

## **TAVOLO TECNICO MINISTERO SALUTE SU RIORDINO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO.**

### **DOCUMENTO CONGIUNTO CIMO – FIMMG – FIMP – SUMAI.**

La modifica del Titolo V della Costituzione Italiana ha definitivamente conferito alle Regioni le competenze in ambito organizzativo sanitario con uno sviluppo di diversi modelli assistenziali sia a livello territoriale che ospedaliero nell'ambito del territorio nazionale.

Pur rimanendo in capo alla legislazione statale le norme per la formazione e l'attribuzione di funzioni e competenze delle diverse figure professionali, i nuovi modelli organizzativi rischiano di condizionare profondamente i ruoli professionali e i modelli di relazione preesistenti in assenza di una chiara definizione dei primi e, conseguentemente, dei secondi.

Premesso quanto sopra occorre, attraverso strumenti legislativi in capo allo Stato, riaffermare il ruolo del medico quale unico responsabile della diagnosi e terapia dei pazienti e dei processi gestionali che sottendono alle cure, sia nell'ambito ospedaliero che territoriale.

Va pertanto proposta una riflessione circa il ruolo e l'autorevolezza di colui che esercita un atto medico, sia nell'ambito del lavoro di equipe che nel confronto tra attori delle diverse aree sanitarie.

Il ruolo e la conseguente autorevolezza del medico sono al momento confuse: infatti, mentre le conseguenze dell'atto medico sia in sede civilistica che penale anche nel lavoro in gruppo appaiono chiaramente in carico alla responsabilità medica, è meno evidente il ruolo e la conseguente responsabilità nella gestione e governance dell'organizzazione del servizio e anche dei modelli di relazione.

Diviene pertanto premessa indispensabile sia nell'ambito del riordino delle Cure Primarie, sia rispetto ai processi di integrazione Ospedale-Territorio, chiarire legislativamente i rapporti e le relazioni in ordine alla responsabilità e alla governance dei processi in presenza di figure professionali diverse quando queste operano con mandati di opera professionale sullo stesso obiettivo di salute, soprattutto alla luce della evoluzione dell'assetto formativo e del ruolo delle professioni sanitarie non mediche determinatesi negli ultimi anni.

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.

I provvedimenti legislativi e/o contrattuali dovranno, infatti, tenere conto di una valorizzazione del ruolo del singolo professionista, legando il coordinamento, a parità di ruolo, all'ambito in cui si esplicita la funzione del mandato professionale e alle provenienze delle risorse impegnate (Ospedale o Territorio).

Il confronto in atto al tavolo tecnico del Ministero della Salute dovrà essere esteso anche a livello della contrattazione nazionale e periferica, attraverso l'istituzionalizzazione di tavoli tecnici regionali ed interaziendali, al fine di garantire che gli indirizzi "centrali" siano condivisi, anche a livello periferico, pur nel rispetto delle autonomie regionali.

Il confronto tra Ospedale e Territorio su tematiche che interessano l'integrazione sia nella fase di pre-ricovero (vedi codici bianchi in PS o tempi medi di attesa per le prestazioni ambulatoriali), sia in fase di dimissione (vedi farmaceutica, assistenza domiciliare, implementazione di DRG per pazienti cronici, ecc.), deve realizzarsi attraverso il dialogo all'interno dei suddetti tavoli tecnici.

In tale contesto l'ambito delle Cure Primarie necessita di un adeguato sviluppo affinché possa espletare a pieno e con maggior efficacia il proprio ruolo nell'assistenza sanitaria e sociale rivolta a tutti gli individui. I medici convenzionati svolgono il loro ruolo attraverso la presa in carico ed il governo clinico, a garanzia dell'assistenza sanitaria di base, della continuità delle cure ed integrandosi con il livello specialistico di riferimento.

A tal fine ed affinché le Cure Primarie possano costituire un sistema unitario ed integrato nei confronti dei bisogni sanitari del cittadino e nell'ambito del SSN, è necessario sviluppare il livello organizzativo dei medici convenzionati e prevedere il loro coordinamento professionale.

A fronte di una accresciuta domanda di salute e del progressivo trasferimento di processi di cure dall'Ospedale al Territorio, la sostenibilità complessiva del SSN necessita di una ulteriore implementazione del Sistema delle Cure Primarie, attraverso lo sviluppo della governance da una parte e dei livelli organizzativi dall'altra. I medici (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali) rafforzano il loro ruolo grazie all'integrazione tra loro e con il setting ospedaliero, concorrono alla definizione e realizzazione dei percorsi assistenziali, garantiscono la continuità dell'assistenza superando l'attuale frammentazione di interventi in ambiti diversi. In questo contesto deve essere previsto il superamento dell'attività singola del professionista sostituendola con l'inserimento in una effettiva organizzazione funzionale e professionale.

