel Patto per la Salute 2010-2012 le regioni si sono impegnate a suddividere il budget nel modo seguente: 5% collettiva, 51% territoriale e 44% ospedaliera.

Nello sviluppo dei PSR le regioni hanno quindi dovuto decidere su 4 questioni strategiche: numero e dimensioni delle ASL, collocazione degli ospedali nelle ASL o in AO, volume di prestazioni da esternalizzare, ripartizione della spesa regionale tra cure ospedaliere e territoriali.

Per sostenere le spese le regioni ricevono grossomodo la stessa quota pro capite necessaria per garantire i LEA sul proprio territorio; alcune riescono a stare dentro al budget, altre no; il risultato di esercizio diviene così un importante criterio in base al quale valutare l'abilità dei governi di gestire il proprio piano sanitario.

Il divario tra nord e sud emerge chiaramente se si valuta in quale misura le regioni concorrono al disavanzo complessivo con le regioni meridionali che concorrono per la quasi totalità del disavanzo complessivo. In caso di disavanzo le regioni concordano il piano di rientro con i ministri della Salute e dell'Economia e, qualora vi ci si scostasse, interviene il governo nominando un commissario per le regioni maggiormente in difficoltà.

La mobilità interregionale

Gli iscritti al SSN possono, una volta in possesso di un'impegnativa del medico di famiglia, scegliere l'ospedale presso cui farsi curare. Tale libertà è responsabile della cosiddetta mobilità sanitaria interregionale in base alla quale centinaia di migliaia di pazienti vengono curati in una regione diversa da quella in cui risiedono: i ricoveri emergenziali rappresentano meno del 10% dei ricoveri fuori regione, si tratta quindi di una scelta ponderata.

I dati permettono di capire quindi da quali regioni "si fugge" e in quali regioni si preferisce andare a farsi curare: si fugge dalle regioni di minori dimensioni e meridionali verso quelle settentrionali.

Ogni SSR dovrà poi rimborsare i ricoveri fuori regione dei propri assistiti alla regione di destinazione: la mobilità in uscita rappresenta quindi una spesa a carico del bilancio regionale mentre quella in entrata è fonte di introiti. Ecco perché le regioni del Centro Sud finiscono ogni anno per versare un miliardo di € all'anno alle regioni del nord negli ultimi 10 anni².

Il dato è avvalorato anche dall'opinione dei pazienti sulle cure ricevute: pazienti soddisfatti nel 51% dei casi nel centro nord contro il 23% nel sud.

CAPITOLO 4: IL PERSONALE SANITARIO³

Di tutto il personale sanitario oltre la metà è dipendente dal SSN e un ulteriore 30% lavora in regime di convenzione o di accreditamento: oltre l'85% lavora per il SSN allargato; il "privato puro" rappresenta il 15% dell'occupazione.

Il personale del SSN

La componente più numerosa è costituita dagli infermieri (40%), i medici arrivano al 16% mentre poco meno del 30% del personale è inquadrato in ruoli non sanitari (amministrativi e tecnici, assistenti sociali, programmatori...); gli altri ruoli sanitari (tecnici di laboratorio, ortopedici, fisioterapisti...) costituiscono il 10%; veterinari e odontoiatri non arrivano all'1% mentre le altre figure dirigenziali sono il 3%.

Le donne sono il 65% degli occupati, in particolare perché sono il 77% del personale infermieristico; le posizioni apicali nell'80% sono ricoperte da uomini.

² Dato aggiornato con 7 rapporto GIMBE uscito nel 2024; scaricabile qui <https://www.cgilnovaravco.it/eccoci/>

³ Si rimanda al rapporto GIMBE 2024 per dati più aggiornati essendo quelli riportati riferibili al 2013-2014; scaricabile su <https://www.cgilnovaravco.it/eccoci/>

I medici

Quelli iscritti all'albo sono circa 376mila ma quelli professionalmente attivi sono 237mila; vi sono quindi 4 medici ogni mille abitanti (superiori alla media OCSE che è di 3,2) ma il dato non è confortante in quanto l'età media è elevata e da anni le uscite sono superiori alle entrate; se non verranno prese contromisure tra 12anni potrebbero esserci circa 100mila medici in meno rispetto ad oggi.

