



PROGETTO SNAMI PER UN FORTE SISTEMA SANITARIO PUBBLICO, MAGGIORE EGUAGLIANZA NELLA SALUTE, ACCESSO UNIVERSALE ALLE CURE E CENTRALITA' DELLA PERSONA

Come **SNAMI** proponiamo una riflessione che deve fondarsi sulle evidenze e sulle considerazioni tratte dal rapporto dell'OMS del 2008, che a sua volta prendeva spunto dalla dichiarazione di Alma Ata del 1978: **perseguire una maggiore eguaglianza nella salute, accesso universale alle cure e centralità della persona.**

L'esatto contrario di quello che è stato posto in essere negli ultimi decenni, ovvero: centralità dell'ospedale e delle tecnologie, frammentazione dei servizi con al centro dell'attenzione le malattie e non le persone nel loro insieme, tentativi sempre più pressanti, più o meno diretti, di privatizzazione della salute. Lo SNAMI chiede di non scimmiettare altri sistemi sanitari il cui fallimento è sotto gli occhi di tutti e di lavorare insieme per salvaguardare il sistema sanitario pubblico, che in una società civile deve poter assistere tutti.

Oltre a ciò Snamì crede fortemente che «**fare di più non significa necessariamente fare meglio**» con l'aggravante, in tempo di recessione, che «**il di più che non fa meglio**» fa comunque spendere di più.

PREMESSA

Pensiamo che la Legge 8 novembre 2012 n.189 sia una legge inadeguata nei modi e nei tempi, figlia della non conoscenza delle problematiche del comparto delle cure territoriali, nata anche dal non aver ascoltato chi quotidianamente vive, sul campo, i problemi. Dobbiamo evitare che l'applicazione pedissequa di questa legge possa favorire la chiusura degli studi medici dei piccoli centri e delle frazioni mantenendo e, se possibile, rafforzando la diffusione degli studi medici e la continuità assistenziale, quale caratteristica irrinunciabile per una presenza medica capillare nel territorio e fiore all'occhiello del SSN italiano.

Basterebbe pensare al caos che succederebbe in una struttura con 20 medici in cui potrebbero circolare 800-1000 persone al giorno, con un parcheggio per almeno 300 vetture. Una sorta di ipermercato senza strutture e logistica adatti e normodimensionati.

MODELLO UNICO

L'errore che non si deve fare è proporre un modello unico per una realtà italiana che vede situazioni completamente differenti, spesso agli antipodi, nella consapevolezza che in metropoli, città, cittadine, paesi, piccole comunità, territori con popolazione sparsa non potrà mai funzionare un unico modello sanitario di assistenza. Così come nelle zone disagiate, disagiatissime e nelle isole minori.

PRONTO SOCCORSO

Va rivisto il sistema di accesso al **pronto soccorso** attraverso una responsabilizzazione del cittadino sul corretto utilizzo delle strutture d'emergenza e comunque dimensionando la struttura con personale ed attrezzature consone alle esigenze del momento. Considerare che anche i codici bianchi e verdi che affollano il pronto soccorso siano segno della lungaggine dei tempi di attesa per gli accertamenti di routine e della ricerca del tutto subito e gratis. Molti pazienti accedono al pronto soccorso per propria autonoma decisione perché sia pure dopo lunghe ore di attesa si ricevono esami di laboratorio, strumentali e visite specialistiche pagando un minimo ticket, spesso notevolmente inferiore rispetto a quello che si pagherebbe normalmente. Prendere seriamente coscienza che l'organizzazione, le dotazioni ed il personale sanitario attualmente impegnato in alcuni pronto soccorsi sono attualmente sottodimensionati per le moderne esigenze del servizio. Fenomeno reso più evidente dal mancato rafforzamento del personale in momenti stagionali di alta concentrazione di patologie dovute al caldo o al freddo, peraltro ampiamente prevedibili ed organizzabili.

Parimenti il taglio dei posti letto ospedalieri senza aver fatto adeguatamente seguire una strutturazione idonea del territorio crea la situazione per cui molti anziani dopo essere stati dimessi dal DEA arriveranno ad un domicilio dove l'assenza di un'assistenza strutturata e di adeguati *caregiver* faranno sì che lo stesso paziente ritorni al DEA dopo pochi giorni.

ORE LAVORATIVE E POSTI DI LAVORO

Qualsiasi modello innovativo non deve vedere perdita di ore lavorative e posti di lavoro.

FORMAZIONE

Tutti i Medici che lavorano nel territorio devono essere formati adeguatamente e decidere di lavorare nelle cure territoriali. Anche per sopperire alle sicure carenze di personale medico nei prossimi anni dovuto ai pensionamenti si devono trovare gli strumenti perché ci sia un accesso «anche fuori borsa» alla scuola di formazione della Medicina Generale.

Il tutto per evitare che il territorio diventi «parcheggio» di chi comunque è in attesa di occupazione in altri comparti della sanità.

