



CONFCOOPERATIVE

FEDERAZIONESANITÀ



**LA MISSION DI
FEDERAZIONESANITÀ' - CONFCOOPERATIVE**



INDICE

1. Il contesto di riferimento	Pagg. 5 - 18
L'assistenza Primaria: ora più che mai	Pag. 5
Un nuovo modello sociale	Pag. 5
Dalle condotte mediche al lavoro di squadra	Pag. 6
Misure dirette alla riorganizzazione del SSN e al contenimento della spesa	Pag. 7
Il nuovo Piano Sanitario Nazionale	Pag. 8
Dati epidemiologici	Pag. 9
Il confronto internazionale	Pag. 9
Centralità delle cure primarie	Pag. 10
Un' opportunità occupazionale: nuovi posti di lavoro	Pag. 11
L'individuazione delle risorse	Pag. 12
Il consumo e la distribuzione dei farmaci e il ruolo delle farmacie nel SSN	Pag. 15
Lo sviluppo della mutualità integrativa	Pag. 17
2. Federazione Sanità Confcooperative	Pagg. 19-27
Il perché della cooperazione in sanità	Pag. 19
La Rete di Federazioni sanità	Pag. 22
Cooperative di medici	Pag. 22
Cooperative a specializzazione sanitaria	Pag. 24
Cooperative farmaceutiche	Pag. 25
Mutue socio-sanitarie	Pag. 27
3. Conclusioni	Pag. 29
<i>Note</i>	Pag. 31

Realizzato grazie al prezioso contributo del *Prof. Elio Guzzanti*
Presidente del Comitato Tecnico Scientifico Federazione Sanità Confcooperative





1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

“L’assistenza Primaria: ora più che mai”

Pochi mesi dopo il settembre del 2008, cioè l’inizio della crisi economico-finanziaria che ha investito il mondo intero, la Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), agenzia tecnica delle Nazioni Unite per la tutela della salute in tutti i continenti, ha pubblicato “The World Health Report 2008” dal titolo: **L’Assistenza Primaria, ora più che mai**”.

Il Rapporto intendeva ricordare che trent’anni prima, nel settembre 1978, la stessa OMS aveva prodotto la “Dichiarazione di Alma-Ata” nella quale si sosteneva il principio della *essenzialità della Assistenza Primaria* come il fondamento di ogni sistema sanitario per la equità del diritto alla tutela della salute per tutti gli abitanti del mondo.

A distanza di trent’anni l’OMS, nel citato Rapporto Mondiale sulla Salute nel 2008, sostiene che ora più che mai, di fronte al mutare della demografia e della epidemiologia, e in presenza di nuove condizioni economiche e sociali che con il loro mutare creano disegualianze tra i Paesi e all’interno degli stessi, occorre una nuova configurazione della assistenza sanitaria, troppo sbilanciata oggi verso l’assistenza ospedaliera e focalizzata sulle specializzazioni, le tecnologie e gli specifici problemi di singole malattie.

Occorre, quindi, puntare sulla organizzazione di attività e servizi che, a livello di ben definite comunità, assicurino un’ assistenza globale, continua e centrata sulle persone, che oggi vogliono essere compartecipi dei problemi che riguardano la salute, e per questo desiderano scegliere quei professionisti della sanità e quei servizi con i quali instaurare un rapporto di reciproca fiducia.

Un nuovo modello sociale

Il 6 maggio 2009, il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali diffonde il “Libro bianco sul futuro del modello sociale”, nel quale, tra l’altro, spiccano le seguenti affermazioni: “Salute non identifica più semplicemente la cura delle malattie ma, prima ancora, la promozione del benessere e lo sviluppo delle capacità personali, tenendo conto delle differenti condizioni di ciascuno. E’ un’ autentica rivoluzione che incide sui modelli di organizzazione sanitaria spostando l’attenzione dalla fase acuta, alla prevenzione primaria e secondaria, alla promozione di corretti stili di vita, ai rapporti tra salute, sicurezza, ambiente di vita e di lavoro”

“E’ nel territorio che si sviluppano i servizi socio-sanitari rivolti alla prevenzione, alla dia-

gnosi precoce, alle cure primarie, all'assistenza domiciliare. E' sempre nel territorio che vive la famiglia, si esprimono le migliori energie sociali come il volontariato, si realizzano le nuove relazioni industriali di tipo cooperativo e i loro organismi bilaterali". In una successiva intervista, il Ministro ha ulteriormente chiarito che: "dall'incrocio della sussidiarietà verticale con quella orizzontale deriva un grande spostamento di potere dal centro alla periferia e dal pubblico verso le persone, le famiglie e le tante forme associative che le persone e le famiglie sanno produrre in un paese in cui c'è una straordinaria tradizione di esperienze comunitarie".

"La sussidiarietà orizzontale può e deve concorrere a contenere il perimetro delle funzioni pubbliche e delle relative spese. Ne usciranno privilegiati il lavoro, la famiglia e il non profit, che non va più definito terzo settore, un nome che evoca una residualità destinata a venire meno".



■ Dalle condotte mediche al lavoro di squadra

Alla metà di luglio del 2009 viene pubblicato il volume, che ha per titolo *"L'Assistenza Primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra"* (1), nel quale si afferma, tra l'altro, che: "Nel XXI secolo, di fronte al mutare della demografia e della epidemiologia, con la transizione in quasi tutto il mondo verso l'invecchiamento della popolazione e il prevalere delle malattie croniche, delle disabilità e della non autosufficienza, persistendo tutt'ora il pericolo latente, ma anche sorgente e risorgente delle malattie infettive come l'AIDS, la tubercolosi e le malattie respiratorie acute, e in presenza di nuove condizioni economiche e sociali, che con il loro mutare creano diseguaglianze tra i diversi Paesi e all'interno degli stessi, il concetto che l'Assistenza Primaria sia un modello finora lasciato ai margini, e che invece occorre affermare in tutti i Paesi, è largamente condiviso.

Per ambiti ben delimitati e delineati di popolazione occorrono team multiprofessionali che collaborino con i medici per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, al



1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

tempo stesso risolvendo una vasta gamma di problemi di salute, siano essi tali effettivamente o così percepiti dalle persone assistite. Esse hanno accordato la loro fiducia al singolo medico, con il quale rafforzano nel corso degli anni un rapporto reciproco di conoscenza e comprensione, il che, non solo facilita i rapporti interpersonali, ma si estende anche alle dinamiche familiari quelle attuali e quelle legate alla storia passata, mai come oggi così rilevanti nelle prospettive della genetica e della genomica. Sia le persone assistite, sia il medico e l'intero team sanno che non tutti i problemi possono essere risolti in questo contesto, per questo l'Assistenza Primaria diventa anche un hub da cui gli assistiti sono guidati e seguiti nella complessità di un sistema che comprende l'assistenza specialistica, il ricovero ospedaliero, l'assistenza domiciliare e residenziale, ma anche i programmi di sanità pubblica.

Non si tratta, quindi, di contrapporre l'Assistenza Primaria con l'Assistenza Ospedaliera e con la Sanità Pubblica, ma di definire meglio i percorsi di comunicazione, collaborazione e continuità assistenziale fra i tre ambiti, per far sì che veramente la persona sia al centro del sistema".

Nel citato volume numerosi sono i capitoli dedicati a specifici e rilevanti aspetti della Assistenza Primaria, quali gli ospedali di comunità, il mondo delle farmacie e la integrazione socio-sanitaria.

■ Misure dirette alla riorganizzazione del SSN e al contenimento della spesa

Il 3 dicembre 2009 viene sancita l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, che stabilisce, tra l'altro, i principi e i criteri che seguono:

Articolo 6: Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare.