Poco più della metà di loro sono dipendenti del SSN (52%) o delle università; quelli in convenzione con il servizio pubblico rappresentano il 34% mentre il 13% lavora per strutture private equiparate e convenzionate con il SSN. Solo l'1% è libero professionista non convenzionato o dipendente di case di cura non accreditate con il SSN.

Fino a pochi anni fa i medici ospedalieri avevano 3 livelli gerarchici: primari, aiuti, assistenti. Per accedere a ognuno di essi serviva superamento concorso pubblico. Dai primi anni 90 la distinzione è stata superata; con la 502/1992 i medici del pubblico sono stati suddivisi in due fasce: dirigenti di primo livello (ex assistenti e aiuti) e dirigenti di secondo livello (ex primari) con funzioni di direzione.

Questo assetto è rimasto per pochi anni; il d.lgs. 229/1999 ha rivisto la classificazione collocando tutta la dirigenza medica in un unico ruolo e in un unico livello: oggi si parla solo di "dirigenti medici" suddivisi in 4 fasce con diversi livelli di responsabilità.

Livello inferiore: medici di prima assunzione. In ruolo fino a 5 anni, senza direzione di alcuna struttura. Il secondo livello comporta incarichi di natura professionale: può variare da 3 a 5 anni; terzo livello per medici responsabili di struttura semplice, dai 3 ai 5 anni, conferiti da direzione aziendale; ultimo livello per dirigenza struttura complessa, sovraordinati alle strutture semplici (es. distretto o dipartimento o presidio ospedaliero), dai 5 ai 7 anni di durata e attribuiti mediante concorso.

Intramoenia ed extramoenia

Ai medici del servizio pubblico è consentito di svolgere, in aggiunta alla propria attività professionale, anche la libera professione ossia l'attività che detto personale esercita individualmente o in equipe, al di fuori del normale orario di servizio, su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso. In nessun caso l'attività libero-professionale può comportare un volume di lavoro superiore a quello dedicato ai compiti istituzionali.

I medici del SSN che intendano svolgere attività libero professionale possono scegliere tra due modalità alternative: l'intramoenia e l'extramoenia. L'intramoenia viene svolta esclusivamente all'interno della struttura pubblica presso cui il medico lavora mentre l'extramoenia in strutture private o nel proprio studio personale.

La scelta tra una o l'altra modalità può essere cambiata di anno in anno; i medici che optano per l'esclusività del rapporto (attività privata solo in intramoenia) vengono ricompensati con un premio economico (nel 2013 di 10.800). Il 95% dei medici dipendenti dal SSN opta per l'esclusività del rapporto precludendosi la possibilità dell'extramoenia.

L'intramoenia mira a un duplice vantaggio: permettere ai medici di lavorare esclusivamente all'interno della propria struttura (evitando prassi del mattino nel pubblico e pomeriggio nel privato avvantaggiando il secondo) e fornire introiti aggiuntivi per le ASL (medici tenuti a versare percentuale sugli incassi all'ASL).

Nel 2013 in Italia si sono spesi 1,25 miliardi per acquistare servizi intramoenia (21 € per ogni cittadino); l'86% dei ricavi è andato a pagare il personale che ha erogato la prestazione; chi la svolge guadagna mediamente 17.700 € l'anno dall'intramoenia e alle ASL rimane il 14%; non si arriva a 200 milioni, lo 0,2% delle entrate del SSN.

Motivi per cui i pazienti vi ricorrono invece sono 3: la possibilità di scegliere personalmente il medico da cui farsi curare; la possibilità di ottenere le prestazioni in tempi più rapidi rispetto a quelli dell'attività istituzionale; la possibilità di usufruire di standard alberghieri superiori (rispetto all'attività istituzionale).

