

Osservatorio sui sistemi sanitari

La carenza di personale e i rapporti con il privato*

Giuseppe Zuccatelli**

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

Il regolamento per la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nell'ambito del SSN (Decreto Ministeriale 77 del 2022), unitamente alla sottoscrizione dei contratti interistituzionali di sviluppo, – ossia il patto fra i soggetti attuatori (Ministero-Regioni/Province Autonome) di garanzia sulla qualità della spesa pubblica – costituiscono due presupposti fondamentali della Missione 6 del PNRR riferita alle reti di prossimità, le strutture e la telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

L'esigenza di rafforzare il SSN ed in particolare di intervenire sui servizi territoriali, allo scopo di garantire equità di accesso alla cure e di rafforzare la prevenzione e i servizi sul territorio, non è più ulteriormente rinviabile.

Le note criticità dell'accesso alle prestazioni e delle liste di attesa si sono ancor più aggravate in seguito al Covid che ha influito, e continua ad influire, sulla salute dei cittadini, pure indirettamente, per la riduzione delle attività ospedaliere e territoriali che la pandemia ha provocato con la mancata effettuazione di interventi chirurgici, prestazioni ambulatoriali e interventi di diagnosi precoce e con la rinuncia alle prestazioni da parte di cittadini che evitavano il ricorso alle strutture ospedaliere. Particolarmente significativa al riguardo, ad esempio, è stata la situazione del Policlinico Sant'Orsola – Malpighi di Bologna che nei mesi dicembre 2020 e gennaio, febbraio 2021 è stato trasformato in un ospedale completamente dedicato all'assistenza dei malati Covid, eliminando quindi l'erogazione di ogni altra prestazione sanitaria non connessa alla emergenza pandemica.

Occorre dunque affrontare il problema dell'equità di accesso con impegno e radicalità, allo scopo di offrire servizi territoriali in grado di dare risposte assistenziali in tempi accettabili, pur nella piena consapevolezza della crisi complessiva in cui versa il SSN, non solo in ragione della costante diminuzione delle risorse economiche destinate al suo fi-

* Lo scritto costituisce una rielaborazione dell'intervento svolto dall'Autore nella Giornata di studio "La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?" (Milano, 26 aprile 2023), promossa dall'Università Cattolica del Sacro Cuore a conclusione della seconda edizione del Corso di perfezionamento in "Organizzazione e gestione delle Case della Comunità" e nell'ambito del PRIN 2020 "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia".

** Manager sanitario. Già presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

nanziamento, ma pure per la carenza di professionisti, non solo medici ma anche dell'area infermieristica e delle professioni sanitarie. Peraltro la carenza di personale sanitario, medici e di tutte le professioni sanitarie, è figlia della cultura dei tetti di spesa e dei vincoli economici e strutturali imposti dal 2005 in poi.

Tuttavia, attualmente, nonostante la disponibilità di risorse, almeno per garantire il *turn over*, l'offerta risulta assolutamente carente, specie per alcune figure, come gli infermieri, e per alcune discipline mediche come quelle dell'area dell'emergenza, in particolare medicina d'urgenza, anestesia e rianimazione, pediatri, radiologi. Non può tacersi che si tratta di una crisi largamente annunciata, visto che la carenza di offerta viene segnalata da almeno un decennio per i medici e addirittura da molto prima per gli infermieri. Inoltre, nel caso dei medici, la carenza è destinata ad acuirsi per la loro età media molto avanzata, come si evince pure nel Rapporto sul personale del SSN pubblicato nell'ottobre 2022 da Agenas. Il difetto di programmazione ha fatto sì che le uscite di personale non sono state accompagnate da un numero adeguato di contratti di formazione che tenesse conto sia del fabbisogno del sistema che del totale di neolaureati in arrivo dalle università, fenomeno ribattezzato «imbuto formativo».

Nonostante da un paio di anni i contratti programmati di formazione specialistica siano molto aumentati, passando dai 7.547 del 2008 ai 14.378 dell'anno accademico 2021-2022, gli effetti positivi tardano ad arrivare, dal momento che per formare uno specialista servono dai 4 ai 5 anni. Per accorciare i tempi per procedere all'assunzione con contratto di pubblico impiego di un medico, si potrebbe reintrodurre il "mitico" tirocinio pratico ospedaliero previsto dalla legge 148/1975, prevedendo la possibilità di poter partecipare alle selezioni pubbliche per assunzioni dopo lo svolgimento del tirocinio semestrale. Tirocinio pratico che andrebbe, ovviamente, previsto anche per i medici delle aree di prevenzione, per i medici di prossimità (per intenderci ex medico di famiglia) e per i medici epidemiologi.