Articolo 9: Per agevolare i processi di deospedalizzazione, nelle singole Regioni e Province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti, sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata.

Quanto sopra riportato ha una notevole rilevanza se letto alla luce dell'articolo 12 del citato nuovo Patto per la salute, secondo il quale sono prorogati per il periodo 2010-2012 i vincoli

per il contenimento della spesa per il personale del servizio sanitario regionale, di cui alla legge 296 del 2006.

Al riguardo la Corte Costituzionale (sentenza 333/2010) ha ribadito che le norme vigenti impongono alle Regioni di non superare la spesa per il personale registrata nel 2004, diminuita dell'1,4% per ognuno degli anni che vanno dal 2007 al 2012.

Che queste norme abbiano già prodotto il loro effetto lo dimostra la relazione della Corte dei Conti, del 22 luglio 2010, nella quale si legge che il valore assoluto di unità di personale, calcolato al 31 dicembre di ogni anno e riferito sia alle Regioni a statuto ordinario, sia alle Regioni a statuto speciale, mostra un costante decremento, pari a 65.651 unità nel 2006, a 63.715 nel 2007 e 62.696 nel 2008.

Come è noto, tali drastici provvedimenti sono resi necessari dal fatto che la spesa per i dipendenti pubblici influisce sugli obblighi che l'Italia ha verso l'Unione Europea, sia per il rapporto deficit/PIL, sia per il debito pubblico complessivo.

Poiché, d'altro lato, la popolazione italiana al 31 dicembre 2009 contava 60.340.328 residenti, sui circa 241.361 posti letto ospedalieri consentiti dalle norme, per le ragioni demografiche, epidemiologiche e sociali già ricordate, c'è da attendersi un pesante carico di lavoro, per la criticità, complessità e fragilità delle persone ricoverate, tale da rendere sempre meno disponibile il personale per attività territoriali.



Il nuovo Piano Sanitario Nazionale

Circa la programmazione integrata, il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, nella versione approvata nel secondo passaggio dal Consiglio dei Ministri su proposta del Ministero della Salute e dalla Conferenza delle Regioni il 21 gennaio 2011, conferma anche nel triennio in esame le due grandi sfide assistenziali che caratterizzano gli ultimi cicli della programmazione nazionale.

La prima è quella relativa ai problemi di assistenza socio-sanitaria connessi alla non autosufficienza: nel nostro SSN il tema dell'assistenza agli anziani e ai disabili non autosufficien-



1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

ti già oggi pesa molto di più che in altre realtà a causa della più alta percentuale di anziani e grandi anziani e tende ad assorbire sempre più risorse per servizi di carattere prevalentemente socio-sanitario.

La seconda è legata all'incremento dei costi legati allo sviluppo delle tecnologie e ai nuovi farmaci.

I dati epidemiologici

Rispetto a tali affermazioni, occorre riportare alcune informazioni e taluni dati che si ricavano dalla pubblicazione dell'ISTAT riguardante l'indagine multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", effettuata nel 2005. E' stato stimato che in Italia all'epoca vi erano 2 milioni di persone disabili tra gli anziani e 600 mila di età inferiore ai 65 anni, per un totale di 2 milioni e 600 mila, di cui 76,9% anziani e 23% non anziani. La disabilità è più diffusa nell'Italia insulare (5,7%) e Meridionale (5,2%) rispetto al 4% del Nord.

Tali differenze sono ancora più evidenti nella popolazione anziana, in particolare quella femminile che presenta percentuali del 30% nelle isole, del 26,5% nel Sud e del 19,5% nel Nord. Occorre notare, però, che le stime ISTAT non comprendono le persone di età inferiore a 6 anni e quelle istituzionalizzate. Inoltre lo strumento di rilevazione utilizzato è stato costruito per studiare le limitazioni fisiche sul funzionamento delle persone, ed ha quindi il limite di sottostimare le persone con disabilità di tipo mentale.

Da altre fonti, si stima che in Italia non meno di 600.000 persone presentano i segni e i sintomi della cosiddette disabilità intellettive.

Il confronto internazionale

Poiché il citato PSN fa riferimento ad "altri contesti", tornano utili alcuni dati di confronto tra l'Italia e l'Inghilterra perché ambedue dotate di un SSN fondato sul cosiddetto modello Beveridge per la tutela globale della salute, da distinguere dal modello Bismark, cioè l'assicurazione sociale obbligatoria contro il rischio di malattia.

In Italia nel 2007 sono state assistite a domicilio 474.567 persone, di cui l'81,2% anziani, pari al 3,27% della intera popolazione anziana: le ore annue di assistenza sono state 22.

In Inghilterra (50 milioni di residenti), nel 2005 sono stati assistiti a domicilio 389.000 anziani (4,84 per 100 anziani) che hanno ricevuto 8 ore settimanali di assistenza.

In Italia nel 2006 i posti in presidi socioassistenziali per anziani erano 229.628, pari al 2 per cento anziani. Nello stesso anno in Inghilterra i posti residenziali erano 441.800, di cui

365.500 per le persone di 65 anni e oltre, pari a 4,48 per cento anziani.

In Italia, secondo i dati ISTAT, nel 2006 i Comuni hanno speso 4 miliardi e 540 milioni di euro per “interventi, servizi e strutture”, quali assistenza domiciliare e residenzialità, ma non sono rilevabili i dati relativi al personale impiegato in tali attività. Da notare che nello stesso anno il Fondo Sanitario Nazionale era di circa 90 miliardi di euro, il che indica quanto difficile possa essere sul piano finanziario l’integrazione socio-sanitaria.

In Inghilterra nel 2005 lavoravano nei servizi sociali 922.000 persone, delle quali 572.000 (62%) appartenenti al settore non profit e privato.

Centralità delle cure primarie

Da qui nasce, nel citato PSN 2011-2013, la necessità di evidenziare la “centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali”, affidate in particolare alla medicina generalista e alle altre componenti dell’assistenza convenzionata, in una logica di rete, così da promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute nella comunità, prendere in carico i pazienti in modo globale e completo, favorire la continuità assistenziale, concorrere ai processi di governo della domanda, misurare il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute dei singoli e della comunità, favorire l’empowerment dei pazienti nel processo di cura.

La funzione delle cure primarie deve essere riconosciuta nelle strategie aziendali, in particolare con la definizione del ruolo e degli obiettivi assegnati ai distretti.





1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Un' opportunità occupazionale: nuovi posti di lavoro

Consapevoli, peraltro, che le diverse figure di libero professionista che operano nell'ambito dei distretti in convenzione con il SSN, compresa la rete delle farmacie, di cui più oltre si tratterà, non sono in grado di svolgere in pieno il loro ruolo se non con l'apporto di altre figure, nel già citato PSN l'argomento del Terzo Settore, e della sua finalità di contribuire alla realizzazione del pubblico interesse, la tutela della salute nel suo significato più ampio, viene presentato con le affermazioni che seguono.

Il ruolo svolto dai soggetti del Terzo Settore nell'ambito del sistema integrato dei servizi sociali è di straordinaria importanza, in particolare per l'umanizzazione del servizio e per le istanze etiche di cui è portatore, con effetti innovativi sul SSN. Di fronte all'innalzamento dell'età media della vita e alle correlate caratteristiche di fragilità, cronicità e non autosufficienza, il Terzo Settore diventa fondamentale strumento di integrazione al sistema pubblico, in attuazione del principio di sussidiarietà (art. 118 Cost.). Occorre consentire al mondo del Terzo Settore di effettuare interventi non parcellizzati, ma sinergici e coordinati con le attività delle istituzioni.

