



Federazione Italiana sindacale dei medici uniti

Una Nuova Medicina del Territorio

A CURA DEL **Centro Studi F.I.S.M.U. Campania**



Autori:

DOMENICO CREA
PASQUALE TALLARINO
ANTONIO LUCIANO
NELLO MARSICANO
ANTONIO CATALANO
PINETTA VESSICHELLI

ALFREDO SCARPA
ANTONIO PACELLI
VINCENZO MORANTE
ALESSIO SEPE

Introduzione:

“La salute non è tutto, ma senza salute, tutto è niente” (Arthur Schopenhauer)

La tutela della salute è un pilastro della democrazia e dell'economia mondiale, come conferma la pandemia che ha investito tutto il mondo. Il vero obiettivo adesso: garantirla a tutti, ma migliorandone le funzioni palesemente apparse in ritardo e inadeguate, soprattutto quelle legate alle esigenze del territorio, oltre che ospedaliere a tutti i livelli.

La necessaria ed improcrastinabile riorganizzazione delle cure primarie a livello territoriale, alla luce di quanto purtroppo accaduto nella gestione della pandemia in corso da Covid, consente di articolare una nuova proposta assistenziale per un intervento efficace sulle malattie subacute e croniche, attraverso risposte multi specialistiche e multi professionali.

In particolare, tale ipotesi di ristrutturazione parte dalla necessità di modificare un assetto territoriale fin troppo affidato all'autogestione dei singoli attori e protagonisti della medicina generale e territoriale complessiva, per passare ad una più articolata offerta sanitaria caratterizzata da punti fissi riconosciuti e stabili e dalla certezza dell'assistenza.

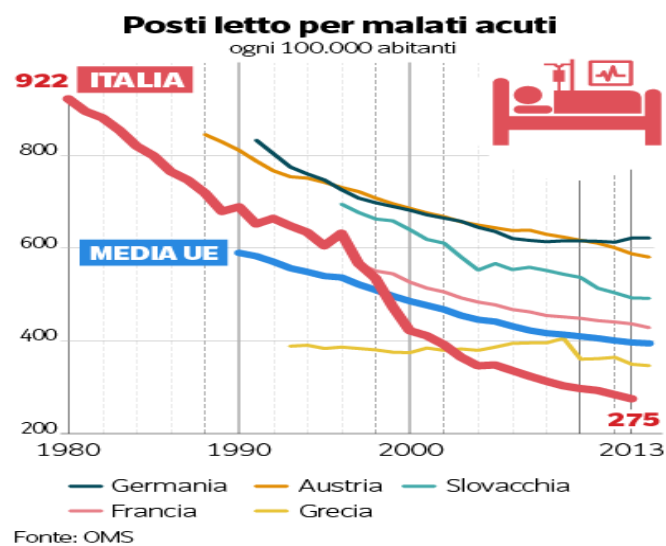
Tale soluzione organizzativa proposta, consente di operare al meglio, sia in termini di prevenzione che di risposta tempestiva ai bisogni di salute dei cittadini, perché crea e struttura presidi sanitari certi e riconoscibili in tutte le 24 ore per i bisogni assistenziali del territorio.

Ovvero, si duplica in senso operativo, la certezza e l'efficienza sanitaria offerta dall'ospedale per le patologie gravi, urgenti, di emergenza o solo di alta specialità in elezione, anche a livello del territorio, permettendo risposte semplici ed immediate, ai bisogni di bassa intensità e complessità.