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO, CARTELLA CONDIVISA E RICETTA DEMATERIALIZZATA.

Urge l'andare a regime con il FSE e la cartella condivisa tra ospedale, pronto soccorso medici specialisti convenzionati e medici del territorio. Nella ricetta dematerializzata deve esser eliminato definitivamente il cartaceo.

Per costruire un modello innovativo di cure territoriali vanno fatte alcune considerazioni e salvaguardati alcuni principi che dovrebbero diventare delle pregiudiziali irrinunciabili:

- 1) Deve rimanere il **rapporto duale** tra il Medico ed il Cittadino che lo ha liberamente scelto e l'attuale rapporto medico-paziente non deve trasformarsi in un rapporto paziente-struttura.
- 2) Qualsiasi ulteriore offerta di servizi sanitari o pseudo tali dilata la domanda ed **aumenta i costi**.
- 3) Nel **ruolo unico della medicina generale** dei medici a quota capitaria e a quota oraria

non ci devono essere sovrapposizioni di ruoli e mansioni: **bisogna sapere e normare -che cosa si deve fare e chi lo deve fare.**

4) Qualsiasi cambiamento deve essere preceduto da una reale **fase di sperimentazione** in cui gli indicatori di processo e di risultato devono essere concordati, monitorati e valutati con le organizzazioni sindacali e le associazioni dei cittadini. Cioè tutti i cambiamenti devono avere una fase propedeutica come progetti pilota ed essere sperimentati seriamente prima di andare a regime.

5) La parte pubblica deve rendere disponibili i dati certi attuali sul:

a) numero di postazioni di **Continuità Assistenziale**, il numero di interventi ambulatoriali e domiciliari, distanza dall'ospedale in termini di km e di tempi di percorrenza in situazioni ordinarie e straordinarie (invernali etc.)

b) Numero e postazioni e interventi del 118.

c) Tempi medi delle prestazioni specialistiche e se vi sia stata o meno l'attivazione dell'urgenza della prestazione, quindi rafforzare e rimodulare, perché largamente disattese, le norme che governano le corsie preferenziali per i vari gradi dell'urgenza degli esami di laboratorio, strumentali e delle consulenze specialistiche.

6) Devono viaggiare i dati e non le persone attraverso una **rete** che non deve avere oneri a carico del medico ed i programmi gestionali devono poter colloquiare tra di loro.

7) Curare e pubblicizzare il corretto **utilizzo dei servizi sanitari** (educazione del cittadino). Accanto all'educazione sanitaria sulla prevenzione delle malattie come il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa e quella sui tumori sarebbe utile una campagna per sensibilizzare i cittadini ad un uso corretto dei servizi in sanità. Tra le tematiche l'abuso e spreco dei farmaci, le prenotazioni per tempo di esami ed accertamenti programmati anche per evitare lamentele "non c'è mai posto", il disdire correttamente le prenotazioni che non si possono rispettare, il non recarsi in pronto soccorso per bypassare le liste di attesa e pagare meno ticket. **I medici sono disponibili ad offrire le sale d'aspetto dei loro studi per la realizzazione di questo progetto.**

Premesso tutto ciò lo Snamì ritiene che, per un miglioramento delle cure territoriali, il sistema vada rimodulato con una implementazione ed un rafforzamento di ciò che attualmente funziona.

Il tutto attraverso:

-aggregazioni di primo livello: le AFT obbligatorie secondo la legge Balduzzi

-aggregazioni di secondo livello: le UCCP obbligatorie secondo la legge Balduzzi

- ADP e ADI

-ospedali di comunità

-RSA e strutture utili per favorire una deospedalizzazione precoce

-numero unico 116-117

La medicina generale potrà funzionare secondo i principi sopraesposti con una differente articolazione delle figure mediche esistenti anche formando dei medici del territorio, non in alternativa agli specialisti, nello specifico per le malattie croniche come la BPCO, l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito di tipo 2, il dolore cronico e l'osteoporosi e nella prevenzione delle malattie cardiovascolari ed oncologiche.

Attuali medici di famiglia da soli:

- medicina generale ambulatoriale
- medicina generale domiciliare
- screening e prevenzione
- medicina di iniziativa
- medicina delle cronicità

Attuali medici di continuità assistenziale da soli:

- guardia medica festiva, prefestiva e notturna secondo l'attuale assetto (distanza di percorrenza dall'ospedale di più di 20 minuti)
- continuità assistenziale diurna secondo il nuovo assetto per scelta e con completamento orario
- urgenza medica diurna
- medicina scolastica
- medicina necroscopica

Attuali Medici di famiglia in equipe con gli attuali medici di continuità assistenziale

- medicina di iniziativa
- medicina delle cronicità
- ambulatori per patologia
- screening e prevenzione

Attuale 118 per le emergenze mediche

- Dimensionato con pronto intervento in 20 minuti nel territorio e 8 minuti in città.