Queste considerazioni sono particolarmente significative perché gli Enti Locali sono anch'essi soggetti a norme restrittive circa la dotazione di personale, e d'altro lato se davvero si vuole realizzare il modello della assistenza primaria propugnato dalla OMS, e in Italia in parte già accolto sotto forma di UTAP, Case della Salute e Unità Complesse di Cure Primarie, occorre personale formato e preparato che affianchi i liberi professionisti nelle attività ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali.

Se rapportiamo all'Italia i dati relativi all'Inghilterra e agli Stati Uniti, solo per l'assistenza domiciliare occorrono 32 addetti ogni 10.000 abitanti, cioè circa 193.000 unità, che di fatto si raddoppiano se si assicurano adeguate dotazioni agli ambulatori e alle residenzialità. Si tratta di una grande occasione per ottenere al tempo stesso tre risultati; a) avvicinare i servizi quanto più possibile vicino alle comunità dove le persone vivono e desiderano essere assistite; b) adeguare i luoghi e i modi di erogazione delle prestazioni ai crescenti bisogni assistenziali del nostro tempo per il prevalere della cronicità, non autosufficienza e disabilità; c) creare una ampia offerta di lavoro per i giovani che aspirano a compiere attività di utilità sociale, ma che non trovano collocazione nell'attuale assetto assistenziale.

Oltre tutto, poiché a questi nuovi compiti non si può accedere senza una adeguata formazione e un continuo aggiornamento, anche tale settore assume rilevanza sociale e valenza innovativa, per le questioni tecniche ed etiche da affrontare, ma anche per lo sviluppo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione e la loro utilizzazione e correlazione nei e

tra i singoli contesti assistenziali.

E' evidente che iniziative quali sono quelle precedentemente indicate possono essere assunte solo in presenza di chiare indicazioni circa le modalità di possibile finanziamento e tenendo ben presente il messaggio di fine anno 2010, nel quale il Presidente della Repubblica ha individuato nel debito pubblico il vero nemico contro il quale l'Italia deve unirsi, ma non con tagli di spesa indiscriminati, bensì individuando i settori nei quali è possibile e necessario effettuarli, per reinvestire in occupazione giovanile, formazione e ricerca.



■ L'individuazione delle risorse

E' quindi necessario valutare con attenzione alcune delle spese affrontate negli ultimi anni dal SSN, sia attraverso alcuni studi, che pur limitati nella entità del campione partecipante all'indagine, hanno avuto il merito di evidenziare una specifica tendenza, sia le elaborazioni che si possono praticare a partire dai dati esposti dalla Corte dei Conti circa taluni interventi di spesa rilevati per il periodo riguardante gli anni dal 2005 al 2009.

Comparando i costi per residente in ciascuna delle 13 Aziende Sanitarie Locali partecipanti ad una ricerca condotta in 11 sistemi regionali differenti in due anni diversi, cioè il 2003 e il 2006, si è rilevato che, nel periodo di tempo considerato, la variazione annua media di aumento dei costi non pesati per residente è stata dell'1% per i ricoveri ospedalieri, del 2% per la farmaceutica e del 6% per la specialistica.

Del totale dei costi non pesati per ciascun residente, pari a 1.682 euro nel 2006, la specialistica costituiva il 12,4% con 209 euro, dei quali il 67,4% erogata dagli ospedali, il 20% dai servizi territoriali dell'Azienda ed il restante acquistata da "terzi", pubblici e privati.

La Corte dei Conti (2) ha rilevato i seguenti incrementi di spesa per il periodo 2005-2009 (3) :

- Medicina generale e convenzionata	+ 11,8%
- Personale	+ 13,8%
- Beni e Servizi	+ 21,0%
- Specialistica convenzionata	+ 27,3%



1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Si è inoltre rilevato che:

Numero MRI, 2008 (4) <i>(per milione di abitanti)</i>		Numero CT SCANNER, 2008 (5) <i>(per milione di abitanti)</i>	
ITALIA	20,0%	SVIZZERA	32,0%
DANIMARCA	15,4%	ITALIA	31,0%
SVIZZERA	14,0%	DANIMARCA	21,5%
PAESI BASSI	10,4%	GERMANIA	16,4%
GERMANIA	8,5 %	FRANCIA	11,0%
FRANCIA	6,1 %	PAESI BASSI	10,3%
UK	5,6%	UK	7,4%
EU	9,5%	EU	19,2%

A confermare e meglio precisare quanto sopra riportato stanno, in ordine di tempo, le informazioni e i dati seguenti:

a) il PSN 2011-2013, nella già citata versione approvata dal Ministero della Salute e dalla Conferenza delle Regioni, contiene un paragrafo dal titolo “Miglioramento dell’appropriatezza” nel quale, tra l’altro, si afferma che: “il livello della assistenza specialistica ambulatoriale ha registrato, nel triennio 2005-2007, una crescita in termini di quantità di prestazioni erogate di circa il 6%”.

Dopo avere esposto alcune possibili spiegazioni al riguardo, tra le quali il passaggio di nuove prestazioni ospedaliere dal ricovero diurno al regime ambulatoriale, rimarca che: “a questo fenomeno si aggiunge una diffusione non ancora adeguata di assistenza domiciliare e residenziale sul territorio nazionale che comporta, quale conseguenza, l’erogazione in regime ambulatoriale di prestazioni, specialmente terapeutiche, che invece potrebbero essere erogate in setting assistenziali più appropriati”.

A ciò si aggiungono “l’avvento delle nuove tecnologie”, nonché “la maggiore consapevolezza dei cittadini rispetto ai propri bisogni di salute”.

Considerato che la crescita del volume di attività della specialistica ambulatoriale ha un diretto impatto in termini: “sia di costi sostenuti dal SSR che di tempi di attesa per l’erogazione delle prestazioni”, è necessario che le Regioni intervengano con provvedimenti di health technology assessment, nonché con la misurazione e la valutazione dei comportamenti prescrittivi.

Con riguardo a quanto rilevato nel PSN 2011-2013, è opportuno ricordare che, già nel workshop “Meridiano Sanità al Sud” (The European House Ambrosetti, Palermo 16-17 luglio 2010) erano stati presentati dei dati dai quali emergeva che, tra il 2005 e il 2007, la popolazione è aumentata dell’1,14%, i ricoveri ospedalieri sono diminuiti del 5,05% e le prestazioni ambulatoriali sono aumentate del 14,74%.

E’ opportuno, peraltro, sottolineare che, rispetto a questi ultimi dati ed a quelli riportati dal PSN, i dati elaborati dalle evidenze presentate dalla Corte dei Conti, nel luglio 2010, si riferiscono ad un periodo più lungo (2005-2009), e sono limitati alla “specialistica convenzionata e accreditata”, che costituisce solo una parte, forse un quarto del totale. Ma le differenze di aumento rilevate dalla Corte nel periodo considerato non si riferiscono alla “quantità” di prestazioni, bensì alle “variazioni di spesa”, il che ha un preciso significato in termini di ambiti del SSN sui quali intervenire per recuperare risorse da dedicare ad altri, significativi, impieghi, come sottolineato dal citato PSN quando afferma che lo sviluppo delle cure primarie e dell’assistenza domiciliare consente un contenimento del ricorso all’ospedale.

b) Circa questo ultimo argomento, rilevanti sono le considerazioni e i dati esposti nel progetto “Sissi” (simulazione spesa sanitaria italiana), svolto in collaborazione tra la Simg e il Ceis, che, tra l’altro, evidenzia il costo medio in un anno (il 2009) di un paziente assistito dal MMG, pari, nella media, a 382,7 euro, con un picco di 655,9 per gli assistiti di 75-84 anni, seguito da 583,1 da 85 anni in poi.

