

CONSIDERAZIONI E PROPOSTE DI SUMAI LOMBARDIA SULLO SVILUPPO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO REGIONALE

sintesi

Il livello dell'assistenza specialistica territoriale risponde in ogni branca specialistica alla domanda dell'utenza partecipando così al processo di deospedalizzazione dell'assistenza e contribuendo alla umanizzazione del rapporto assistenziale, al mantenimento del paziente nel proprio luogo di vita, alla eliminazione degli sprechi, alla riduzione dei tempi di attesa ed alla minimizzazione dei costi. La flessibilità e la territorialità dell'impegno come aspetti caratteristici del rapporto di lavoro divengono strumenti incisivi per intervenire nella cura delle cronicità e dell'acuzie a bassa intensità assistenziale. Vengono proposti due emendamenti al testo: all'art. 9 **“L'organizzazione delle cure primarie è completata a livello territoriale dalle cure specialistiche che vengono erogate dagli specialisti ambulatoriali di cui all'articolo 1 della legge 189/2012”** e all'art. 28 **“Gli specialisti ospedalieri dipendenti e convenzionati interni concorrono alla formazione didattica di base e specialistica.”**

Ringraziando per l'opportunità concessa con questa audizione di rappresentare ruolo, funzioni e proposte della specialistica ambulatoriale convenzionata interna, osserviamo come la numerosità dei documenti prodotti circa il riordino del SSR, prima il Libro Bianco del 2014, poi le diverse proposte di legge per lo sviluppo del SSR, renda difficile strutturare questo intervento nella forma abituale di puntuali proposte di emendamento ad un testo articolato. Pertanto ci affideremo in prevalenza a una serie di considerazioni generali non rinunciando comunque a formulare proposte di modifica della bozza di Legge Regionale approvata dalla Giunta Regionale.

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) demanda al livello “dell'assistenza specialistica distrettuale”, il compito di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica organizzativa di integrazione con l'assistenza di medicina generale e di apporto e di interconnessione con quella ospedaliera e degli altri servizi.

Gli specialisti ambulatoriali e gli odontoiatri, i veterinari e le altre professionalità sanitarie ambulatoriali (biologi, chimici e psicologi) sono parte attiva e qualificante del S.S.N., con specifiche funzioni nell'assistenza primaria attraverso una maggiore integrazione con le altre categorie di erogatori ammesse ad operare sul territorio e nel distretto, e negli ultimi anni sempre di più anche presso le strutture accreditate ospedaliere ed extra-ospedaliere per l'espletamento di tutti gli interventi volti alla prevenzione, alla diagnostica di laboratorio, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione, nel rispetto delle relative competenze professionali. **In regione Lombardia per l'afferenza aziendale possono essere a pieno titolo identificati come specialisti ospedalieri convenzionati interni o specialisti ambulatoriali convenzionati interni.**

I TEMI DELLA PROSSIMITÀ E DELL'INTEGRAZIONE

Nel processo di razionalizzazione del SSN realizzato con il D.L.vo n.502/92 e successive modificazioni e integrazioni con D.L.vo n° 158 del 13.09.2012 pubblicato G.U. il 10.11.2012

(Decreto Balduzzi) finalizzate a garantire ai cittadini un sistema sanitario caratterizzato dall'equità ma anche dall'efficienza operativa e dall'efficacia dei risultati, gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) partecipano pienamente al rinnovamento del sistema sanitario assicurando:

- la disponibilità a concorrere attivamente al decentramento dell'offerta di prestazioni specialistiche anche attraverso le forme organizzative UCCP (unità complessa di cure primarie) e AFT (aggregazione funzionale territoriale)
- un'attività flessibile per la pluralità dei servizi, delle sedi di lavoro e la variabilità degli orari
- un corretto e conveniente rapporto costi/benefici a favore dell'utenza e del SSN sempre attenti a garantire la qualità dei servizi erogati.

Il livello dell'assistenza specialistica territoriale risponde in ogni branca specialistica alla domanda dell'utenza in modo tale da partecipare al processo di deospedalizzazione dell'assistenza contribuendo alla umanizzazione del rapporto assistenziale, al mantenimento del paziente nel proprio luogo di vita, alla eliminazione degli sprechi, alla riduzione dei tempi di attesa ed alla minimizzazione dei costi.