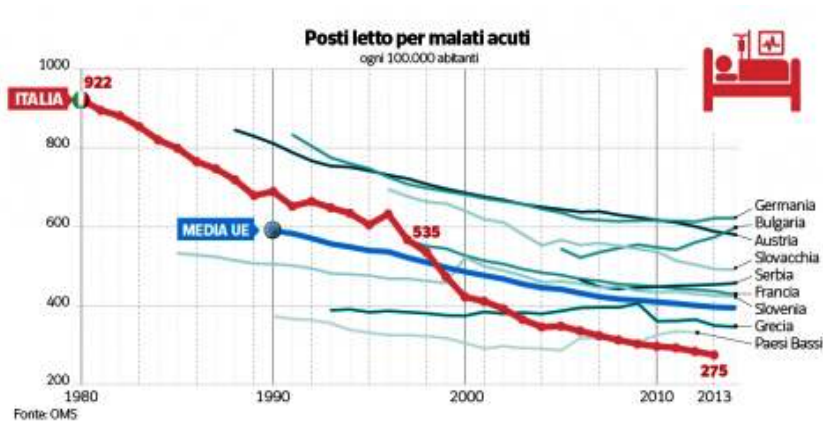
Inoltre, tale articolazione strutturale si presuppone possa avere un impatto positivo sull'intero sistema sanitario, perché consente di ridurre la frammentarietà delle attività e la duplicazione degli interventi determinando costi ragionevolmente inferiori a quelli generati dai vari servizi che confluiscono al suo interno, aumentando nello stesso tempo qualità ed efficienza nelle risposte.

PREMESSA:

L'emergenza sanitaria creatasi con la diffusione del virus ha fatto esplodere le contraddizioni giacenti da tempo nella sanità pubblica. Attualmente, siamo all'epilogo di un percorso lineare portato avanti negli ultimi decenni. La mancanza di posti letto sufficienti a soddisfare il fabbisogno della popolazione fa parte di un processo di erosione lenta e graduale del Servizio sanitario Nazionale, caratterizzato da tagli, soppressione di ospedali territoriali, mancanza di assunzioni, investimenti e prevenzione sanitaria. Come vediamo, in questi mesi, lo scoppio dell'epidemia ha messo in crisi questo modello con gravissime ripercussioni sulla salute della popolazione.



Nel 1980 i posti per malati acuti erano 922 ogni 100.000 abitanti. Il 1998 è stato l'anno di svolta, l'ultimo in cui l'Italia si era sopra la media europea, poi il governo D'Alema dà il via ad una discesa costante. Secondo dati dell'Oms in Italia, da allora al 2013 il numero di posti letto per malati acuti, si è quasi dimezzato, passando da 535 a 275 ogni 100.000 abitanti. Oggi siamo inferiori per disponibilità di posti letto a Paesi come la Serbia, la Slovacchia, la Slovenia, la Bulgaria, la Grecia.

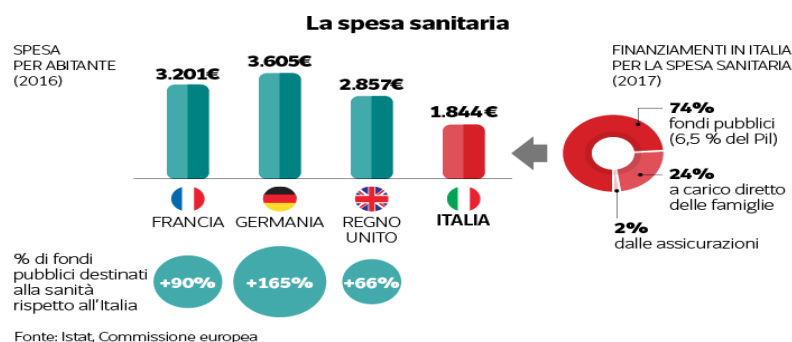


Una scelta politica sancita anche dal piano Sanitario nazionale 2003/2005 che tra gli obiettivi metteva «la riduzione del numero dei ricoveri impropri negli Ospedali per acuti». Di fronte a una popolazione sempre più anziana e con patologie croniche, si è scelto di potenziare soprattutto l'assistenza territoriale e domiciliare, cercando di evitare il ricovero in ospedale.

Contemporaneamente si è passati ad una ulteriore razionalizzazione, con il proposito di chiudere i piccoli ospedali - presumibilmente non in grado di garantire gli interventi in sicurezza - ma aumentando i posti negli ospedali più grandi e con migliori specializzazioni. Cosa che purtroppo non è mai avvenuto.