Per confronto, il costo medio (nel 2008) di un ricovero ospedaliero in regime ordinario per acuti è di 3.500 euro per gli uomini e 3000 euro per le donne, che si riduce per i ricoveri in day hospital a 1.430 euro per gli uomini e 1.361 euro per le donne.

È giusto, quindi, quanto affermato dal PSN, così come vengono confermate le opinioni di quanti affermano, a partire dall’OMS, che la Primary Health Care è “ora più che mai” indispensabile, anche per quanto riguarda la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari nazionali.

c) Relativamente alla “misurazione e valutazione dei comportamenti prescrittivi”, giungono opportuni i risultati della prima ricerca nazionale sul fenomeno della “medicina difensiva”, realizzata dall’Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Roma che l’ha presentata il 23 novembre 2010 e condotta tra il 2009 e il 2010 su un campione di 2.783 unità, stratificato per classe di età e area geografica, rappresentativo di tutti i medici italiani attivi negli ospedali, case di cura e medicina di base, sia nel settore pubblico, sia nel settore privato.

Dai risultati dell’indagine emerge che la probabile incidenza economica della medicina difensiva sulla spesa sanitaria del SSN sia del 10,5%, generata da tutti i medici, pubblici e privati. Rispetto alla spesa privata, sale al 14% prendendo in considerazione soltanto i medici privati, mentre si attesta sull’11,8% della spesa totale, comprendendo quella generata da tutti i medici, pubblici e privati.



1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Stimando una spesa totale per la specialistica di circa 15 miliardi nel 2009, una prima misura di contenimento pari al 50% del costo della medicina difensiva porterebbe ad un risparmio di circa 900 milioni da rendere disponibili per la più urgente delle misure necessarie per avviare una assistenza primaria degna di questo nome in Italia, vale a dire l'assistenza intermedia e domiciliare per i pazienti che sarebbero clinicamente dimissibili dagli ospedali, ma ciò non è possibile, se non disponendo subito una concordata continuità assistenziale con adeguati servizi assicurati nel territorio dall'assistenza primaria.



Il consumo e la distribuzione dei farmaci e il ruolo delle farmacie nel SSN

Alcune considerazioni di contesto vanno fatte anche in relazione della spesa farmaceutica. La tendenza al contenimento, registrata nell'ultimo anno, accompagnata ad una massiccia spinta all'introduzione del farmaco equivalente e di forme di compartecipazione alla spesa, sono tutti fenomeni che confluiscono verso una riduzione delle marginalità degli operatori e immaginano uno scenario che razionalizza il mercato e seleziona le efficienze.

In particolare, un tema di riflessione per il legislatore, ma certamente anche per l'operatore di settore, è rappresentato dal capitolo della spesa farmaceutica ospedaliera, comparto che ha subito negli ultimi cinque anni, una impennata importante, determinata dall'introduzione di forme di distribuzione diretta del farmaco. Tale ambito certamente suggerisce la necessità di opportune razionalizzazioni logistiche organizzative, per le quali il sistema esistente può offrire risposte ed iniziative.

Focalizzando l'attenzione sull'universo Farmacia, assets quali la capillarità e la omogenea presenza, il presidio sanitario garantito da un professionista, terminale di un insieme di regole a tutela della salute pubblica, l'elevata informatizzazione del sistema distributivo del farmaco e dei presidi presenti sul mercato, hanno fatto sì che il legislatore approfondisse le potenzialità di questo presidio sanitario. La Farmacia è quindi venuta ad essere individuata anche come erogatore e terminale di un insieme di servizi territoriali, che una opportuna

e straordinaria sinergia con gli altri operatori, renderebbe funzionale ad una ritrovata centralità del territorio.

Infatti il Legislatore, con la legge 18 giugno 2009 n. 69, art. 11 "Delega al Governo in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale nonché disposizioni concernenti i comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti", e con il decreto legislativo 03 ottobre 2009, n.153 "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali" ha introdotto la possibilità di poter intrecciare la capillarità della presenza delle farmacie, con la costruzione di una risposta integrata di servizi socio sanitari.

Nel 2010, infatti, operavano in Italia 16.246 farmacie private, due terzi delle quali sono riunite in cooperative, e 1.150 farmacie pubbliche, per un totale di 17.796 farmacie ed una media di 3.374 farmacie per abitante.

E' in questo quadro che il 18 novembre 2010 la Conferenza Stato Regioni ha dato il via libera all'accordo sui tre Decreti legislativi proposti dal ministero della Salute che stabiliscono le nuove prestazioni erogabili dalle farmacie territoriali, sancendo così la nascita della "farmacia dei servizi" (6).

I tre decreti prevedono in sintesi la possibilità di:

- prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, pagare il relativo ticket, nonché ritirare i referti relativi alle prestazioni;
- eseguire prestazioni analitiche di prima istanza quali ad esempio: il controllo della glicemia, del colesterolo, dei trigliceridi;
- dispensare e consegnare farmaci e dispositivi medici a domicilio; preparare, nonché dispensare a domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, fatte salve le norme di buona preparazione e di buona pratica di distribuzione dei medicinali;
- dispensare per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta, nonché mettere a disposizione fisioterapisti, operatori socio-sanitari ed infermieri, per la effettuazione di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta.

Ad oggi dei tre decreti ne sono stati pubblicati due in Gazzetta Ufficiale: il DECRETO 16 dicembre 2010 "Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera e) e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera d) del decreto legislativo n. 153 del 2009" e il Decreto 16 Dicembre 2010 "Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali".



1- IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

I decreti saranno attuati solo dopo il rinnovo della Convenzione delle farmacie con il Ssn e si configurano come norma “cedevole”, ovvero non valida nel caso in cui vi sia una normativa regionale in materia.

In particolare nei testi sono riportati gli elementi di modifica inseriti dalle Regioni tra cui la previsione per cui sarà l’Accordo collettivo nazionale a definire i principi e i criteri per la remunerazione da parte del Servizio Sanitario nazionale delle prestazioni e delle funzioni assistenziali fissando il relativo tetto di spesa, a livello nazionale.



Lo sviluppo della mutualità integrativa

Stando alle previsioni ECOFIN entro il 2050 la copertura assistenziale pubblica dovrà progressivamente scendere dall’attuale 75% al 50%, lasciando al finanziamento privato il restante 50%.

Secondo tale previsione e assumendo una spesa sanitaria complessiva stimabile in 130 miliardi, dei quali circa 100 miliardi a carico del bilancio dello Stato ed un quarto (circa 30 miliardi) a carico del privato, la spesa privata dovrebbe progressivamente salire a circa 60 miliardi e quella pubblica a 70 miliardi.

Tale situazione, oltre quanto già considerato ampiamente nei paragrafi precedenti, sta spingendo la sanità pubblica a riorganizzarsi adottando nuovi orientamenti nell’assistenza e reintroducendo soggetti e istituti in grado di ridurre la spesa sanitaria a carico della fiscalità generale, preservando i valori delle iniziative solidaristiche proprie nei settori dell’assistenza sanitaria e dei servizi sociali.

Questa prospettiva pone inesorabilmente sul tappeto il problema dell’orientamento della spesa sanitaria privata, oggi soggetta a pure dinamiche di mercato, verso i livelli di assistenza sui quali maggiormente impatterà il ridimensionamento del perimetro della copertura pubblica, in modo da realizzare il governo complessivo di un sistema che sembra prepararsi a diventare bi-polare. Il Ministero della Salute (Decreto del 19 marzo 2008) si è mosso in

questa direzione ed ha avviato un processo che, utilizzando incentivi di tipo fiscale sulle contribuzioni, cerca di sospingere l'azione dei fondi sanitari integrativi e degli altri enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali (tra i quali le Società di Mutuo Soccorso che operano in qualità di casse aziendali nel rispetto dell'art. 51 del TUIR, comma 2, lettera a) verso alcune delle aree maggiormente deficitarie. Tra queste, oltre all'odontoiatria, figura l'assistenza socio-sanitaria dei soggetti non autosufficienti.