Riguardo ai tempi di attesa occorrerebbe far riferimento a quanto previsto dalla 120/2007 che stabilisce che le singole aziende debbano adoperarsi al fine di allineare i tempi d'attesa delle prestazioni istituzionali a quelli delle prestazioni rese in regime di intramoenia; il ricorso all'intramoenia deve essere frutto di libera scelta del cittadino e non di obbligatorietà per sopperire a carenza istituzionale.

Con il d.lgs.299 del 1999 (riforma ter, Bindi) venne chiesto ai medici del SSN di scegliere tra intramoenia ed extramoenia; sorse presto il problema degli spazi per questo si ricorse all'intramoenia allargata con cui – in caso di mancanza di spazi adeguati all'interno delle strutture – veniva consentito ai singoli medici previa autorizzazione dell'ASL di svolgere prestazioni anche in strutture private o nel proprio studio.

Rimane opinione diffusa che le modalità con cui è disciplinata l'intramoenia siano troppo lasche; operazione “tra le mura” di carabinieri e NAS hanno controllato centinaia di medici; a circa la metà sono stati contestati almeno uno dei rati tra peculato (intascato pagamenti in nero), concussione (aver indotto pazienti a rivolgersi a proprie strutture), abuso di ufficio (attività privata durante orario istituzionale), falso in atto pubblico (falsificato documenti per accedere a indennità di esclusività) e truffa aggravata (sottratto ingiustamente profitto al SSN).

189/2012, decreto Balduzzi, intervenuto prevedendo che intramoenia allargata porti a dotare medici a proprie spese di infrastruttura per collegare attività ad ASL di appartenenza.

I medici di famiglia

Il SSN consente a ogni assistito di scegliere il proprio medico di famiglia, per i minori di 14 anni c'è diritto a iscriversi presso pediatra di libera scelta.

I medici di famiglia oltre a fornire ad assistiti le cure primarie svolgono anche il ruolo di gatekeepers, ossia di filtro e smistamento dei pazienti che necessitino di ulteriori cure. Sono quindi loro, attraverso le prescrizioni, a determinare la domanda di prestazioni di cui il servizio pubblico dovrà farsi carico.

Nonostante il ruolo strategico, medici e pediatri non sono dipendenti del SSN ma liberi professionisti convenzionati in base a un accordo collettivo nazionale sottoscritto periodicamente. Essere liberi professionisti fa un'enorme differenza a livello di organizzazione del lavoro e a livello di coordinamento complessivo del sistema.

Il sistema di pagamento è su base capitaria (un importo in base al numero di assistiti) per un massimo di 1.500 assistiti (numero derogabile previa autorizzazione regionale) mentre per pediatri il numero massimo è di 800. I medici di famiglia convenzionati sono tenuti a tenere aperto il proprio ambulatorio 5 giorni a settimana con libertà di orario (accordo collettivo prevede orario minimo).

I medici di famiglia convenzionati sono 46mila; 72% uomini e 28% donne con una media di 1.140 pazienti; i pediatri sono 7.700 con 860 bambini in media e 62% donne 38% uomini.

Ampia autonomia finisce per non garantire coordinamento di queste figure con quelle degli altri erogatori di cure sanitarie divenendo una delle maggiori criticità della sanità italiana. Per questo si punta sempre di più a farli lavorare in forma associata puntando a una medicina di gruppo che richiede una stretta integrazione tra i professionisti coinvolti e la condivisione di spazi e attrezzature comuni ampliando gamma e qualità di servizi offerti (consultazione e suddivisione compiti).

Oltre alla medicina di gruppo (unica sede ed elevata integrazione) si sviluppano altre forme più blande quali medicina di rete e medicina in associazione; il 67% dei medici di famiglia partecipa a una di queste tre forme associative ricevendo il relativo incentivo economico.

I medici e le altre professioni sanitarie

In Italia i professionisti sanitari nel 2012 sono 678mila; il 49,4% costituito da infermieri, il 35,1% da medici, il 7,2% da personale delle funzioni riabilitative; il 6,7% da personale tecnico e sanitario; l'1,6% da personale di vigilanza e ispezione.

