

Sardegna: una trattativa lunga e difficile

L'accordo integrativo regionale della Sardegna, firmato il 19 marzo scorso, sarà ricordato sicuramente per il suo iter a dir poco travagliato che molte discussioni ha provocato tra parte pubblica e sindacale tanto da richiedere l'intervento della Sisac per dirimere i punti di contrasto.

Sette i punti qualificanti dell'Air recentemente firmato in Sardegna: centralità della persona e personalizzazione degli interventi; rafforzamento, estensione del rapporto fiduciario del Mmg; uscita dall'isolamento, con il lavoro in associazione e l'integrazione nel distretto; presa in carico e lavoro in rete; garanzia del diritto all'accesso; tutela delle fragilità e umanizzazione delle cure; corresponsabilità nel governo della domanda e nel governo clinico dell'assistenza distrettuale. Ma per arrivare a questa intesa ci sono voluti circa due anni. Eppure la Sardegna era stata tra le Regioni più celeri ad aprire le trattative dopo l'approvazione dell'Accordo collettivo nazionale (Acn). Tanto che fu siglato un preaccordo (M.D. 2006; 24: 12) con i punti chiave da approfondire prima della stesura definitiva. L'Air, riguardante 2.300 medici sardi, di cui 1.360 di medicina generale (Mmg), 800 di continuità assistenziale (CA) e 148 dell'emergenza, è stato firmato dall'assessore regionale alla sanità, Nerina Dirindin, e dai rappresentanti di Fimmg, Cgil Medici, Federazione medici - Uil Flp, e Intesa Sindacale (Simet - Sumai - Cisl Medici). Cospicue le risorse regionali messe a disposizione pari a 24.920.883 euro.

Forme organizzative dell'assistenza primaria

L'équipe territoriale è individuata come una forma associativa interdisciplinare e integrata di tipo funzionale, obbligatoria per i Mmg e i medici della CA, operanti in ambito distrettuale, per l'erogazione delle prestazioni previste dal "Programma delle attività

distrettuali". Nell'ambito dell'associazionismo c'è la novità dell'individuazione della forma mista gruppo-rete caratterizzata da un numero di medici associati non inferiore a 4, di cui almeno 2 in forma gruppo. Entro 24 mesi dall'entrata in vigore dell'Air le medicine in associazione dovranno essere riconvertite in medicine in rete o in gruppo o in gruppo-rete.

Continuità dell'assistenza

I Mmg assicurano la propria collaborazione per la riduzione delle liste di attesa partecipando a tavoli tecnici e identificando i codici di priorità delle richieste. La ricetta è valida sino all'erogazione della prestazione. Protocolli operativi per la valutazione multiprofessionale degli anziani sono adottati al fine di tutelare il loro stato di salute e definirne i bisogni sociosanitari e assistenziali. Il Mmg è parte integrante delle previste Unità di valutazione territoriali (UVT). Medico ed UVT condividono l'utilizzo di una scheda di valutazione multidimensionale del malato cronico. Confermato l'istituto della disponibilità telefonica diurna.

Cure domiciliari e servizi alternativi al ricovero

Assistenza domiciliare programmata (Adp) ed Assistenza nelle residenze protette e collettività (Adr) sono regolate in base all'Acn in vigore. Sono identificati, invece, tre profili di cure domiciliari integrate (ex Adi). Il primo e il secondo si rivolgono a persone che, pur presentando sintomi di media/bassa complessità, necessitano di continuità assistenziale e di interventi

programmati multiprofessionali. Le cure domiciliari di terzo livello e le cure domiciliari palliative e quelle a malati terminali si rivolgono a pazienti che presentano bisogni con elevato livello di complessità e criticità (fase terminale della vita, malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata, fasi avanzate e complicate di malattie croniche, necessità di nutrizione parenterale o di supporto ventilatorio invasivo). In via sperimentale, altresì, è introdotta l'Assistenza domiciliare temporanea per acuti (Adta) rivolta ad assistiti che presentano quadri clinici per i quali è più appropriata l'assistenza da parte del Mmg con accessi programmati a domicilio (infezioni acute gravi dell'apparato respiratorio, affezioni acute dell'apparato gastro-intestinale, stati anemici carenziali che necessitano di terapia infusionale, coliche pieloureterali complicate e associate a sintomi di infezione delle vie urinarie), l'esecuzione di prestazioni specialistiche da questi richieste, la somministrazione di trattamenti e il monitoraggio della loro efficacia.

Forme alternative al ricovero (ricovero diurno o a degenza ordinaria in strutture dedicate come ospedali di comunità, partecipazione alla gestione di esperienze di ospedalizzazione domiciliare, realizzazione di strutture a forte integrazione delle attività sociosanitarie di base come la Casa della Salute) possono essere individuate dalle Asl negli Accordi aziendali.

Revoca e ricusazione delle scelte

Il cittadino può chiedere al medico revocato una scheda sintetica contenente i suoi dati anagrafici e sanitari prevalenti, gli accertamenti praticati di recente, la terapia in atto.

Snellimento delle attività burocratiche

La Regione si impegna, entro 60 giorni dalla pubblicazione sul *Bollettino Ufficiale Regionale* dell'Air, a istituire una commissione regionale per lo snellimento delle attività burocratiche connesse all'espletamento dei compiti della medicina generale. Una autentica novità su scala nazionale.