Si apre quindi ora uno scenario di profondo cambiamento che guarda ad un futuro in cui la mutualità in tutte le sue forme può conquistare una posizione non più subalterna, ma di vero e proprio partner.

Lo sviluppo della disciplina dei fondi sanitari nella prospettiva dichiarata della costruzione di un secondo pilastro assistenziale, autonomo, finanziato e gestito dal privato, integrativo (ma nella sostanza complementare) del servizio pubblico, sta aprendo nuovi spazi per il privato sociale organizzato.

Affinché tale sviluppo vada nella giusta direzione occorre però che vengano eliminate le duplicazioni di spesa oggi presenti nel sistema e che si faccia chiarezza tra quello che rimane affidato al pubblico, in quanto componente primaria ed essenziale dell'assistenza universale e quello che verrebbe demandato, in logica di complementarietà, alla gestione delle formazioni sociali di tipo collettivo.

Inoltre, accanto all'arretrare dello stato sociale, occorrerebbe fosse sostenuta quella che è stata definita la welfare society, cioè una società che sia in grado di offrire un sostegno concreto alle persone, in modo che nessuno, nei limiti del possibile, resti da solo in particolari situazioni di difficoltà. Tale società può e deve riscoprire la mutualità associativa, che inserita in una rete di soggetti no profit specializzati nella erogazione di prestazioni e servizi socio sanitari, è già pronta a contribuire nel rilanciare un welfare più sostenibile per il Paese.



2. FEDERAZIONESANITÀ CONFCOOPERATIVE



Il perchè della cooperazione in sanità

Come visto nei paragrafi precedenti, soprattutto a partire dal 2009, il quadro di sistema è radicalmente mutato e si vanno praticando misure organizzative finanziarie sempre più restrittive per il SSN, in controtendenza con le caratteristiche di uno sviluppo di servizi alla persona che si fa sempre più complesso ed esigente.

Si presenta quindi ora la necessità di affrontare il problema salute sempre meno in maniera settoriale e di categoria o di competenze specializzate e specialistiche, e sempre più in una logica di sistema multidisciplinare e interprofessionale, con un ampio bagaglio di conoscenze e competenze, ma anche con la capacità di gestire le risorse umane, tecnologiche e finanziarie.

In particolare, in un sistema che si organizza in un contesto di risorse limitate e di domanda crescente, occorre tenere presente la natura della “domanda” in sanità. Tale domanda si definisce “derivata” in quanto dipende, nella soddisfazione dei bisogni che esprime, in larga parte dall’ “offerta”. In questo particolare bipolo, in cui chi domanda dipende nelle scelte da chi offre, appare evidente che la sproporzione evidenziata esporrebbe a rischi i cittadini qualora sul versante dell’ offerta vi fossero esclusivamente dei soggetti profit, vocati all’ utile, con un’ innegabile possibilità di induzione di bisogni. In questo scenario diventa fondamentale il ruolo e la presenza di soggetti “no profit”, che non tendendo esclusivamente alla remunerazione del capitale, abbiano un ruolo calmierante per tutto il sistema e di tutela per le famiglie, oggi sempre più disposte a partecipare alla spesa sanitaria.

La cooperazione nel suo ruolo prettamente mutualistico, dove assistente e assistito divengono i terminali della stessa azione, può, per storia e professionalità oggi esistenti, ricoprire questo ruolo, ancora mancante.

La no-profitabilità propria e strutturale del sistema cooperativo assume ruolo fondamentale in questo processo in quanto non è ammesso un uso privatistico dei propri capitali, delle proprie risorse, delle proprie professionalità, delle proprie tecnologie, assumendosi, invece, la responsabilità di agire in una Funzione Pubblica autonoma, sussidiaria e non sostitutiva delle responsabilità e delle funzioni dello Stato nelle sue diverse articolazioni.

Infatti, ponendo al centro la domanda di assistenza da parte del cittadino, l’azione del movi-

mento cooperativo, senza rinunciare all'ispirazione solidale e mutualistica, contribuisce concretamente a migliorare e rendere sempre più efficiente quanto il SSN assicura e, contestualmente, rafforza la rete delle attività sanitarie che sono chiamate a integrare l'assistenza pubblica. In tal senso appare necessaria una profonda innovazione attraverso la promozione e lo sviluppo di sinergie trasversali tra operatori, in grado di superare la frammentazione della "rete" della salute e dare vita ad un concetto di continuità assistenziale e di servizio alla persona, possibile solo superando il limite derivante dal mantenimento di improbabili rendite di posizione e dando slancio ed impulso ad una nuova cultura di governance della rete di cure territoriali e di servizi extraospedalieri, in grado di poter interfacciarsi realmente con il più maturo ed organizzato sistema ospedaliero.

Affrontare quindi il problema salute non solo in una logica settoriale (di categoria o di competenze specializzate e specialistiche), ma anche e soprattutto in una logica di sistema, multidisciplinare, con competenze manageriali e con un ampio bagaglio di conoscenze e competenze. E la cooperazione è il modello più rispondente per accogliere questa nuova sfida: per la forza della sua storia imperniata sui concetti di mutualità, per la sua tradizione di sussidiarietà e solidarietà che in questi anni hanno portato a creare un vero e proprio esercito di operatori sul territorio, capaci, nell'integrazione sviluppata da FederazioneSanità, di fornire risposte dove il sistema si è rivelato inadeguato.

Il concetto di "rete" della sanità trova infatti la migliore realizzazione con la valorizzazione dello strumento della forma cooperativa, grazie al quale è possibile creare un corpo identitario in grado di rappresentare valori, istanze ed interessi omogenei finalizzati alla organizzazione della rete del territorio.

Al riguardo nel Libro Bianco già citato si legge: "Altrettanto evidente è il ruolo strategico del mondo cooperativo, sintesi tra sviluppo imprenditoriale, economico e sociale che si pone quale protagonista dinamico di uno sviluppo inteso non esclusivamente in senso materialista, ma come accrescimento delle libertà di autodeterminazione e autorealizzazione delle persone", concetti ribaditi dal PSN 2011-2013, quando afferma che il mondo del terzo settore è costituito da una pluralità di enti e di organizzazioni accomunate dalla finalità di contribuire alla realizzazione del pubblico interesse e alla tutela della salute nel suo significato più ampio.

Inoltre, le cooperative, lo ha ricordato lo stesso Segretario Generale delle Nazioni Unite, "forniscono mezzi organizzativi tramite i quali una significativa parte della umanità è in grado di prendere nelle proprie mani il proprio destino in termini di occupazione, fuoriuscita dalla povertà e integrazione sociale".

Confcooperative nella sua mission di promozione, organizzazione, sviluppo, coordinamento e disciplina degli enti cooperativi e mutualistici (art. 2 dello Statuto) e, anche al fine di rap-



2. FEDERAZIONE SANITÀ CONF COOPERATIVE

presentare, tutelare e difendere gli interessi delle diverse cooperative aderenti ed operanti nell'ambito sanitario, ha deciso di costituire il 22 aprile 2010 una nuova Federazione della Sanità, per organizzare le cooperative di operatori sanitari e non (medici di medicina generale, le cooperative a specializzazione sanitaria, le cooperative farmaceutiche ed altre) e le mutue sanitarie aderenti a Confcooperative o di prossima adesione.