Negli ultimi anni le professioni sanitarie non mediche hanno rivendicato maggiore autonomia mettendo in discussione le gerarchie a seguito dei profondi cambiamenti intervenuti. In passato si distingueva tra professioni sanitarie principali (obbligo laurea) e ausiliarie (diploma o niente); dai primi anni 90 modifiche richiedendo laurea triennale anche per ausiliarie da conseguire presso facoltà medicina.

Gli infermieri

Circa 350mila; 86% nel pubblico, 6% strutture equiparate convenzionate e 8% in case di cura autonome. 6,3 infermieri ogni mille abitanti (media OCSE 8,7), carenza di non meno di 40mila. Cambiamenti negli ultimi 20 anni

hanno riguardato il passaggio alla formazione universitaria, l'abolizione del mansionario e l'introduzione della dirigenza infermieristica con maggiori spazi di autonomia e responsabilità.

Legge 42/1999 ha legittimato la professionalità in due modi: professione non più ausiliaria rispetto a quella medica, abrogando il mansionario e premettendo di pianificare il lavoro in modo autonomo.

LA 251/2000 ha previsto la possibile istituzione dentro a ogni ASL del servizio di assistenza infermieristica e ostetrica e l'attribuzione dell'incarico di dirigente responsabile del servizio infermieristico (in precedenza infermieri non potevano accedere alla dirigenza).

Per esercitare è necessario frequentare un corso di laurea triennale a seguito del quale ci si può iscrivere presso l'IPASVI della propria provincia e iniziare ad esercitare la professione.

Le accuse di malpractice e la medicina difensiva

Fenomeno che genera preoccupazione: sempre più spesso il personale sanitario è bersaglio di denunce da parte dei pazienti. Per il medical malpractice si intende ogni forma di cattiva condotta da parte del professionista sanitario che, per scarsa abilità o negligenza, arrechi danno a un proprio paziente.

Nel 2011 il numero di denunce è più che triplicato rispetto a gli anni 90: le cause intentate contro ospedali e personale sanitario in seguito a errori e disservizi sono state oltre 31.500 nell'anno e l'entità media dei risarcimenti erogati intorno ai 30.800 € per ogni sinistro.

Le coperture assicurative (individuali o aziendali) hanno così rivestito un ruolo maggiore così come i costi per sottoscriverle (oltre 500milioni di €) con incremento del 5% di premio per le aziendali e del 10% per quelle individuali.

La deriva culturale e sociale minaccia ed erode il rapporto fiduciario medico-paziente disorientando i professionisti che sono in tal modo indotti a vedere nel paziente non solo una persona da assistere ma un soggetto potenzialmente ostile da cui difendersi; entra così in gioco la "medicina difensiva" ossia tutte le pratiche mediche finalizzate non tanto a praticare una corretta diagnosi o a fornire un effettivo beneficio al paziente quanto piuttosto ad evitare una denuncia per malpractice.

La medicina difensiva opera attraverso due diverse forme; si definisce positiva quando i professionisti sanitari per paura di essere citati in giudizio eccedono nella prescrizione di esami, visite specialistiche e farmaci rispetto a quelli necessari; prende invece accezione negativa quando i professionisti si astengono dall'effettuare procedure e interventi considerati ad alto rischio.

Da indagine del 2009 emerge che il 78% dei medici interpellati ammette di avere intenzionalmente adottato, almeno una volta nel mese di lavoro oggetto di inchiesta, comportamenti difensivi. 83% ha inserito annotazioni evitabili, 61% ha prescritto esami diagnostici evitabili, 69% ha indirizzato pazienti verso ospedale anche se trattabili ambulatorialmente, 52% prescritto farmaci non prettamente necessari.

La stima del danno della medicina difensiva è di 16miliardi l'anno!

