

Cure primarie e proposte sindacali

Una breve sintesi dei documenti dei sindacati di categoria inviati al ministero della Salute sulla riorganizzazione delle cure primarie. Particolare attenzione viene posta alla continuità assistenziale e all'assistenza sul territorio h. 24 come da dettato ministeriale

Anna Sgritto

Entro marzo i sindacati hanno dovuto presentare al ministero della Salute le proposte per il riordino delle cure primarie. Questa l'indicazione scaturita dalla seconda riunione del tavolo tecnico a cui, non senza perplessità, si sono attenuti i rappresentanti di categoria. Secondo quanto dichiarato dai tecnici ministeriali, infatti, la base del confronto non sarebbe stata la revisione dell'articolo 8 del Dlgs 502/1992, ma i progetti *ex novo* che ogni sigla avrebbe inviato al ministero sulla Continuità assistenziale, l'Emergenza urgenza, e l'Assistenza h. 24. Ritornare sui modelli organizzativi, la cui scelta peraltro ricade sulle Regioni, è apparso alquanto singolare alla maggior parte dei sindacati. Così i documenti inviati al ministero si sono distinti anche per la loro formulazione: proposte congiunte dei vari comparti e firmate da più sigle sindacali oppure estremamente sintetiche in cui si delineano i punti salienti della propria *vision* di cambiamento. Dei veri e propri promemoria in cui si sottolineano alcuni passaggi strutturali per poter attuare un cambiamento che non sia "di maniera".

► Fimmg, Fimp, Sumai e Cimo

Fimmg, Fimp, Sumai e Cimo hanno inviato un documento congiunto in cui, ribadendo la necessità di conclu-

dere l'iter di riforma dell'8 del Dlgs 502/1992, delineano i quattro punti essenziali per il cambiamento già definiti in precedenza: sviluppo del lavoro di gruppo; ristrutturazione del compenso in cui si separi la quota dell'attività professionale da quella per i fattori di produzione; evoluzione verso il ruolo e l'accesso unico in medicina generale; coordinamento tra Mmg, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali. Per l'Emergenza Urgenza, si chiede l'attivazione di un Dipartimento *ad hoc* che comprende: 118, Pronto Soccorso, Punti di Primo Intervento, Breve Osservazione e Medicina di Urgenza. C'è poi una proposta anche per la formazione: "riduzione della durata dei corsi di specializzazione (uniformità alle norme europee) e di formazione specifica (omogeneizzazione dell'offerta formativa post laurea), in modo da mettere a disposizione più rapidamente risorse professionali necessarie alla sostenibilità del sistema". Nel documento, oltre alla richiesta di strumenti legislativi che riaffermino: "il ruolo del medico quale unico responsabile della diagnosi e terapia dei pazienti e dei processi gestionali che sottendono alle cure (...)", si sottoli-

nea l'esigenza di una configurazione legislativa dei rapporti tra medici della dipendenza e convenzionati, che riservi anche a questi ultimi un ruolo nella *governance* di un territorio integrato con l'ospedale. A tale proposito nel documento si legge: "Il ruolo e la responsabilità nella gestione e governance di progetti complessi di integrazione Ospedale-Territorio, vanno chiariti in sede legislativa, anche in merito ad una valorizzazione confrontabile del ruolo connesso al mandato di opera professionale sia clinico che gestionale in capo ai professionisti medici (ospedalieri e territoriali), indipendentemente dalla loro condizione contrattuale (dipendenza o convenzionamento), allo scopo di rendere necessariamente dialoganti per le competenze di cogestione organizzativa gli ambiti contrattuali ai vari livelli nazionali, regionali e aziendali".

► Le proposte dello Smi

Il documento dello Smi è corredato da slide riassuntive ed esplicative con cui si ribadisce il ruolo strategico del medico di Assistenza primaria e di Continuità assistenziale, si rilancia la centralità del distretto, la necessità





di prevedere il ruolo unico di accesso alla medicina generale e il passaggio alla dipendenza del 118, si richiede la ristrutturazione del compenso e la valutazione dei fattori di produzione assistenziale e si afferma con forza il modello assistenziale integrato (ospedale forte-territorio forte). Accessibilità; capillarità; relazione fiduciaria; qualità diffusa e omogenea; libera scelta; gradimento e orientamento solistico centrato sulla persona devono essere elementi essenziali del riordino del comparto e dell'integrazione. Inoltre Smi sottolinea la necessità di: "una politica sanitaria basata non solo su criteri gestionali ed economici, ma che punti anche alla formazione di tutte le professioni mediche sanitarie e sociali, basata sul modello "long life learning" (pre-laurea, post-laurea, e continua), gestita in collaborazione tra le varie istituzioni competenti (università, aziende sanitarie, regioni, associazioni scientifiche e professionali). Fino ad oggi, molto si è parlato dei modelli organizzativi sul territorio ritenendo che la costruzione dei nuovi modelli e in particolare di forme associative territoriali, più o meno complesse, potessero essere la soluzione delle problematiche emergenti". Il sindacato ritiene che questa modalità normativa/organizzativa debba tenere conto delle realtà e dei contesti socio-orogeografici-demografici ma anche dei profili riguardanti la prossima riduzione in termini assoluti dei laureati in medicina: "A nostro parere i modelli organizzativi delle cure primarie possono e debbono essere decisi e condivisi a livello periferico e che comunque ogni tipo di modello proposto ed applicato debba garantire alcuni criteri declinati a livello centrale: equità, efficienza, efficacia, integrazione".