La nuova Federazione, aprendo nuovi spazi di dibattito tra le diverse categorie che oggi operano nel territorio e seguendo una logica di integrazione tra i diversi ambiti della medicina territoriale (rete), rappresenta per la cooperazione lo strumento per cogliere la sfida del nuovo modello policentrico di sanità e per concorrere in maniera attiva a sviluppare una nuova cultura nell'ambito dei servizi extraospedalieri.

Con la creazione di Federazione Sanità nazionale e delle sue articolazioni regionali, le cooperative della sanità hanno ora una risposta specifica alle proprie esigenze di settore che meritano oggi una rinnovata attenzione, nuova regolamentazione e specificità di azione anche con riguardo alle evoluzioni normative in corso.

Gli sviluppi normativi stanno disegnando un nuovo scenario in cui il settore no profit può rappresentare un'opportunità per la creazione di una nuova cultura di welfare, non più legata al vecchio concetto assistenzialista di gestione della sanità, ma innovata da un contributo sussidiario del mondo cooperativistico, tessuto connettivo, insieme alla piccola e media impresa, del nostro Paese.

Quello della cooperazione rappresentata da Federazione Sanità è un "privato" sussidiario, no profit, in grado di recepire le opportunità e le aperture che il nostro Paese offre in questo momento storico e di coagulare professioni e professionalità pronte a far nascere un soggetto nuovo capace di realizzare un piano di azione condiviso.

Federazione Sanità, nata dall'idea di fare finalmente sistema, propone un nuovo metodo di costruzione della cosiddetta "rete del territorio": ovvero un modello non più incentrato sulle singole figure professionali (più o meno importanti, più o meno incardinate nel sistema) ma su un progetto comune che ruota attorno al paziente come figura centrale dell'intervento, dando ruolo e dignità ad ogni singolo operatore che attualmente opera in questo settore.



LA RETE DI FEDERAZIONE SANITÀ

Dall'integrazione delle quattro anime della FederazioneSanità e dall'esigenza di superare la competizione intercategoriale che ha finora caratterizzato questo settore, nasce, quindi il 22 aprile 2010, un soggetto nuovo che sta costruendo in una logica di sinergia e di sussidiarietà orizzontale, una rete di servizi sanitari, sociali, assistenziali e di mutualità integrativa da offrire ai cittadini, con il fine ultimo di migliorarne la qualità e la durata della vita. La presenza infatti delle cooperative di medici, delle cooperative farmaceutiche, delle mutue socio sanitarie e delle cooperative a specializzazione sanitaria, all'interno di FederazioneSanità, consente di offrire servizi complessi e multi professionali, sia integrati che complementari a quelli offerti dal Sistema Sanitario Nazionale, nell'ambito della prevenzione, della cura, dell'assistenza sanitaria e della riabilitazione.

I quattro settori componenti la Federazione, di seguito sommariamente illustrati, con provenienze e finalità differenti, hanno trovato con FederazioneSanità elementi da mettere in comune e potenzialità da sviluppare in rete, consapevoli che la vera innovazione è oggi operata da e con le reti, quindi integrando.



COOPERATIVE DI MEDICI

Da tempo nel nostro Paese sono presenti numerose Cooperative nel settore della Medicina, con una diversità di vocazione, oggetto sociale, attività ed articolazione organizzativa che rispondono al diverso scopo per le quali sono state costituite, in funzione dei diversi modelli regionali e, a volte, provinciali di assistenza sanitaria.

La maggior parte delle Cooperative mediche ha scopi di mutualità organizzativa all'interno della stessa medicina generale, mentre in altri casi prevale la "mission" di fornire servizi al cittadino.

Nell'ambito del ruolo che i medici possono svolgere in un sistema sanitario fondato sulla sussidiarietà, le cooperative diventano un importante tassello nel disegnare un modello ad elevato livello di obbligazione, fortemente orientato ai bisogni del cittadino.

Inoltre nell'ampliare l'ottica di sviluppo dei servizi alla persona, allargando l'orizzonte di azione ed implementando, in FederazioneSanità, sinergie e collaborazioni con chi da sem-



2. FEDERAZIONE SANITÀ CONF COOPERATIVE

pre svolge la propria attività nell'ambito del sistema extraospedaliero, si riescono a fornire degli spunti e delle opportunità interessanti a chi oggi ha intrapreso una attività di profilo più imprenditoriale, come la cooperazione nel settore medico.

Le Cooperative di Medici in Federazione Sanità contribuiscono a far individuare e soddisfare dei bisogni socio sanitari che possono trovare risposta in cooperative efficienti e strutturate in rete tra le varie componenti professionali.

In un panorama di così grande variabilità interregionale, che rende, tanto in termini normativi che attuativi, di fatto impossibile definire un unico modello di gestione delle attività extraospedaliere rivolte al cittadino, occorre fare uno sforzo di analisi e comprensione delle problematiche che, da regione a regione, possono essere affrontate e risolte attraverso lo strumento cooperativo, in un'ottica che vede la centralità dei bisogni del cittadino, piuttosto che la centralità delle esigenze dell'operatore.

È proprio il primato del soddisfacimento del bisogno di salute da parte del cittadino al centro della mission di Federazione Sanità e prevale sugli interessi di categoria. In questa ottica, quindi, le cooperative di medici possono essere considerate non solo centri di offerta ma anche centri di responsabilità, in grado di poter svolgere, in una logica di complessiva presa in carico dei bisogni socio-sanitari, non solo attività di carattere prestazionale ma anche attività di governo della domanda, soprattutto in un ambito caratterizzato dalla multidisciplinarietà, come l'assistenza alla persona in un contesto ambulatoriale, domiciliare e residenziale.

Parimenti vi sono scenari in cui, invece, l'attività della cooperativa si sviluppa nell'ambito del soddisfacimento dei bisogni "complessi" della attività extraospedaliera, promuovendo sinergie con altri soggetti che operano fuori dall'ambito ospedaliero ed enfatizzando così, gli aspetti organizzativi ed infrastrutturali che spesso mancano nel determinare un buon esito dell'intervento.

Da un punto di vista organizzativo, le Cooperative mediche che aderiscono a Federazione Sanità danno vita ad una struttura organizzativa di tipo *adhocratico*, piuttosto che piramidale o verticistica, con caratteristiche di flessibilità legate al bisogno da soddisfare ed articolata su principi di rinforzo dei processi di reticolazione informale nell'ambito di un sistema sussidiario che prevede l'interazione "in rete" fra le diverse componenti della Federazione.





COOPERATIVE A SPECIALIZZAZIONE SANITARIA

Negli ultimi decenni le Cooperative Sociali, nate come aggregazione di soggetti svantaggiati o come insieme di operatori professionalmente impegnati nel miglioramento delle condizioni di vita di soggetti svantaggiati hanno avuto un particolare sviluppo. Nell'alveo delle Cooperative sociali, sono confluite, nel corso degli anni '90, le cooperative fondate per erogare, in affiancamento al Servizio Sanitario Nazionale, i servizi sanitari assistenziali di base, prevalentemente afferenti all'ambito delle professioni sanitarie non mediche. Al contempo le stesse cooperative erano impegnate nella erogazione, sempre in convenzione con enti pubblici, di servizi specialistici quali l'assistenza integrata a pazienti in fase terminale o affetti da patologie complesse con elevato fabbisogno assistenziale specialistico, come l'AIDS o le gravi cerebropatie alla nascita.