Un altro problema specifico è rappresentato dalla carenza dei medici di medicina generale che comporta un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza territoriale e confligge pesantemente con la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA omogeneamente su tutto il territorio nazionale.

Il disegno organizzativo delineato dal DM 77/2022 si innesta nella visione di un SSN volto all'*erogazione di servizi universalmente accessibili integrati centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita*". Definizione di assistenza primaria da parte della commissione salute europea nel 2014.

Uno dei nodi fondamentali della rete assistenziale territoriale delineata dal DM n. 77/2022 è costituito dalle Case della Comunità, strutture di prossimità per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento, in cui lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. Costituisce pertanto il luogo in cui la progettazione e l'erogazione dei servizi sanitari è organizzata in modo tale da permettere un'azione d'equipe tra i medici di medicina generale, pediatri di libera

scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o di comunità, altri professionisti della salute disponibili nell'ambito delle aziende sanitarie quali psicologi, ostetriche, professionisti dell'area della prevenzione riabilitazione e tecnica e assistenti sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali.

Un altro fondamentale nodo della rete territoriale è costituito dall'Ospedale di Comunità, che pur avendo autonomia funzionale opera in forte integrazione con altri servizi sanitari, quali la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. L'Ospedale di Comunità può avere sede autonoma o essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, è comunque una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei.

È evidente dunque che per attivare concretamente i due nodi assistenziali delineati dal disegno di potenziamento dei servizi territoriali, finanziati con le risorse del PNRR, sono necessarie risorse professionali il cui fabbisogno, in base agli standard minimi e massimi per l'attuazione della riforma sono stati efficacemente illustrati dal DG di Agenas Domenico Mantoan.

Ma come reperire le risorse professionali necessarie?

La figura del MMG diventa ancora più essenziale. All'interno dell'*équipe* multi-professionale, il MMG ha un ruolo chiave. Come misura temporanea e volontaria alcune Regioni come il Veneto e l'Emilia-Romagna hanno portato il numero massimo di assistiti per ogni MMG da 1.500 unità a 1.800 unità. L'impatto di tale misura non è ancora stato valutato.

Ormai non è più rinviabile la trasformazione del rapporto di lavoro dei medici di famiglia e della continuità assistenziale, degli specialisti ambulatoriali interni in un rapporto di dipendenza, al pari degli altri professionisti aziendali che devono operare nelle *équipe* multi professionali. Quindi con gli stessi diritti e doveri dei dipendenti, le medesime tutele, ma anche con un più incisivo coinvolgimento e maggiore possibilità di intervento diretto.

Molti opinionisti in campo sanitario pensano che per le Case della Comunità e per gli Ospedali di Comunità si possa/debba ricorrere al privato. Nel sottolineare che il SSN universalistico, solidaristico e ugualitaristico è garantito da due erogatori, uno pubblico e uno privato, occorre ulteriormente chiarire il ruolo che debbono assumere entrambe le componenti del servizio pubblico, e che salvaguardino alcuni principi fondamentali:

- che il ruolo del privato venga definito e valorizzato all'interno di una chiara cornice di riferimento. È compito del SSN garantire i LEA ai cittadini attraverso servizi e strutture a gestione diretta e servizi e strutture gestite dal privato accreditato. Dal momento che oggi la risposta ai problemi di salute della popolazione, prevalentemente costituiti dai problemi legati alla cronicità e all'invecchiamento, richiede un approccio ad alta integrazione tra livelli organizzativi, discipline, professioni e componenti sociali, il ruolo del privato deve garantire coerenza con questo modello. Al privato non si deve chiedere solo, dunque, l'erogazione di prestazioni, ma il coinvolgimento in processi

complessi in cui programmazione e coordinamento sono di specifica responsabilità pubblica;

- che il privato operi in regime di integrazione e non di concorrenza. Attualmente il privato occupa uno spazio prevalente rispetto al pubblico in alcune aree di attività, come nel caso della riabilitazione e della residenzialità di tipo socio-sanitario. In queste aree l'integrazione è già favorita dalle regole stesse del gioco: ammissione e dimissione da queste strutture sono concordate con l'Azienda sanitaria di competenza. Diverso è il settore delle Case di Cura Private multi-specialistiche, dove il rischio di una concorrenza da parte delle strutture private è alto, dal momento che spesso operano nelle stesse aree delle strutture pubbliche sia in termini di bacini di utenza che di tipologia di attività, oltretutto col vantaggio di poter selezionare le casistiche e di non dover garantire le stesse attività in urgenza;
- che il privato e il pubblico siano governati: volumi e tipologie di attività, tariffe e controlli del privato dovrebbero essere oggetto di una specifica attenzione da parte della committenza pubblica, che peraltro dovrebbe esercitare la stessa funzione nei confronti dell'erogatore pubblico.