La flessibilità e la territorialità dell'impegno come aspetti caratteristici del rapporto di lavoro divengono strumenti incisivi per abbattere, insieme agli altri operatori sanitari, le "disuguaglianze nei confronti della salute" per quanto riguarda in particolare l'accesso ai sistemi di cura.

La specialistica ambulatoriale convenzionata interna garantisce la presenza di uno specialista proprio in branche nelle quali manca analoga offerta specialistica nel polo ospedaliero dell'Azienda, consentendo così all'Azienda di fornire una copertura specialistica globale indipendentemente dalle specificità del polo ospedaliero, anche se non presenti specialisti dipendenti; si potrà così migliorare equità ed accessibilità per i pazienti. Si sottolinea al riguardo come l'implementazione della rete informatica potrà costituire uno strumento per organizzare meglio i servizi consentendo da un lato lo spostamento delle informazioni e non delle persone (telemedicina o meglio e-health) e, dall'altro, il rispetto ed il rafforzamento del rapporto medico paziente, supportando la loro comunicazione.

IL TEMA DELL'ACUZIE A BASSA INTENSITÀ ASSISTENZIALE

Come già segnalato nel Libro Bianco sul Servizio Sanitario Regionale del 2014, si assiste al progressivo incremento delle prestazioni ambulatoriali, salite dai 108 milioni del 1998 ai 170 milioni del 2013 (+57%), con una accelerazione negli ultimi 4 anni nei quali si concentra un terzo dell'incremento totale (da 150 a 170 milioni), anche se tale arco temporale rappresenta solo un quarto del periodo totale esaminato. Si mantengono invece stabili gli accessi ai punti di Pronto Soccorso (sui 3 milioni all'anno), con i codici rossi e gialli attestati su valori del 3,43%, a fronte del 64% dei codici verdi e del 32,57% dei codici bianchi, a conferma che almeno un terzo delle prestazioni di P.S. è di evidente inappropriatazza, e ci si chiede quanti codici verdi, dei quasi due milioni registrati, potrebbero essere gestiti sul territorio senza intasare i P.S.

È evidente come il modello prestazionale, basato sulla medicina di attesa, sia inadeguato a dare risposte alla domanda crescente di salute, le cui parole d'ordine sono prossimità, continuità delle cure ed integrazione fra servizi. Non risulta sia stato finora adeguatamente **considerato e strutturato il percorso relativo alle richieste di intervento per acuzie non urgente a bassa**

intensità assistenziale, richieste che si generano ed esauriscono sul territorio, e che costituiscono la maggior parte della domanda specialistica, di naturale competenza dei medici specialisti convenzionati interni. In questo caso riteniamo sia inappropriato l'impiego dei medici ospedalieri dipendenti, formati alla gestione dell'acuzie in regime di ricovero con l'esecuzione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche eseguibili solo in tale contesto. Inoltre la necessità di concentrazione delle strutture ospedaliere secondo la logica hub-spoke, per la quale la mobilità del paziente è considerata un fattore negativo comunque da accettare, confligge con il criterio di prossimità su cui si basano le cure primarie, non esclusa la componente specialistica; uno sviluppo specialistico ambulatoriale più capillare ed omogeneo consentirebbe la riduzione dei costi di mobilità (a carico del cittadino) ed un migliore accesso alle strutture.

IL TEMA DELLA CRONICITÀ

I malati cronici rappresentano il 31,8% della popolazione della Lombardia e consumano quasi l'80% delle risorse sanitarie, con costi a crescita esponenziale all'aggravarsi della patologia cronica; riteniamo necessario meglio definire il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo relativo a quella quota di malati cronici di media complessità, non tale da richiedere il ricovero ospedaliero, ma troppo complessa per essere gestita dal solo medico di famiglia, laddove necessitino specifiche ed aggiornate competenze specialistiche mono- e multidisciplinari.