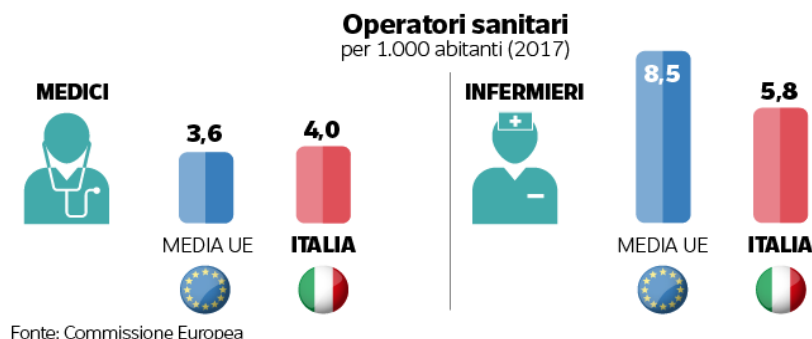
Pertanto, ci siamo trovati con un SSN orientato verso la domiciliarizzazione del cronico, ma privo di quella necessaria articolazione in grado di permettergli di funzionare e di non essere solo un semplice postulato.

Nello stesso tempo, con una costante e continua riduzione verticale dei posti letto - dato che i piccoli ospedali sono stati chiusi e non riconvertiti ed i nuovi posti letto necessari nelle Aziende Ospedaliere non sono stati creati, abbiamo raggiunto un sicuro risultato di bilancio, ma creando di fatto l'assenza di adeguata risposta in questa terribile fase pandemica, sia negli ospedali che nel territorio.



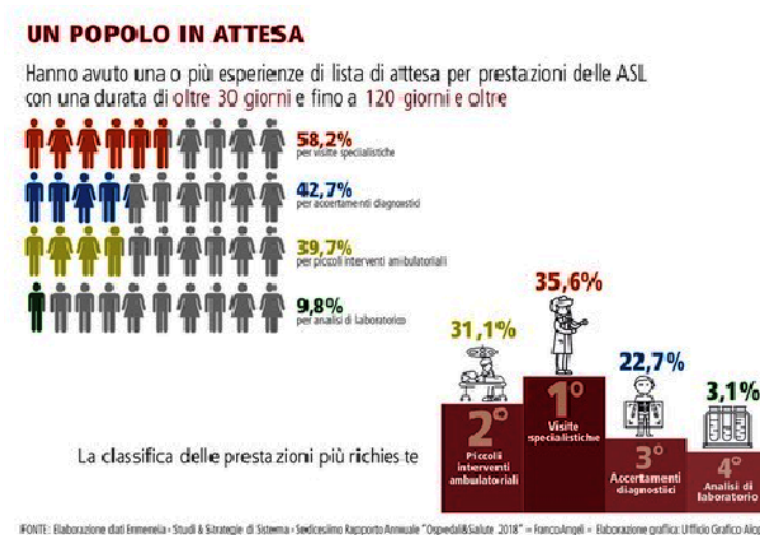
In ultimo, la scelta più dannosa e deleteria per la salute degli italiani e per il funzionamento del SSN, quella legata alla riduzione della formazione del numero degli operatori sanitari e della loro conseguente mancata specializzazione.

Secondo i calcoli della Ragioneria dello Stato, tra il 2009 e il 2017 la sanità pubblica nazionale ha perso oltre 8.000 medici e più di 13 mila infermieri.



A ciò vanno aggiunte altre considerazioni e valutazioni legate all'efficienza del nostro SSN e relative ai tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. Nel rapporto 16° Rapporto annuale "Ospedali & Salute 2018", presentato lo scorso anno al Senato dall'AIOP, emerge chiara la difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie e l'uso improprio del Pronto Soccorso, come diretta conseguenza di tali problematiche.

Le liste d'attesa più lunghe - oltre i 60 e fino a 120 giorni - hanno interessato il 35,6% degli utenti per le visite specialistiche, il 31,1% per i piccoli interventi ambulatoriali, il 22,7% per gli accertamenti diagnostici ed infine per il 3.1% le analisi di laboratorio



Per quanto riguarda l'utilizzo dei Pronto Soccorso, poi, il fenomeno più rilevante sono gli accessi impropri, legati alla convinzione di poter avere risposte più rapide ed efficaci: il 28,2% di coloro che vi si sono recati nell'ultimo anno, lo ha fatto in presenza di un disagio non grave; mentre il 6,9% lo ha fatto per la mancata reperibilità del medico di famiglia, per l'insorgere del problema di salute fuori dall'orario di visita o nel fine settimana e nel 70% dei casi, la prossimità al domicilio è il primo criterio di scelta dell'ospedale.

