



PROPOSTA S.N.A.M.I PER LA RIORGANIZZAZIONE SANITARIA NEL TERRITORIO E PER IL MIGLIORAMENTO DEI RAPPORTI OSPEDALE-TERRITORIO.

La Consulta delle Regioni riunita a Torino il 14 aprile 2012, riprendendo idealmente i lavori di consultazione con la base e con la dirigenza del Sindacato negli incontri degli Stati Generali e del Consiglio Nazionale e Comitato Centrale dello scorso mese di maggio, sentiti gli interventi dei Presidenti Regionali e dei loro delegati, oltre i Responsabili di Settore Nazionali, così si esprime:

1) Deve rimanere il rapporto duale tra il Medico ed il cittadino che lo ha liberamente scelto.

2) Non ci può essere un unico modello di organizzazione applicabile su tutto il territorio nazionale, ma vari modelli.

3) Qualsiasi cambiamento deve essere preceduto da una reale fase di sperimentazione per poi andare eventualmente a regime.

4) Le AFT, normate in convenzione, dovrebbero:

1) non prevedere l'aggregazione forzata.

2) non prevedere un numero minimo fisso di partecipanti ma considerare le situazioni in cui verrebbero aggregati anche Medici che lavorano a notevole distanza tra loro, per cui andrebbe introdotto il concetto dei tempi di percorrenza .

5) Le UCCP, normate in convenzione, ad esclusione di qualche isolata realtà, sono praticamente inattuabili per mancanza di risorse e perchè e non migliorative della attuale Medicina di Famiglia, che ben funziona. Quando un paziente può rivolgersi a qualsiasi Sanitario di un aggregazione si snatura il rapporto con il proprio medico, aumentano i costi della farmaceutica e della diagnostica e soprattutto non migliora l'assistenza sanitaria.

6) Dovrebbe essere sviluppata la rete, con oneri non a carico del Medico, per cui i programmi gestionali di tutti gli attori della Sanità, non solo del territorio, possano colloquiare tra loro. Devono viaggiare le idee ed i dati e non le persone.

Sviluppare inoltre la Telemedicina e il Teleconsulto.

7) Rafforzare, perchè largamente disattese, corsie preferenziali per esami urgenti strumentali e di laboratorio.

8) Introdurre il monitoraggio continuo del sistema. Ad esempio al momento dell'accesso in pronto soccorso di un codice verde deve essere codificato il motivo per cui non c'è stato il passaggio nel "filtro del territorio".

Lo stesso deve valere per i codici bianchi che dovrebbero essere rimandati al proprio Medico di famiglia.

9) Curare la comunicazione e pubblicizzazione il corretto utilizzo dei servizi sanitari (educazione al cittadino).

Al pronto soccorso, nei reparti ospedalieri, nei poliambulatori e negli studi dei medici di famiglia cartelli in bella evidenza in cui c'è scritto che anche l'esente ticket paga le prestazioni non urgenti.

Istituire un "Centralino informativo" sul territorio.

10) L'offerta di salute nel territorio può essere migliorata. Aumentare incondizionatamente l'offerta dilata la domanda e conseguenti i costi.

In generale si può calmierare la domanda anche con ticket.

Ad esempio il pz. codice bianco o verde che decide spontaneamente di recarsi al P.S. deve pagare non un ticket ma la somma dei ticket degli esami ed accertamenti effettuati . Per gli accessi impropri non devono considerare esenzioni, neanche per reddito.

11) Non c'è preclusione per progetti pilota che:

1) devono essere sperimentati seriamente prima di andare a regime.

2) vedano la partecipazione dei Medici essere volontaria.

3) siano adeguatamente finanziati e i Medici devono essere pagati per la loro opera professionale.



Esempi:

- a) Progetto assistenza primaria**
- b) Progetto continuità assistenziale**
- c) Progetto emergenza territoriale**

a) Progetto ADT (Ambulatori Dedicati Territoriali) per lo svolgimento della medicina di iniziativa.

Tale progetto sperimentale permetterà al cittadino di trovare l'assistenza più adeguata per alcune delle patologie croniche più frequenti.

In strutture altamente qualificanti il paziente troverà il proprio medico che lo inviterà a visita con cadenze prefissate e non viceversa.

