

TAVOLO TECNICO MINISTERO SALUTE SU RIORDINO DELLE CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

L'opportunità che si è concretizzata, a seguito della richiesta congiunta di vari sindacati medici, con l'istituzione di un tavolo tecnico tra il Ministero della salute e i sindacati al fine di condividere alcune scelte sul **RIORDINO DELLE CURE PRIMARIE E LA INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO** impone a tutti una riflessione che partendo dall'esistente cominci a pensare a modelli organizzativi e assistenziali futuri, a nuovi modi di erogare sanità cercando di conservare elementi fondanti e generalisti quali l'universalismo, l'equità e l'appropriatezza delle cure coniugandoli con la sostenibilità del sistema stesso.

In questa elaborazione di idee non si può prescindere dal potere organizzativo che il federalismo ha attribuito alle Regioni e dal considerare la sanità un processo complesso nel quale numerosi attori debbono necessariamente confrontarsi e condividere le scelte, senza sovrapposizione di ruoli e funzioni creando un valore aggiunto al percorso sanità e non generando invece inutile confusione o una improduttiva frammentazione del processo assistenziale.

Uno dei temi che merita certamente attenzione è la governance del territorio intesa nei suoi due aspetti, distinti ma complementari, quali la riorganizzazione delle cure primarie e l'integrazione ospedale territorio.

In questa prospettiva le scriventi OOSS propongono alcune riflessioni.

1. Rapporto con le professioni sanitarie

A tutela non solo dei professionisti ma anche e soprattutto dei cittadini non è più rinviabile un confronto ed una definizione preliminare delle competenze dei singoli professionisti appartenenti a ruoli professionali diversi ma che operano con lo stesso obiettivo di creare salute e garantire o favorire la tutela della salute del cittadino.

La non definizione di questi aspetti ad oggi ha prodotto una inutile corsa alla erosione dei tradizionali ambiti di autonomia professionale dei medici generando confusione e nessun valore aggiunto, aumentando peraltro la diversità fra i modelli di erogazione dei servizi sanitari esistenti nelle varie Regioni e/o Azienda sanitarie della stessa regione.

Qualsiasi modello organizzativo/assistenziale si intenda sviluppare non può prescindere da una corretta definizione ed individuazione delle competenze, conoscenze, responsabilità dei singoli attori rendendo contemporaneamente rintracciabili e trasparenti le funzioni e compiti di ognuno, creando così il presupposto per superare l'attuale sistema, variegato nella varie regioni, del fai da te o delle sperimentazioni senza alcuna verifica. Occorre evitare approcci a canna d'organo per ricomporre intorno a chi ha compiti di diagnosi e terapia la responsabilità unitaria del governo clinico e gestionale.

2. Governance della continuità assistenziale h24

Al fine di assicurare continuità assistenziale H24, pur nel rispetto della autonomia organizzativa delle Regioni ed indipendentemente dal rapporto di lavoro che lega al SSN i singoli professionisti interessati, elemento determinante è favorire l'integrazione tra le numerose figure professionali (MMG, PLS, Medicina Specialistica, attuale CA, CO 118 e DEA) presenti. La continuità assistenziale deve coniugare la capillarità di diffusione degli studi di medicina generale con la attività di strutture multiprofessionali in grado di intercettare, anche attraverso adeguate capacità

diagnostiche e terapeutiche, la domanda di bassa complessità che si rivolge al Pronto Soccorso per ottenere risposte.

Premettendo che per Emergenza Pre-Ospedaliera si intende la CO 118, per il cui personale appare opportuno il rapporto di dipendenza con il SSN, con funzione di ricezione delle chiamate di emergenza e attribuzione di codice di presunta gravità ed i mezzi di soccorso con personale sanitario e tecnico, coordinati dalla CO, si ritiene necessario che anche la CA si interfacci con tale sistema. L'emergenza pre-ospedaliera e quella ospedaliera devono integrarsi, almeno funzionalmente, in un'unica organizzazione dipartimentale che permetta di svolgere le attività sia sul territorio che in ospedale, con modalità organizzative adattate ad ogni realtà.

3. Modifica dell'articolo 8 del Dlgs 502

La riscrittura dell'articolo 8 del decreto legislativo 502 offre l'opportunità di rivedere e aggiornare, rendendoli più coerenti con le mutate condizioni, gli aspetti ordinamentali, giuridici e professionali che sono alla base di un nuovo modo di concepire l'erogazione e l'organizzazione delle cure primarie inserite in un nuovo modello organizzativo di tutto il servizio sanitario.