CAPITOLO 5: LA SANITÀ ITALIANA TRA PROBLEMI E SFIDE PER IL FUTURO

Il dibattito sulla sostenibilità del SSN vede da una parte quelli che temono la progressiva privatizzazione del sistema reputando come errore madornale l'abbandono dell'approccio universalistico; dall'altro quelli che ritengono che l'attuale modello non sia più sostenibile in futuro con la necessità di trovare misure alternative quali le mutue integrative.

Nel prossimo futuro il "bisogno di sanità" aumenterà da un lato a causa dell'invecchiamento della popolazione, dall'altro per le nuove tecniche mediche frutto dei progressi scientifici che vengono messe a disposizione.

L'invecchiamento porta con sé patologie croniche e degenerative oltre a costi mediamente superiori: senza considerare le cure primarie, la prevenzione e la long term care; limitandoci alle sole cure per acuti possiamo già osservare come i ventenni costino mediamente il 40% della spesa media per ogni cittadino; i quarantenni il 55%;

i sessantenni il 170% mentre gli 80enni il 240%. Un ottantenne ha consumi sanitari 6 volte superiori rispetto a un ventenne.

Ad oggi gli ultrasessantacinquenni sono il 20% della popolazione ma nel 2050 saranno un terzo!

All'andamento demografico preoccupante si assoceranno inoltre i tagli attesi che incapperanno direttamente sulle regioni che – a meno di ridefinizione a ribasso dei costi dei LEA – dovranno sopperire sempre più con risorse proprie. Questa riduzione di risorse viene accompagnata da indicazioni quali quella di Monti nel 2012 relativa ai tagli dei posti letto negli ospedali per andare ad aumentare quella nelle strutture riabilitative o dedicate alla lunga degenza.

Dal 2000 al 2012 sono stati tagliati 64mila posti letto negli ospedali con una contrazione del 30%.

Questi tagli porteranno a due conseguenze fondamentali: l'allungamento delle liste d'attesa e l'inasprimento dei ticket con, a loro volta, un maggiore ricorso al privato a pagamento.

Quello dei tempi di attesa è un fenomeno sfaccettato: l'allungamento può essere figlio di scarsa produttività, di carenza di personale oppure di un'ottima qualità della struttura e del personale tale da attirare utenti da fuori.

Quando i tempi di attesa massima non vengono rispettati il cittadino ha diritto – lo prevede il d.lgs. 124 del 1998 – a ottenere la prestazione in regime di libera professione intramoenia: in questo caso il costo della visita è a carico dell'ASL e il paziente paga solo il ticket se dovuto. Le misure messe in campo per ridurre le liste d'attesa si sono rivelate poco efficaci soprattutto in una situazione in cui il 68% di chi si è rivolto al privato lo ha fatto a causa delle lunghe liste d'attesa.

A beneficiare delle lunghe liste sono infatti i privati con l'instaurarsi di un conflitto di interessi che vede il medico del SSN che svolge attività privata intramoenia e che guardi al tornaconto poter non avere alcun interesse ad accorciare le liste perché così facendo ne risentirebbe la propria attività libero professionale.

Per quanto riguarda i ticket invece negli anni i governi hanno introdotto ticket di varia natura; nel 2012 gli italiani hanno pagato 2,9 miliardi in ticket (48,5 € a testa); sono però previste diverse categorie di esenzione per cittadini a basso reddito, invalidi, per chi affetto da determinate patologie croniche o malattie rare: solo il 54% della popolazione li paga.

Questo inasprimento della compartecipazione ha due conseguenze: parte della spesa viene trasferita alle famiglie che così vedono lievitare la propria spesa out of pocket; diminuisce il consumo di prestazioni sanitarie; aumenta il ricorso ai fornitori privati a pagamento.

Della spesa in sanità privata l'82% è out of pocket ossia viene pagata direttamente dai pazienti a fronte dei servizi usufruiti mentre il 18% viene speso per polizze presso compagnie assicurative (4%) o fondi sanitari integrativi (14%). L'elevata incidenza della spesa privata va ricondotta a quelle prestazioni che non vengono coperte dal pubblico (92% odontoiatriche, 64% ginecologiche, 57% dietologiche).