Schema di indirizzo per il territorio:

Il sistema sanitario dovrebbe essere sempre più orientato a migliorare:

- **l'accessibilità**, il riconoscimento di una struttura sanitaria dedicata elettivamente al territorio per la semplificazione degli accessi e la riduzione dei tempi di attesa;
- **la diagnosi**, per consolidare il percorso dalla diagnosi clinica a quella strumentale sino alla diagnostica molecolare;
- **la continuità della cura**, quale capacità di gestire il processo diagnostico-terapeutico in modo condiviso e partecipe tra gli attori del territorio;
- **la certezza del processo diagnostico-terapeutico**, attraverso modi e tempi dedicati al fine di consolidare la correlazione esistente tra azione diagnostico-terapeutica ed obiettivi di cura nel paziente.

SCHEMA DI INDIRIZZO PER IL TERRITORIO



Punti proposti:

- ▶ **Contratto unico della Medicina del territorio, con passaggio alla Dipendenza** di tutte le sue figure impegnate nei servizi, al fine di evitare che esistano situazioni prestazionali ingovernabili, come accaduto nella pandemia di Covid.

In subordine la creazione di un doppio binario con la possibilità di transitare definitivamente alla dipendenza o permanere in rapporto convenzionale.

Si attua pertanto, la coniugazione del principio di efficienza nella riduzione dei costi, con i seguenti vantaggi:

- Per lo Stato, con la standardizzazione del servizio e una voce certa in bilancio e prestazioni certe e non interpretabili. Assenza di contrattazioni ripetute con modulabilità dell'intervento assistenziale
- Per il medico, con l'accesso alle tutele assistenziali e previdenziali previste per il dipendente

Contratto unico della Medicina del territorio, con passaggio alla Dipendenza

Tutte le figure impegnate nei servizi, al fine di evitare che esistano situazioni prestazionali ingovernabili, come accaduto nella pandemia di Covid.

In subordine la creazione di un doppio binario con la possibilità di transitare definitivamente alla dipendenza o permanere in rapporto convenzionale, ma limitato nel tempo.

