

## 16. Cittadini e assistenza territoriale: criticità e proposte

*Annalisa Mandorino*

### **L'assistenza territoriale secondo il Rapporto Pit**

Ogni anno il Rapporto Pit Salute di Cittadinanzattiva fotografa lo stato del Servizio sanitario nazionale con un punto di vista - uno stand point - peculiare, che è quello del cittadino alle prese con la sanità pubblica. Lo fa sistematizzando le segnalazioni che arrivano direttamente dai cittadini, attraverso il servizio gratuito di tutela, assistenza e orientamento di Cittadinanzattiva: sono segnalazioni che non hanno un valore statistico, ma che si sono tuttavia dimostrate infallibili nel segnalare dei trend o nell'individuare degli "eventi-sentinella" che, anche qualora si manifestino in un numero limitato di casi, sono rivelatori di criticità o di cambiamenti in corso della realtà. Da molti anni ormai, e fino a prima della pandemia, il numero più cospicuo di segnalazioni da parte dei cittadini riguarda l'ambito dell'accesso alle cure, reso difficile, o addirittura impedito, da lunghe liste d'attesa e dalla conseguente necessità di ricorrere sempre di più alla spesa privata, out of pocket, per poter ottenere le cure necessarie. Ma subito seconde a queste, con un'impennata rispetto agli anni precedenti, sono le segnalazioni relative all'assistenza territoriale, con un trend sempre crescente a partire dal 2015. L'assistenza territoriale si è via via palesata, in maniera più marcata rispetto ad altri comparti della sanità pubblica, come il settore di maggiore e più abituale disagio per i cittadini. A confermarlo, le seguenti tre indicazioni: 1. in cinque anni, dal 2015 al 2020, il volume delle segnalazioni è pressoché raddoppiato, passando dall'11,5% al 19,7% sul totale delle segnalazioni raccolte dal Pit Salute; 2. ad oggi, come detto, risulta essere l'ambito più ricorrente dopo quello dell'accesso alle prestazioni; 3. nei cinque anni considerati il trend delle segnalazioni non ha accennato ad arrestare la sua preoccupante crescita,

a differenza di altri settori i cui trend hanno avuto andamenti altalenanti. Come è ovvio, all'ambito dell'assistenza territoriale si riferiscono questioni anche molto diverse fra loro. Le principali sono riconducibili a tre categorie: quelle relative all'assistenza primaria di base, mediamente circa un terzo delle segnalazioni relative all'assistenza territoriale sono spesso connesse a difficoltà nella relazione e/o nella comunicazione fra cittadino e medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, in particolare al rifiuto da parte del medico di trascrivere la prescrizione indicata da un medico specialista, alla sottostima del problema lamentato dal paziente, alla difficoltà di ottenere una visita a domicilio nel caso di anziani, minori o soggetti debilitati; nella seconda categoria, quella dell'assistenza protesica e integrativa, i tempi di attesa per la ricezione delle protesi e degli ausili rimangono costanti nel tempo come la prima voce denunciata; la terza categoria rilevante di segnalazioni da parte del cittadino è sempre stata quella dell'assistenza domiciliare, con problemi relativi all'accesso alle informazioni, all'iter burocratico e, soprattutto, alla scarsa disponibilità di assistenza medico/infermieristica. Volendo attribuire a queste segnalazioni la valenza di una sorta di termometro, possiamo affermare che le condizioni "di salute" dell'assistenza territoriale non solo si sono via via aggravate, ma che, pur a fronte della costante denuncia dello stato precario in cui versavano, non si sia sufficientemente intervenuti sulle cause.