All'interno, dunque, delle cooperative è venuto a crearsi un nucleo di soggetti che, pur conservando l'attenzione alla integrazione socio - sanitaria, si è specializzato nella erogazione di servizi svolti prevalentemente da professionisti di ambito sanitario, connotandosi fortemente sia nella composizione sociale, che nella scelta delle figure di governo della cooperativa. Ne è derivato un comparto che, avvalendosi di modelli organizzativi specifici e professionalità con esperienza pluridecennale, opera in un'ottica di integrazione fra soggetti pubblici e privati non profit, collaborando nella progettazione ed attuazione di servizi rivolti prevalentemente a pazienti che afferiscono alla rete territoriale di assistenza primaria e di assistenza a lungo termine. Il sistema delle cooperative si è trovato, negli anni, ad interagire con il sistema pubblico in tutti gli ambiti, dal domicilio dei pazienti, nelle residenze sino ai servizi di diagnosi, cura e riabilitazione, passando da "fornitori" di servizi a "partner" del Sistema Sanitario Nazionale, introducendo quelle logiche di partecipazione sociale alla vita d'impresa così necessarie ad un sistema che opera con una forte componente "vocazionale". Le cooperative a specializzazione sanitaria trovano, ora, in Confcooperative - FederazioneSanità il giusto luogo in cui confrontarsi con gli altri attori della Sanità nazionale e regionale, per realizzare servizi integrati in favore di fasce di popolazione, negli anni sempre più ampie, costituite da soggetti in condizioni di fragilità, non autosufficienza, disabilità, cronicità, polipatologia. Un ulteriore target è costituito da individui affetti da gravi patologie con fabbisogni assistenziali e clinici complessi che non ne pregiudicano, tuttavia, la permanenza al di fuori delle strutture ospedaliere. Destinatari ulteriori dell'intervento sono, altresì, gli aderenti a forme di mutualità integrativa che potranno trovare percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali integrati, avvalendosi della rete di offerta delle cooperative aderenti alla Federazione. In un quadro di limitatezza e frammentarietà dei servizi sani-



2. FEDERAZIONE SANITÀ CONF COOPERATIVE

tari territoriali, con Federazione Sanità si è ampliata l'offerta di salute esistente sul territorio in termini di professionalità disponibili e si è organizzata in modo unitario la domanda di assistenza, aggiungendo a quanto garantito dal SSN: servizi, prestazioni e percorsi fruibili con tariffe socialmente sostenibili.



COOPERATIVE FARMACEUTICHE

La Farmacia italiana, fortemente inserita nei percorsi assistenziali pubblici, è sempre più luogo di incontro tra bisogni e risposte sanitarie. Se l'accesso al farmaco e la garanzia di veder rispettati standard elevati di sicurezza per il cittadino, hanno nella farmacia e nel sistema distributivo del farmaco un punto di forza, la cooperazione in questo quadro di evoluzione ha contribuito nel tempo in maniera assolutamente rilevante. Le cooperative farmaceutiche, nate nel panorama distributivo in un momento in cui la presenza speculativa privata era maggiormente pressante, si sono diffuse nella quasi totalità delle regioni italiane, determinando una condizione di servizio assolutamente funzionale ad una farmacia presente capillarmente sul territorio e fortemente legata al bisogno di garantire l'accesso al farmaco indipendentemente dalla collocazione geografica della farmacia e dalla sua dimensione organizzativa. L'obiettivo di democrazia economica del modello cooperativo ha rappresentato il motivo fondante dei percorsi aziendali di tutte le cooperative in Italia, la loro evoluzione e la trasformazione in modelli organizzativi sempre più evoluti e ispirati a corretti principi di logistica e di economia di scala. Ciò fa oggi di queste aziende punti di ripartenza per nuovi e ambiziosi traguardi per l'intero comparto. Non da meno c'è da sottolineare come la presenza della forma cooperativa all'interno del mondo della distribuzione del farmaco, si sia caratterizzata negli anni anche nell'essere riuscita a garantire omogeneità tra piccole e grandi farmacie nella fruizione di standard qualitativamente elevati della logistica e degli assortimenti. In questa prospettiva le cooperative farmaceutiche sono impegnate a raccogliere e organizzare bisogni e risposte nei territori, con l'obiettivo, tutto mutualistico, di condividere sforzi e uniformare standard e proposte.

Con Federazione Sanità, le cooperative farmaceutiche condividono il momento associativo, con le realtà cooperative mediche e socio-sanitarie, esaltando e moltiplicando gli effetti positivi e incidenti che un'azione comune può determinare nella costruzione di risposte adeguate e di nuovi modelli organizzativi tra i vari operatori, come richiesto da ultimo dai nuovi

sviluppi della normativa in materia.

Inoltre, a fronte di tali sviluppi, dei quali si è parlato in precedenza e della sfida essenziale rappresentata dalle innovazioni da concretizzare da parte delle farmacie, cambia anche il ruolo delle cooperative farmaceutiche. Esse infatti, in un contesto complesso come quello delle prestazioni sanitarie, sono chiamate a rendere attuabili nelle farmacie le molte attività previste dai decreti e ad evolvere quindi forme nuove, cioè da semplici e qualificate strutture logistiche, in centri intermedi di organizzazione e veicolazione di servizi alla farmacia e all'utente, e da queste alle persone singole o ai gruppi di persone.





2. FEDERAZIONESANITÀ CONFCOOPERATIVE



MUTUE SOCIO-SANITARIE

Nel percorso del passaggio da un Servizio Sanitario esclusivamente centrato sull'ospedale al modello di sanità integrato e "continuo" territoriale della FederazioneSanità l'integrazione nella rete del settore delle mutue, come detto, si rende indispensabile e di assoluta importanza.

Le mutue di Confcooperative, inquadrate dall'aprile 2010 in FederazioneSanità, stanno lavorando da tempo affinché l'accesso a trattamenti sanitari, sempre più complessi e costosi e, ugualmente, a cure croniche che richiedono prima di tutto l'impegno di risorse umane, sia assicurato a tutti.

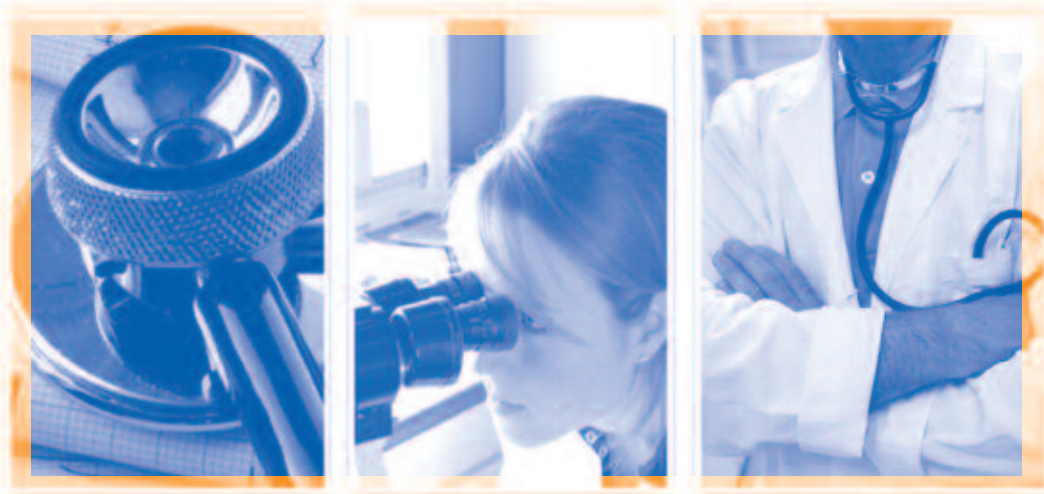
Infatti le mutue associate, con tale impegno, hanno garantito nel tempo l'assistenza indiretta e, per alcune prestazioni diretta (ricoveri con o senza intervento chirurgico, parto e prestazioni specialistiche ambulatoriali), realizzando network sanitari capaci di garantire, ai propri iscritti, agevolazioni importanti sulle tariffe e sui tempi per la fruizione delle prestazioni convenzionate.