Lo specialista, ospedaliero o convenzionato, che verrà integrato nella gestione delle patologie croniche potrà occuparsi dei casi, selezionati, di maggiore complessità. Questo permetterà l'abbattimento dei tempi di attesa ed una maggiore appropriatezza degli interventi.

Gli ADT (Ambulatori Dedicati Territoriali) vengono istituiti per lo svolgimento della medicina di iniziativa.

La partecipazione del medico alla sperimentazione è su base volontaria e verrà retribuita a quota oraria.

Gli ADT si occuperanno di trattare in collaborazione con gli specialisti di branca:

- 1. Diabete mellito non insulino dipendente (diabetologi)**
- 2. ipertensione arteriosa (cardiologi)**
- 3. BPCO (pneumologi)**
- 4. terapia del dolore (ortopedici, fisiatristi e reumatologi)**
- 5. altre patologie croniche**

Gli ADT andranno inseriti all'interno di strutture di proprietà esclusiva del sistema sanitario regionale.

Il personale amministrativo e socio-sanitario sarà a totale carico del SSN.

Il personale infermieristico si occuperà di effettuare tutte le procedure previste dal proprio mansionario (es. misurazione pressione arteriosa, prelievo ematico, misurazione della saturazione O₂, controllo peso, altezza e giro vita, calcolo del BMT etc. etc.

I medici presenti in ADT svolgeranno anche visite ambulatoriali di urgenza per i pazienti catalogati come codici bianchi, appartenenti ai medici componenti l'ADT.

b) Progetto continuità assistenziale.

La Continuità assistenziale può integrarsi con la Medicina di famiglia per intercettare durante le ore diurne i codici bianchi e verdi rafforzando il filtro del territorio anche per evitare accessi impropri al pronto soccorso. Vengono pagati a quota oraria. Importante l'accesso ai dati tramite rete.

C) Progetto emergenza territoriale.

Il sistema di emergenza sul territorio si potrà avvalere di micro strutture come: (Punti di Primo Intervento P.P.I.- Presidi Territoriali di Emergenza P.T.E. - e Mezzo Mobile Avanzato MSA) presenza che tenga conto degli standard minimi di attuazione e che prenda in debito conto del numero di abitanti e delle condizioni geografiche.

Ciò favorirebbe l' integrazione con gli altri attori del territorio e con gli ospedali di riferimento, indispensabile sia per ottimizzare le risorse, che per prevenire i ricorsi impropri e i crown nei Pronto Soccorso.

Valutate le proposte del documento del tavolo tecnico di riordino delle cure cure primarie e integrazione ospedale-territorio, la CONSULTA delle REGIONI ritenendo che tale documento non abbia centrato le problematiche del tema in oggetto, sia in termini dell'analisi delle criticità sia nelle soluzioni propositive, esplicita le seguenti considerazioni:

RUOLO UNICO ED ACCESSO UNICO.

Si è favorevoli se si intende per RUOLO UNICO un canale preferenziale per i Medici un comparto ad accedere ad un altro comparto della Medicina Generale.

Si è contrari se si intende per RUOLO UNICO una confusione di ruoli in un futuro dell'assistenza in cui "tutti fanno tutto".La Continuità assistenziale, emergenza e assistenza primaria devono continuare ad avere ruoli e compiti distinti ma "integrati". Si è contrari anche se il ruolo unico prelude alla scomparsa "tout court" della Continuità assistenziale, come si paventa da parte di alcuni sindacati.



RISTRUTTURAZIONE DEL COMPENSO.

Lo Snamì è favorevole alla distinzione fra fattori di produzione e compensi professionali. A patto che non ci sia un arretramento nella retribuzione complessiva attualmente percepita e che i fattori di produzione, ancorchè a carico o compartecipati da parte pubblica, non vadano ad incidere sulla fiscalità complessiva del singolo convenzionato. Inoltre bisognerà studiare un percorso legislativo che esenti i medici di medicina generale dalla ulteriore imposizione dell'IRAP, in linea, del resto, con la giurisprudenza attuale."

Si è perplessi inoltre nell'ipotesi in cui si pensi di fornirci direttamente personale e strutture.