### **Altre fonti informative**

Le segnalazioni provenienti dai singoli cittadini che si sono rivolti al Pit Salute non sono state per Cittadinanzattiva l'unica fonte di informazione sulle criticità dell'assistenza territoriale. Analoghi i problemi emersi dalla survey che annualmente viene costruita a partire dalle testimonianze di decine di associazioni di malati cronici riguardo alla insufficiente applicazione del Piano delle cronicità. Anno dopo anno, rispetto agli obiettivi di quel Piano, i malati cronici e le loro associazioni avevano già individuato esattamente le questioni più urgenti, segnalando in particolare la mancanza di integrazione fra assistenza primaria e specialistica (il 73,1% delle associazioni lo ha denunciato nel Rapporto Cnamc 2019), la mancanza di conti-

nuità assistenziale fra ospedale e cure territoriali (il 60,9%), la necessità del potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri (il 41,4%). Sull'assistenza domiciliare integrata, in particolare, le percentuali erano altissime, con l'82,3% delle associazioni che denunciavano difficoltà di accesso, il 76,4% difficoltà di attivazione, il 70,4% un numero di ore insufficiente. Così come sottolineavano le difficoltà nel rilascio del piano terapeutico, i tempi di autorizzazione e di rinnovo troppo lunghi per l'assistenza protesica. E il dato che forse più colpisce, perché non ha a che fare solo con l'aspetto sanitario, ma con il benessere della persona nel suo insieme e nella sua complessità, è quello relativo alle fragilità psico-sociali delle persone con malattia cronica, a pari livello con le difficoltà in ambito lavorativo, con le conseguenti difficoltà economiche e con gli ostacoli di tipo burocratico. Aspetti emersi poi con particolare crudezza e intensità durante la pandemia. Non ci si può non chiedere, davanti alla efficacia e alla precisione con la quale erano stati individuati i problemi già prima del Covid, quanto più incisiva durante il lockdown sarebbe stata la risposta di cura e di assistenza ai cittadini, e a quelli con malattia cronica e rara in particolare, se le cose previste sulla carta fossero state realizzate nella realtà.

### **Le disuguaglianze nella sanità in Italia**

Tutto questo era già prima della pandemia, che ha dimostrato contro ogni "riforma strisciante" della sanità pubblica quanto la promozione della salute dei cittadini, e un Servizio sanitario che la garantisca e la tuteli, siano componenti essenziali della tenuta sociale e lo strumento al momento più efficace e di immediata attivazione per il superamento delle disuguaglianze: gli altri determinanti della salute, il reddito, il livello di istruzione, le condizioni dell'ambiente in cui si vive sono tali da richiedere, per il superamento delle disuguaglianze che comportano, investimenti di lungo periodo e trasformazioni graduali e complesse. Qualificare l'offerta di sanità pubblica, migliorarla e accrescerla, è strategia in grado di agire contestualmente sugli esiti di salute dei cittadini. Vi è dunque la necessità, ma anche la possibilità concreta, se si vuole operare per il superamento delle disuguaglianze in sanità, di attivare politiche pubbliche rigorose e

risolutive. Lo si è fatto in questi anni con riguardo ai fondi e non si vede perché la stessa determinazione che è stata utilizzata nelle Regioni da sottoporre al Piano di rientro dei loro bilanci, non per nulla definite “canaglia”, non debba essere utilizzata per implementare, governare e verificare Piani di rientro dei Lea, dei livelli di salute considerati essenziali, Piani che garantiscano l’allineamento della risposta di salute in tutte le Regioni. Vi è un ambito in particolare nel quale occorre un investimento che deve riguardare tutto il Paese in termini di riforma della sanità pubblica, perché è un ambito in cui, più che manifestarsi differenze fra un’area territoriale e l’altra, quello che è emerso è una inadeguatezza diffusa e la necessità di ribaltare politiche di riferimento, interventi di programmazione, modelli di organizzazione. Si tratta del mancato investimento sul personale con il blocco degli organici, introdotto nel 2007, che ha vincolato le Regioni ad una spesa per il personale non superiore a quella sostenuta nel 2004, diminuita dell’1,4%: un provvedimento introdotto come misura temporanea e rimasto in vigore per tredici anni, sino a pochi mesi fa. La contrazione del numero degli addetti, medici, infermieri, amministrativi e tecnici che ne è derivata è stimata in circa 46.000 unità; così come è stimato che tra il 2010 e il 2017 l’età media sia passata da 50,8 a 52,9 per i medici, e da 44,9 a 48,5 per gli infermieri, entrambe tra le più alte nell’ambito dei paesi occidentali più avanzati. Tra l’altro il blocco degli organici ha penalizzato proprio le Regioni più virtuose, quelle che si erano tenute prudenti nel calcolo del personale necessario e che hanno visto trasformarsi in un boomerang proprio la loro efficacia programmatica, essendo rimaste poi ancorate alla spesa ormai di decenni fa. Al blocco degli organici si sono aggiunti gli ostacoli all’accesso dei medici alle scuole di specializzazione, che comportano ora la carenza di medici specialisti di alcune aree o patologie; e la sottovalutazione della questione del numero di infermieri disponibili: nel 2017 in Italia disponevamo di 20,0 infermieri per 100.000 abitanti, laddove nel Regno Unito erano 29,4, in Francia 40,8, in Austria 43,5, in Germania 54,5.