Di conseguenza le modifiche dell'art. 8 devono essere coerenti con il modello complessivo che si intende sviluppare e che ancora non è stato definito e delineato in tutte le sue sfaccettature, ricordando che già oggi in varie realtà, l'assistenza territoriale medico-generica, pediatrica e specialistica ambulatoriale è prestata oltre che da personale convenzionato con il SSN da personale dipendente, pur governati da modelli contrattuali diversi. Ed in molte Regioni personale convenzionato come specialista ambulatoriale opera a pieno titolo all'interno della organizzazione ospedaliera.

Diventa pertanto urgente definire gli aspetti, relazionali e contrattuali, che legano i vari professionisti nell'ambito dell'organizzazione del sistema sanitario adottata dalla Regione, nel rispetto del contratto individuale di lavoro sottoscritto con l'ASL di appartenenza e del rapporto tra quantità e qualità del lavoro svolto e valorizzazione economica. Particolare attenzione va posta alla definizione del ruolo giuridico del medico, quale garante della salute del cittadino e responsabile della continuità delle cure, alla omogeneizzazione delle tutele, alla individuazione di possibili modalità capaci di assicurare flessibilità tra i diversi settori del sistema.

4. Governance del territorio: riordino delle Cure Primarie ed Individuazione di strutture territoriali di riferimento

Il riordino del settore delle Cure Primarie deve prevedere la condivisione di un modello multi professionale funzionale all'erogazione dell'assistenza, la realizzazione e/o il consolidamento delle equipe multi professionale territoriale inclusa l'integrazione, anche solo funzionale, con gli operatori del Servizio sociale e/o del dipartimento sociosanitario (qualora esistente).

Occorre sviluppare maggiormente i modelli di associazionismo individuando contemporaneamente le modalità che, pur confermando il sistema di fiducia e di scelta esistente tra MMG e paziente, permettano di garantire a questo ultimo l'assistenza possibile, almeno nelle ore diurne, senza indurre accessi inappropriati al PS o ad altri punti della rete di emergenza. E verificare la possibilità di individuare, con modello nazionale o regionale, strutture multiprofessionali o multidisciplinari deputate alla presa in carico, anche in un setting degenziale, di condizioni di fragilità e complessità assistenziale collegate alla cronicità ed alla risoluzione di problematiche socio-sanitarie post-acuzie. All'interno delle quali realizzare la gestione delle principali patologie croniche con la collaborazione di tutti gli attori professionali interessati, compresi quelli non medici, intervenendo specificamente sul rischio di ospedalizzazione inappropriata di questi pazienti, favorendo la continuità delle cure e la loro presa in carico integrata.

Necessario, ovviamente, anche definire il modello di governo di queste strutture fisiche individuate e sparse nel territorio dove inevitabilmente agiscono non solo i MMG e PLS e Specialisti

convenzionati ma anche professionisti appartenenti ai dipartimenti sanitari territoriali o al distretto e professionisti appartenenti ad altri dipartimenti ospedalieri e del sistema sociale comunale.

Un presupposto indispensabile è la riorganizzazione della rete ospedaliera per favorire i processi di deospedalizzazione e promuovere un modello di ospedale radicato nel territorio e funzionalmente collegato con la rete assistenziale anche mediante la adozione di procedure e protocolli condivisi.

5. Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali Relazionali (PDTA-R)

Questo modello permette la presa in carico integrata fra MMG e specialisti e garantisce la continuità assistenziale e la integrazione fra l'ospedale ed il territorio attraverso la definizione delle modalità di partecipazione dei vari attori. Si tratta, in sostanza, di erogare assistenza nel rispetto di standard di qualità e sicurezza delle cure per processi caratterizzati da un elevato grado di interdisciplinarietà, polispecialità e integrazione e capaci di assicurare flussi e percorsi di tipo flessibile.

6. Formazione

La formazione post laurea deve rispondere alle esigenze del modello organizzativo della assistenza sanitaria piuttosto che a quella delle cattedre universitarie e della necessità di assicurare i volumi produttivi che ne giustificano la esistenza. Occorre in sostanza restituire al servizio sanitario, nelle sue articolazioni intra ed extraospedaliere, il ruolo formativo professionalizzante che gli spetta in quanto garante della qualità professionale di chi è chiamato ad erogare le prestazioni sanitarie.