



## RELAZIONE DI FILOMENA DI BENEDETTO RESPONSABILE NAZIONALE ASSISTENZA PRIMARIA

“Le politiche sanitarie globali, ma sempre più anche quelle nazionali, si sono focalizzate su singoli problemi, con vari gruppi di potere a contendersi risorse limitate, mentre troppa poca attenzione è stata rivolta ai problemi che limitano lo sviluppo dei sistemi sanitari a livello locale. Piuttosto che migliorare la loro capacità di risposta ai bisogni della popolazione e far fronte alle nuove sfide, i sistemi sanitari, sempre più frammentati, sembrano passare da una priorità a breve termine all'altra senza un chiaro senso di marcia. Oggi, è chiaro che questi non si muovano spontaneamente verso gli obiettivi della salute per tutti, attraverso l'assistenza sanitaria di base, come auspicato dalla Dichiarazione di AlmaAta, 1978 (**l'importanza della attenzione primaria della salute come strategia per ottenere un miglior livello di salute della popolazione. Il suo motto fu: *Salute per tutti entro il 2000***).

Si stanno spostando, invece, verso direzioni che contribuiscono poco all'equità e alla giustizia sociale e non riescono a raggiungere i migliori risultati di salute con le risorse che hanno a disposizione” (cit. dal Rapporto Oms 2008 “*Primary Health Care, Now More Than Ever*”).

Tali motivazioni insieme alla riduzione delle risorse destinate al SSN determinano la necessità di una rigorosa riorganizzazione dei servizi, con una particolare attenzione alla riorganizzazione dell'assistenza primaria.

Quest'ultima non è rappresentata unicamente dall'offerta di primo contatto e da azioni di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione, *counselling*, ma delinea un vero e proprio sistema, che si occupa anche di: presa in carico; indirizzo unitario tra livelli assistenziali diversi e garanzia della continuità assistenziale.

È sempre più necessaria, quindi, l'integrazione dell'azione tra diversi attori, per facilitare la ricomposizione degli interventi sui bisogni di salute della popolazione.

Il legislatore, soprattutto negli ultimi anni, si mosse per garantire la riorganizzazione del sistema dell'assistenza primaria, con una fiorente produzione normativa, tuttora in costante evoluzione.

Come esplicitato dal testo dell'Accordo Stato Regioni del 25 Marzo 2009, la riorganizzazione delle “cure primarie” è un obiettivo prioritario di rilievo nazionale per il SSN. Per tale ragione, in quella sede, si proponeva l'organizzazione dell'assistenza H 24, con conseguente riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso (PS) e miglioramento della rete assistenziale.

Le successive riforme normative, ed in particolare la riforma legislativa avviata con il decreto legge n. 158 del 2012, convertito in legge n. 189, l'8 Novembre del 2012, forniscono alcuni principi di riferimento, per la ricomposizione del sistema.

La legge, come strutturata, prevede lo sviluppo e l'obbligatorietà di forme organizzative complesse della medicina generale (Art. 1, Comma 1), secondo modalità operative monoprofessionali denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e unità complesse di cure primarie (UCCP), forme organizzative multiprofessionali e centri di erogazione dei servizi. Ed istituisce, poi, il ruolo unico (Art. 1, Comma 3) per i medici di medicina generale.

La necessità di creare una forma di assistenza che risponda in maniera reale alle necessità dell'intera popolazione, tenendo conto di quanto previsto dai LEA, con le modalità maggiormente rispondenti all'appropriatezza sia clinica sia organizzativa e nel rispetto dei vincoli finanziari delle risorse limitate, è, comunque, ancora ad oggi, agli occhi del sindacato SNAMI, non correttamente

perseguita in base alle esigenze di tutti gli attori che agiscono all'interno del sistema di assistenza primaria.

In tale sede si è deciso di utilizzare una classificazione dei pazienti, proposta in letteratura scientifica, in quattro gruppi distinti (Damiani, 2008), che risulta essere utile alle esigenze interpretative della nostra proposta:

- Il paziente sano o apparentemente sano, sul quale si interviene con interventi di tipo preventivo o di promozione della salute;
- Il paziente non classificato, un soggetto che attua un contatto con il sistema sanitario per situazioni apparentemente non complesse;
- Il paziente cronico;
- Il paziente non autosufficiente o fragile, per il quale è necessario strutturare interventi integrati di assistenza socio-sanitaria.

Questi quattro gruppi rappresentano la totalità della popolazione che richiede interventi di assistenza primaria. È da considerare, però, che soggetti appartenenti ad un gruppo piuttosto che ad un altro sono maggiormente rappresentati nel contesto di riferimento. È, infatti, il paziente non classificato quello che richiede maggiormente assistenza di primo livello (circa il 70% dei pazienti) e che è generalmente fautore degli accessi impropri al pronto soccorso, i c.d. codici bianchi.

Fatto salvo quanto fin'ora rilevato, si presentano le nuove proposte del sindacato per il prossimo futuro accordo collettivo nazionale per la medicina generale.

1. In merito al ruolo unico per il medico di medicina generale, come previsto dall'Art. 1, comma 3, della legge 189/2012, si propone il perseguimento di tale scelta normativa unicamente nell'ottica del completamento orario delle attività e delle funzioni del medico di medicina generale.
2. Per quanto concerne l'assistenza H24, questa non può essere considerata unicamente quale continuità meramente oraria. Tale forma di continuità è già esistente sul territorio nazionale ed è garantita dai medici di continuità assistenziale. Si deve, invece, programmare una vera e propria continuità di intervento e di assistenza, strutturando Regione per Regione, in base alle proprie esigenze territoriali e di budget, progetti e linee di intervento, almeno su due fronti:
  - a.i. La strutturazione di una corretta organizzazione della presa in carico per i pazienti con bisogno sociosanitario complesso;
  - a.ii. Risposte sanitarie concrete per i pazienti non classificati.

Per i primi si propone l'intervento regionale ed aziendale nella creazione di piani di intervento e progetti, che permettano una corretta integrazione tra ospedale e territorio e facilitino l'ingresso ed il passaggio dei diversi pazienti nei (e tra) diversi livelli di assistenza.

La seconda tipologia di pazienti può essere adeguatamente gestita all'interno di AFT fortemente capillarizzate sul territorio. Nell'effettuare proposte normative, infatti, il legislatore non può dimenticare o non considerare geografia fisico-politica della nostra Nazione, e come essa sia distinta e strutturata all'interno delle singole Regioni e Provincie.

L'uso delle aggregazioni funzionali, con un'AFT, che funge da punto di raccordo per tutti gli erogatori dell'assistenza, e la presenza, equamente distribuita sul territorio, dei medici di medicina generale pare, a nostro avviso, essere la soluzione maggiormente perseguibile e meno dispendiosa in questo momento storico, per garantire la migliore e più appropriata assistenza alla popolazione.

Filomena Di Benedetto.