Le attività di gestione della cronicità di media complessità possono essere efficacemente svolte dagli specialisti ambulatoriali convenzionati interni negli ambulatori che fanno parte dell'area funzionale di presa in carico del polo territoriale delle aziende ospedaliere. In tali strutture, gli specialisti convenzionati interni, oltre ad assicurare la presa in carico del malato cronico complesso, grazie all'esperienza e alle capacità acquisite nella gestione della cronicità sul territorio, potrebbero sviluppare il ruolo di cerniera fra medicina generale e medicina ospedaliera, promuovendo l'integrazione fra questi due livelli assistenziali.

L'ORGANIZZAZIONE DELLA SPECIALISTICA CONVENZIONATA INTERNA

Questi obiettivi di integrazione, di trattamento dell'acuzie a bassa intensità assistenziale e di presa in carico della cronicità complessa possono essere meglio raggiunti organizzando gli specialisti convenzionati pubblici in aggregazioni funzionali territoriali (AFT), così come previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale, per promuovere il lavoro in equipe, il coordinamento fra le diverse branche specialistiche, gli interventi di educazione terapeutica, la cui implementazione consentirebbe una maggiore aderenza alle terapie da parte del paziente con conseguente riduzione delle complicanze e delle comorbilità nelle patologie croniche, delle riacutizzazioni e delle costose ospedalizzazioni.

Per quanto riguarda l'acuzie, la AFT specialistica consentirebbe il coordinamento interdisciplinare permettendo così un migliore approccio diagnostico-terapeutico, basato sul sintomo (con l'intervento di più specialisti) e non sull'ipotesi diagnostica (intervento monospecialistico) con il miglioramento complessivo del percorso del paziente.

GLI EMENDAMENTI ALLA BOZZA DI LEGGE REGIONALE

Lo sviluppo delle cure primarie passa anche attraverso il potenziamento della specialistica convenzionata interna:

- prevedendo la presenza, il ruolo, le funzioni e le attività degli specialisti ambulatoriali convenzionati pubblici nell'area funzionale di presa in carico del Polo Territoriale delle Aziende sanitarie, anche affidando ruoli gestionali agli specialisti ambulatoriali convenzionati interni nella futura ristrutturazione dei piccoli presidi ospedalieri;
- prevedendo la presenza degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni nei CREG
- provvedendo alla istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

Nella bozza di proposta di riordino, riteniamo necessario integrare l'articolo 9 relativo alle cure primarie con una migliore definizione delle attività e funzioni della specialistica ambulatoriale convenzionata pubblica, come peraltro indicato per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta.

L'organizzazione delle cure primarie è completata a livello territoriale dalle cure specialistiche che vengono erogate dagli specialisti ambulatoriali di cui all'articolo 1 della legge 189/2012, secondo quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale di categoria e dagli accordi integrativi regionali, in coerenza con gli indirizzi dati dall'Azienda Territoriale per la Salute e con i contenuti del punto 1 presente articolo. Gli Specialisti Ambulatoriali Convenzionati sono parte attiva e qualificante delle Aziende del Servizio Socio Sanitario Lombardo e partecipano all'erogazione dei servizi territoriali ed eventualmente ospedalieri secondo gli indirizzi regionali e aziendali.

Non riconoscere esplicitamente il ruolo e le funzioni della specialistica ambulatoriale convenzionata indebolisce il modello evoluto al quale invece il rinnovo legislativo vuole puntare, superando la logica di centralizzazione ospedaliera che ha caratterizzato i decenni passati, oggi non più idonea a rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni sanitari. Analoghe disposizioni andranno adottate nel riordino della rete di cura del **diabete** e nella rete per la **salute mentale**, nelle quali sono impegnati numerosi specialisti e psicologi convenzionati.

Una ulteriore proposta di emendamento riguarda **la formazione medica ed odontoiatrica**, ed in particolare la possibilità, anche per gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni, di concorrere alle attività didattiche mediche di base e specialistiche, premiando così, senza esclusioni pregiudiziali, le numerose eccellenze professionali presenti nella categoria. Si propone la seguente modifica del comma 11 dell'articolo 28:

11. Gli specialisti ospedalieri *dipendenti e convenzionati interni* concorrono alla formazione didattica di base e specialistica.

Restando a disposizione per ogni ulteriore chiarimento porgiamo cordiali saluti.

Giuseppe Nielfi
Presidente Nazionale SUMAI