Come noto, le Mutue non hanno scopo di lucro ma esclusivamente finalità assistenziale.

Garantiscono difatti protezione ed assistenza sanitaria ai propri associati ispirandosi ai valori della mutualità volontaria. Hanno strutture associative che si basano sulla contribuzione volontaria (adesione individuale) o negoziale (adesione collettiva) e sulla suddivisione del rischio tra tutti i Soci, che integrano ed ampliano le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale. La partecipazione fondamentale ed imprescindibile, delle Mutue in FederazioneSanità - Confcooperative, permette di sviluppare nuove ed ulteriori potenzialità, poiché esse rappresentano l'anello di congiunzione tra le attese di cura delle persone e le possibilità economiche di ottenere le prestazioni più rispondenti alle specifiche richieste. Nel sistema di FederazioneSanità, la mutue contribuiscono a promuovere e favorire l'organizzazione della domanda per l'ottenimento di un'offerta qualificata delle prestazioni, riducendo l'onere medio della spesa sanitaria integrativa.

Concorrono altresì al miglioramento della qualità dei servizi sanitari mediante lo sviluppo di alleanze strategiche tra domanda e offerta.

Inoltre, sul lato dell'offerta, è anche attraverso la prevenzione che si riducono realmente i costi della sanità, potendosi destinare risorse in servizi indispensabili e di alta specializzazione a tutti i cittadini che ne necessitino. A tal riguardo è importante ricordare l'impegno delle mutue nel campo della prevenzione integrativa, della formazione e dell'educazione dei giovani, inteso sia come educazione alla salute sia come sensibilizzazione dei giovani ai valori della solidarietà.





3. CONCLUSIONI

“La sfida a cui siamo chiamati non è solamente economica ma, prima di tutto, progettuale e culturale. Vogliamo riproporre la centralità della persona, in sé e nelle sue proiezioni relazionali a partire dalla famiglia.

Pensiamo a un Welfare delle opportunità che si rivolge alla persona nella sua integralità, capace di rafforzarne la continua autosufficienza perché interviene in anticipo con una offerta personalizzata e differenziata, stimolando comportamenti e stili di vita responsabili, condotte utili a sé e agli altri. Un Welfare così definito si realizza non solo attraverso le funzioni pubbliche ma soprattutto riconoscendo, in sussidiarietà, il valore della famiglia, di tutti i corpi intermedi e delle funzioni professionali che concorrono a fare comunità” (7).

Se il motivo fondante è “La persona prima di tutto”, ciò significa focalizzare i servizi sanitari sui bisogni emergenti della persona e della famiglia, e quindi la base di partenza deve essere l’organizzazione di un sistema in grado di fornire risposte nelle diverse fasi di fragilità, in un continuum assistenziale in grado di non disperdere risorse e garantire unicità all’azione dei differenti attori dell’assistenza.

Questo modello per essere efficace non può prescindere dall’affermazione di un nuovo metodo, e cioè quello dell’integrazione.

Oggi, invece, il sistema dei servizi alla persona in ambiente extraospedaliero si caratterizza, come detto, per la parcellizzazione delle prestazioni, l’assenza di integrazione tra i diversi erogatori, la mancanza di continuità organizzata tra gli ospedali e il territorio e la carenza di strumenti per il governo clinico dell’assistenza primaria.

Il modello di integrazione cui tende FederazioneSanità comporta il passaggio tanto auspicato al cosiddetto “Welfare positivo”, che significa sviluppare un modello dinamico di integrazione socio- sanitaria- assistenziale, caratterizzato da una offerta di interventi rivolti alla persona e alla famiglia lungo tutto il percorso della vita ed in grado di sostenere le fragilità, favorendo la promozione e lo sviluppo di capacità individuali e di reti familiari.

La mission di FederazioneSanità è quindi nella proposta di un nuovo modo di concepire la rete delle cure territoriali e il sistema extraospedaliero di servizi alla persona, che incentivi tra i vari “attori” dell’attuale sistema, un processo di “reticolazione informale” tal che si accresca il livello di coordinamento funzionale di ogni singolo membro della “rete” e che si valorizzino tutti gli attori, affidando a ciascuno il ruolo più proprio.

In sintesi FederazioneSanità nasce quindi per meglio collocare dentro l’azione di rappresentanza di Confcooperative:

- a. la nascita e la diffusione di cooperative di operatori sanitari e cooperative di medici;
- b. lo sviluppo di cooperative a specializzazione sanitaria dell’assistenza;
- c. il coordinamento e coinvolgimento delle cooperative farmaceutiche, nella qualità di strutture in grado di organizzare ed erogare servizi integrati;
- d. la diffusione della proposta delle mutue operanti nel settore della sanità data l’importan-

za crescente del fondo comune per la tutela dai rischi legati alla malattia, o dalle spese necessarie a ripristinare o mantenere la salute delle persone;

e. l'integrazione reale fra i soggetti di cui sopra e con le realtà che operano nel sociale;

f. la realizzazione della cultura della "rete" che permetta:

- l'integrazione di conoscenze e competenze multidisciplinari e interprofessionali, per la sperimentazione ed attuazione di nuove modalità operative;
- una molteplicità dei punti di accesso al sistema dei servizi, con possibilità, integrando le diverse mission e le diverse competenze, di una presa in carico globale delle necessità di servizi sanitari e socio-sanitari della persona;
- la presa in carico di pazienti con bisogni diversi e molteplici;
- una maggiore quantità ed una più approfondita analisi di dati;
- la gestione della cronicità e della disabilità, richiedendo quest'ultima interventi integrati, continuativi nel tempo, con definizione di obiettivi, condivisione dei percorsi, raccolta dei dati, misurazione dei risultati e divulgazione degli stessi;
- la partecipazione dei cittadini alla progettazione, organizzazione e verifica della qualità dell'assistenza, adottando strumenti di consultazione degli assistiti e pubblicizzazione dei risultati conseguiti.

Tale mission non può svilupparsi che con la necessaria determinazione nell'affermare un principio nuovo: quello di confrontarsi apertamente sui problemi del servizio alla persona, piuttosto che sulle problematiche di ogni singola categoria, creando quindi una nuova proposta di assetto ed orientamento del modello di welfare nel nostro Paese che risponda alle future necessità di adattarsi al contesto politico e socioeconomico.



Note:

- (1) Elio Guzzanti, *L'ASSISTENZA PRIMARIA IN ITALIA dalle condotte mediche al lavoro di squadra*. Edizioni iniziative sanitarie luglio 2009.
- (2) Corte dei Conti: *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni 2008-2009* del 22 luglio 2010
- (3) *Un modello per il governo del territorio delle Aziende Sanitarie*. FIASO - Cergas Bocconi 2008
- (4) Fonte: OECD Health Data 2010, Eurostat Statistics Database
- (5) OECD Health Data 2010, Eurostat Statistics Database
- (6) Un primo accordo in tal senso è stato firmato tra la Regione Lombardia e Federfarma nazionale il 17 gennaio 2011 "Accordo per la sperimentazione di nuove forme di collaborazione e servizi per le farmacie e le ASL lombarde".
- (7) *La vita buona nella società attiva. Libro Verde sul futuro del modello sociale, Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, 25 Luglio 2008.*



Finito di stampare Maggio 2011