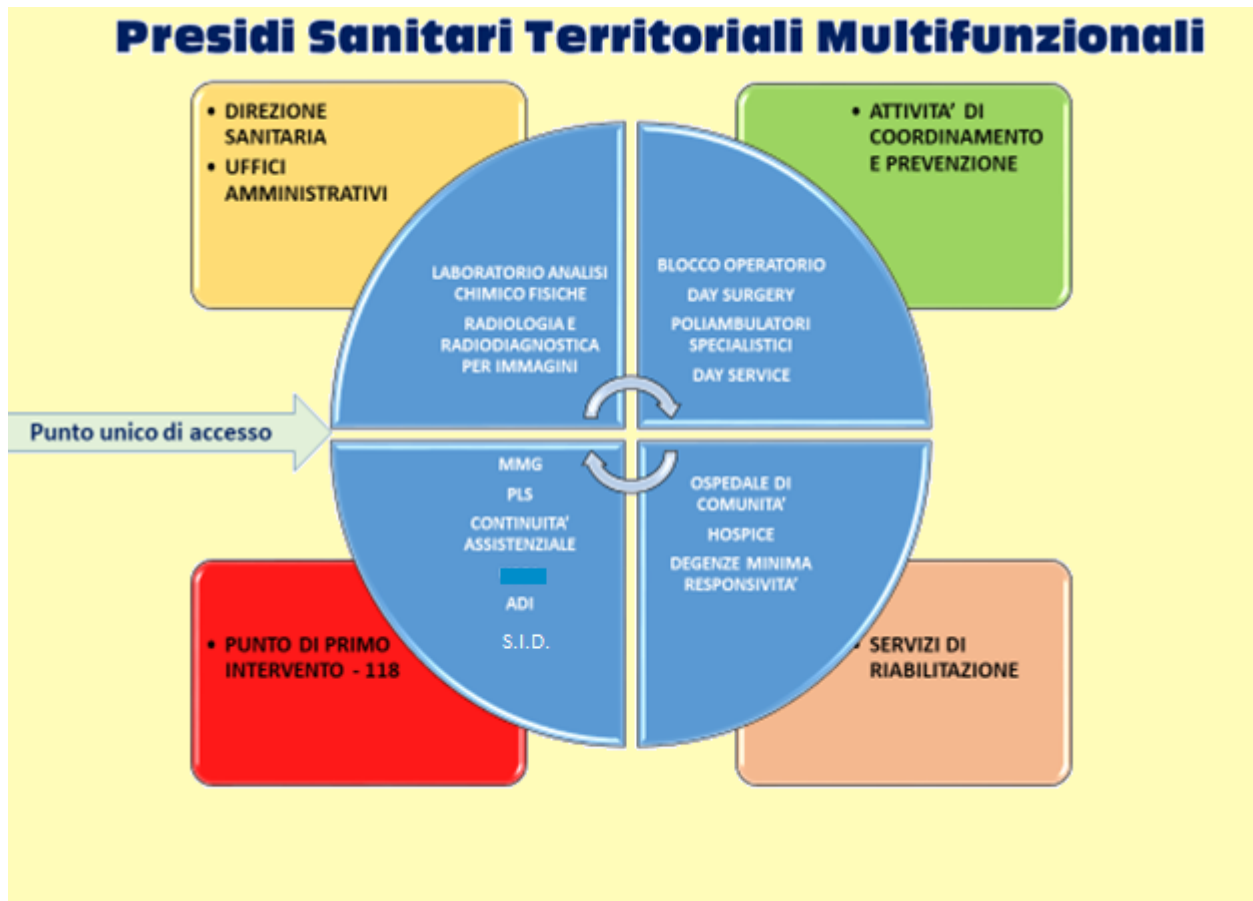
Si attua pertanto, la coniugazione del principio di efficienza nella riduzione dei costi, con i seguenti vantaggi:

Per lo stato con la standardizzazione del servizio e una voce certa in bilancio e prestazioni certe e non interpretabili. Assenza di contrattazioni ripetute con modulabilità dell'intervento assistenziale

Per il medico con l'accesso alle tutele assistenziali e previdenziali previste per il dipendente

- ▶ **Separazione dell'assistenza sanitaria dall' assistenza sociale.** Lo scopo rimane quello di fornire la migliore assistenza possibile evitando sovrapposizioni, doppioni assistenziali, erogazioni contributive non certe e poco finalizzate e dispersione di professionalità, fatte salve le modalità di intersecazione delle prestazioni

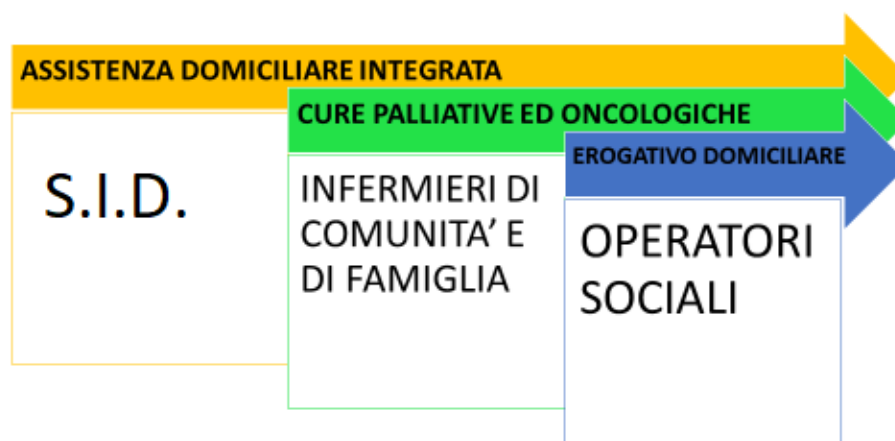
- Creazione di **Presidi Sanitari Territoriali Multifunzionali** di degenza e cura a bassa intensità, aperti 24/24 h. caratterizzate dalla presenza di servizi sanitari di base, cure primarie e multi-specialistici clinici e chirurgici, ad erogazione continua in presidi certi e facilmente accessibili. In tale organizzazione, si ritiene necessario salvaguardare le U.C.C.P. locali già realizzate ed attivamente funzionali del proprio territorio di pertinenza.
- Esempio: medicina generale, continuità assistenziale, punto di primo intervento, laboratorio analisi chimico-fisiche, radiologia e diagnostica per immagini, blocco operatorio con day surgery e chirurgia ambulatoriale per interventi chirurgici in regime di Day service.
 - Degenze articolate in Ospedali di Comunità, Hospice ed Hospital per Stati di minima coscienza
 - I punti di forza dei presidi consistono nell'essere una struttura unitaria e multifunzionale multiprofessionale, caratterizzata da percorsi sanitari integrati, con risposta immediata ad accesso unico e semplificato, privo di orario su tutte le 24 h, oltre ad una sua autonomia gestionale e funzionale in grado di modularsi costantemente sulle esigenze assistenziali del territorio.
 - In tale organizzazione, si ritiene necessario salvaguardare le A.F.T. / U.C.C.P. locali già realizzate ed attivamente funzionanti nel proprio territorio di pertinenza.