► Cgil Medici e il medico delle cure primarie

Abolizione della guardia medica, passaggio alla dipendenza dei medici del 118, garantendo i diritti acquisiti di chi sta già in graduatoria e in convenzione, abbattimento del massimale di assistiti a 1.000 per gli attuali Mmg, accesso e ruolo unico per tutti i medici convenzionati (specialisti ambulatoriali, Mmg e pediatri di libera scelta), strutturazione di "Centri Territoriali" di coordinamento della erogazione di tutti i servizi e informatizzazione del sistema. Sono queste le proposte di Cgil Medici che dovrebbero portare all'istituzione di un nuovo profilo professionale quello del medico di cure primarie "strettamente legato al territorio di competenza (distretto, centro di salute, ecc), e in grado di svolgere le rispettive attività della

medicina generale, specialistica ambulatoriale, in integrazione con gli altri medici e le altre figure sanitarie, di quel territorio".

► Simpef: unità funzionali di cure pediatriche distrettuali

Il Sindacato Medici Pediatria di Famiglia (Simpef) nella proposta inviata al ministero della Salute sottolinea la specificità dell'assistenza pediatrica e chiede "un percorso differenziato e complementare rispetto alla medicina generale". Propone quindi di allargare la fascia di età pediatrica fino a 18 anni, "in considerazione dei processi evolutivi, sul piano biologico neuropsicologico e sociale, caratteristici dell'età adolescenziale" e di costituire unità funzionali di cure pediatriche distrettuali che raggruppino a livello di distretto tutti i pediatri di famiglia".



Le indicazioni dello Snamì in 5 punti

I cinque punti alla base della proposta Snamì presentata al ministero

1. Disponibilità da parte della medicina generale convenzionata (Assistenza primaria, Continuità assistenziale, Emergenza territoriale - 118, Medicina dei servizi) a studiare sistemi sperimentali atti ad intercettare i bisogni veri o percepiti come tali, dei cittadini che,impropriamente, afferiscono alle strutture dei Pronto soccorso (PS), evitando di consultare in maniera diretta o indiretta la medicina generale.
2. L'Assistenza primaria deve conservare la sua peculiarità data dal rapporto duale medico-paziente e la capillarità degli studi medici.
3. Mantenimento e potenziamento della medicina in rete con sviluppo della IT.
4. È nostra convinzione che l'apertura h. 12, 7 giorni su 7, non porti alla risoluzione dell'iperafflusso ai PS, soprattutto visti i tempi delle liste di attesa delle visite specialistiche e degli esami strumentali e considerata la sostanziale gratuità dell'accesso ai PS.
5. Tenendo conto di quanto sopra enunciato, secondo la programmazione regionale, nel rispetto del dettato contrattuale, la medicina generale globalmente intesa come da punto 1, si rende disponibile a sperimentare forme di ambulatori territoriali dove si alterneranno, secondo schemi da definire, i medici dell'intero comparto.



► **Il contributo degli “ospedalieri”:
Anaa-Assomed e l’intersindacale**



La definizione del ruolo giuridico del medico e di tutti gli attori coinvolti nel cambiamento delle cure sul territorio è un tema a cui dà particolare rilievo anche il documento intersindacale di Anaa Assomed - Aaroi-Emac - Fvm - Fassid – Cisl Medici - Fesmed – Anpo-Ascoti-Fials Medici - Ugl Medici. Già nella premessa si sottolinea che: *“Qualsiasi modello organizzativo/assistenziale si intenda sviluppare non può prescindere da una corretta definizione ed individuazione delle competenze, conoscenze, responsabilità dei singoli attori, (...) presupposto per superare l’attuale sistema, variegato nella varie Regioni (...)”*. Su questo

concetto si ritorna in merito alle modifiche dell’art. 8 del Dlgs 502/92 che, oltre a dover essere coerenti con il modello che si intende sviluppare, devono porre: *“particolare attenzione 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 modalità capaci di assicurare flessibilità tra i diversi settori del sistema”*.

La continuità assistenziale deve poter coniugare: *“la capillarità di diffusione degli studi di medicina generale con l’attività di strutture multiprofessionale per intercettare la domanda di bassa complessità che si rivolge al Pronto Soccorso (...)”*. Per il comparto dell’emergenza (pre-ospedaliera e ospedaliera) si deve prevedere

“un’unica organizzazione dipartimentale (...)”. Perni del riordino delle cure primarie sono lo sviluppo dei modelli di associazionismo e l’individuazione di strutture territoriali di riferimento 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”* Un obiettivo da centrare riorganizzando la rete ospedaliera e promuovendo *“un modello di ospedale radicato nel territorio e collegato con la rete assistenziale anche con l’adozione di procedure e protocolli condivisi”* per la presa in carico integrata fra Mmg e specialisti. La formazione post laurea dovrà rispondere a questo nuovo assetto assistenziale.