## **Il PNRR come risposta alle criticità individuate**

E su questo gli investimenti del PNRR non possono costituire un'ancora, anzi rischiano di rivelarsi controproducenti se non vi è un investimento anche in spesa ordinaria. Come reggere Case di comunità e Ospedali di comunità, questi ultimi a prevalente vocazione infermieristica, senza prevedere investimenti sugli operatori sanitari, sulle reti immateriali e sulle competenze, oltre che sugli spazi fisici da mettere a disposizione? Come evitare nuove “cattedrali nel deserto” se non affidando al protagonismo degli operatori sanitari, a partire dai medici di medicina generale, l'innovazione nelle modalità di azione, nelle procedure e negli strumenti? In conclusione, e per guardare al futuro: tante risorse aggiuntive sono arrivate e auspicabilmente arriveranno ancora per migliorare la tenuta del nostro sistema sanitario, e degli altri in Europa, e diventa imprescindibile a questo punto la responsabilità di come utilizzare tali risorse e su cosa orientare gli investimenti in sanità. Alla luce di quello che si è detto, la risposta a questa domanda è piuttosto scontata e sta nella priorità che, nell'allocazione delle risorse, deve essere finalizzata a superare le disuguaglianze.

È chiaro che, per abbattere le disuguaglianze sanitarie, il tema non è solo avere più risorse a disposizione, ma saperle spendere bene - senza sprechi, senza corruzione - per garantire i fabbisogni di salute nelle differenti Regioni. Ma due cose sono certe, e rendono più complesso questo ragionamento. La prima è che il fondo sanitario viene ripartito fra le Regioni con altri criteri che non sono i fabbisogni di salute, criteri che hanno a che fare, oltre che con il numero dei residenti di una Regione, con la sua capacità storica di spesa. Detto altrimenti, vengono date più risorse a chi si è dimostrato storicamente in grado di spenderne, non a chi ha un fabbisogno di salute maggiore perché semmai ha una popolazione più anziana, un maggior numero di individui affetti da patologie croniche (il 70/80% dei budget sanitari servono a questo), una maggiore incidenza di patologie dovute a fattori ambientali. La seconda considerazione è che il nuovo meccanismo di valutazione dei Livelli di assistenza erogati dalle Regioni - introdotto dal Patto per la salute e più accurato del precedente visto che conduce la valutazione su tre ambiti, la pre-

venzione, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera - mostra che le Regioni inadempienti rispetto ai Livelli essenziali di assistenza sono la maggioranza, non più poche Regioni "canaglia", e, soprattutto, che quelle eccellenti in alcuni ambiti, come quello dell'assistenza ospedaliera, non lo sono affatto nel campo della prevenzione e, ancor meno, dell'assistenza territoriale.

### **Conclusione**

E con questo il cerchio pare chiudersi: un'idea comunitaria di sanità - che capovolge perfino la relazione fra territorio e ospedale poiché integra quest'ultimo nel territorio e nella comunità - è anche quella in grado di garantire un meccanismo più efficace di lotta alle disuguaglianze, perché raggiunge le persone laddove sono, propone loro percorsi che tengano conto dei loro bisogni di salute e delle informazioni di cui dispongono per soddisfarli, garantisce la prossimità e rende possibili, attraverso essa, politiche di accesso, di prevenzione, di aderenza alle cure che sono presupposto di salute per tutti i cittadini.