- ▶ Creazione di distretti sanitari con format assistenziali specialistici specifici per branca, al fine di evitare sovrapposizioni assistenziali, oltre a costosi quanto inutili doppioni erogativi
- ▶ Farmacie presenti nel distretto sanitario inglobate in progetti erogativi, omogenee e parallele nella fornitura di alcuni servizi e prestazioni, soprattutto a livelli di prestazioni di base da definire con le associazioni di categoria
- ▶ Squadre di intervento domiciliare (S.I.D.), Infermieri di comunità, di famiglia e operatori sociali, Gli strumenti domiciliari sul territorio con ruoli differenti ed in contesti specifici, con azione mirata di supporto assistenziale ed erogativo terapeutico a domicilio dei pazienti, oltre al personale necessario

per cure palliative ed oncologiche per tutti e tre i livelli di assistenza domiciliare. Rappresentano il nuovo vero braccio operativo sul territorio. Tali figure professionali rimangono comunque in capo all'organizzazione distrettuale ed ai medici del territorio.

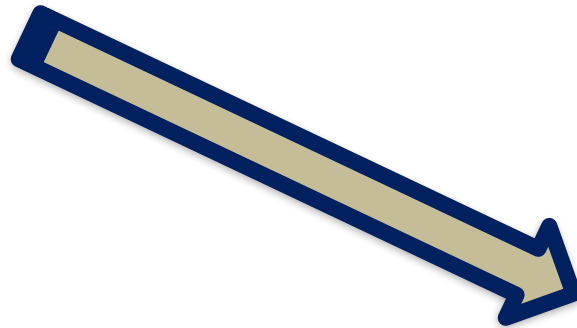
S.I.D. Infermieri di comunità, di famiglia e operatori sociali



- ▶ **Telemedicina** come strumento più efficace per il controllo della malattia cronica, costi minimi ed efficacia quotidiana. Potenziamento dell'assistenza domiciliare a diversa intensità assistenziale e dell'ospedalizzazione a domicilio attraverso gli strumenti della telemedicina e della demotica di sostegno
- ▶ **Specializzazione in Medicina Generale Territoriale**, con la nascita di una nuova e necessaria specializzazione attesa da tempo, figlia di una vera e concreta preparazione universitaria ed in grado di formare reali professionisti del territorio. La formazione universitaria medica finalizzata all'esercizio della professione nel Servizio Sanitario Nazionale, come recentemente proposto da un disegno di

Legge presente in Parlamento, può rappresentare anch'essa una soluzione post-laurea, per i futuri medici in medicina generale.

SCHEMA GRAFICO DI SINTESI





INDICE:

1.	INTRODUZIONE	PAG. 2
2.	PREMESSA	" 3
3.	SCHEMA DI INDIRIZZO PER IL TERRITORIO	" 5
4.	PUNTI PROPOSTI	" 7
5.	SCHEMA GRAFICO DI SINTESI	" 11