Con sanità integrativa si intende un concetto generale che comprende al proprio interno anche la mutualità integrativa che fa riferimento esclusivamente alle casse e ai fondi sanitari senza fine di lucro. La mutualità integrativa è presente dalla 833/1978; nella riforma del 1992 la volontà era addirittura quella di renderla alternativa al SSN (poi modificata subito dopo nel 1993).

Con la 229/1999 si sottolinea ulteriormente la complementarietà che dovrebbe caratterizzare la mutualità volontaria con i fondi che dovrebbero concentrarsi solo su prestazioni non incluse. Turco 2008 e Sacconi 2009 hanno confermato tale impostazione con trattamento fiscale agevolato (deducibilità). Permane l'idea di una sanità integrativa che si mostri complementare e non sostitutiva, un secondo pilastro che affianchi quella nazionale.

La mancanza di integrazione

Quando si chiede agli italiani di individuare il principale aspetto negativo del SSN essi menzionano le liste d'attesa; al secondo la mancanza di coordinamento tra le strutture che costringono i cittadini a girare da un ufficio all'altro facendo i fattorini. Vi è confusione già all'interno degli ospedali, ancora di più nel raccordo tra ospedale e territorio.

Per questo si tenta come soluzione quella di un “ospedale per intensità di cura” coordinato al proprio interno e le “case della salute” che facciano lavorare insieme i professionisti impegnati in un territorio.

Con “ospedale per intensità di cura” si intende un ospedale suddiviso su tre livelli che corrispondono a parti diverse dell’ospedale. Il primo è dedicato all’alta intensità di cura con terapia intensiva e sub intensiva, la rianimazione, le unità intensive cardiologiche e respiratorie, la stroke unit per pazienti affetti da ictus.

Il secondo livello è dedicato alle cure a media intensità che comprende le attività di ricovero ordinario a ciclo breve; a sua volta questo livello è articolato in aree funzionali all’interno delle quali operano le diverse discipline specialistiche.

Il terzo livello è a bassa intensità rivolto alla cura delle post acuzie: livello di decompressione che serve ad avviare i pazienti verso le dimissioni.

Per ogni paziente viene predisposto un piano clinico personalizzato al quale contribuiscono tutte le figure professionali ritenute necessarie; per garantire la continuità del processo assistenziale all’arrivo in ospedale al paziente viene affidato un medico tutor e un infermiere referente.

Operare in questo modo garantisce due vantaggi: approccio multidisciplinare (sono più frequenti i casi di pazienti con più patologie in contemporanea) e flessibilità nell’utilizzo di personale e posti letto.

Le case della salute

Costituiscono un modello innovativo che ambisce ad aggregare e a far lavorare insieme tutti i professionisti che operano sul territorio; questo modello ha iniziato a diffondersi dal 2006 ed era tra gli obiettivi strategici del New Deal della salute di Livia Turco.

Caratteristica fondamentale è quella di riunire in un’unica sede una pluralità di operatori sanitari che altrimenti sarebbero dislocati su più uffici e ambulatori.

Avendo uno staff multidisciplinare diventa possibile avviare un ampio ventaglio di servizi; alcune case possono infatti essere dotate di autoambulanze, consultorio familiare, macchinari per recupero e riabilitazione funzionale. Il tutto dialogando in rete con ospedale, servizi di salute mentale e sanità pubblica; aperte tutti i giorni a tutte le ore ambiscono a dare al cittadino la garanzia di trovare una struttura sempre aperta.

I vantaggi sono la promozione di percorsi assistenziali più continui e integrati, un approccio multidisciplinare favorendo il lavoro di squadra, evitare la dispersione dei servizi su più sedi con disagi e costi di coordinamento, garantire la presenza continuativamente disincentivando l’accesso improprio al pronto soccorso, migliorare la qualità dell’assistenza complessiva soprattutto nei pazienti affetti da patologie croniche.