Per rendere possibile e realizzabile il cambiamento auspicato, a parere delle OO.SS. firmatarie del presente documento, è indispensabile confermare il lavoro svolto per le modifiche dell'articolo 8 comma 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, già all'attenzione del Ministero e delle Regioni, che pone le basi per alcuni punti essenziali alla capacità di aumento della ricezione assistenziale del Territorio, anche in chiave di premessa ai processi di integrazione Ospedale-Territorio.

In particolare, quanto definito per:

- l'aumento della capacità organizzativa, attraverso lo sviluppo del lavoro in gruppo rispetto a quello in solo;
- la ristrutturazione del compenso, con la separazione del compenso legato al ruolo professionale da quello per l'investimento nei fattori di produzione necessari all'assistenza;
- l'evoluzione verso ruolo unico e accesso unico alle funzioni della medicina generale, e quindi il superamento dell'attuale separazione delle funzioni (assistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi).
- Il coordinamento operativo e l'integrazione fra l'attività dei Medici di Medicina Generale in tutte le loro funzioni, dei Pediatri di Famiglia e degli Specialisti ambulatoriali.

Alla luce delle considerazioni su esposte riguardo al riordino delle Cure Primarie e alla integrazione Ospedale-Territorio è necessario prevedere, in coerenza con la valorizzazione del ruolo giuridico del medico convenzionato, la definizione della sua necessaria partecipazione a livello aziendale e distrettuale agli atti di programmazione, coordinamento e verifica delle attività proprie del territorio e di quelle integrate Ospedale- Territorio.

**Il Sistema di Emergenza ed Urgenza** deve rappresentare la “terza gamba” della sanità italiana, ovvero la “cerniera” tra ospedale e territorio. Il modello organizzativo proposto è l'attivazione di un dipartimento di emergenza che comprende: il 118 (centrale Operativa e Unità Mobile di Soccorso), il Pronto Soccorso (PS), i Punti di Primo Intervento (PPI), la Breve Osservazione (OBI) e la Medicina di Urgenza.

In particolare occorre implementare una Rete di Emergenza secondo un modello HUB & Spoke , il Pronto Soccorso deve prevedere una gestione multidisciplinare dei percorsi clinici prestabiliti con permanenza dei pazienti, non destinati all'OBI, entro un periodo non superiore a 6 ore (fasi di stabilizzazione, primo inquadramento diagnostico-terapeutico, avvio percorso assistenziale), viceversa la permanenza in OBI e/o Medicina di Urgenza non deve superare le 72 ore nell'80% dei casi con livello di intensità di cure di tipo medio-alto.

In questo contesto il medico dell'emergenza urgenza dovrà farsi carico di seguire il percorso assistenziale del paziente dalla richiesta di soccorso, alla stabilizzazione, al primo inquadramento diagnostico, al trattamento dell'emergenza, fino al ricovero nella struttura sanitaria più appropriata. La continuità dell'assistenza tra fase preospedaliera e fase intraospedaliera del paziente critico impone tre esigenze: evitare la “demedicalizzazione” del territorio assicurando che l'Unità Mobile di Soccorso Avanzato (ALS) preveda nel team sempre la presenza del medico, garantire una univocità di ruolo giuridico e contrattuale dei medici operanti nei servizi di emergenza e per il governo delle fasi di transizione definire meccanismi di equiparazione legislativa di ruoli giuridici e contrattuali, attualmente diversi, funzionali alla realizzazione del modello organizzativo proposto a livello regionale, promuovere soluzioni organizzative che favoriscano l'impiego dei medici a rotazione in tutti i servizi del dipartimento.

**Formazione:** occorre ribadire il principio che rimangono in capo alla legislazione statale ed al livello nazionale di contrattazione le norme per la formazione e la conseguente attribuzione di funzioni e competenze delle diverse figure professionali, al fine di definire in maniera funzionale i ruoli operativi specifici nell'ambito dell'integrazione professionale senza determinare sovrapposizioni, concorrenzialità o utilizzo in funzioni improprie.

Per il medico occorre rivedere il percorso formativo per facilitare l'inserimento nel mondo del lavoro dei giovani medici attraverso il completamento del percorso di studio nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, comprese le forme organizzative evolute della medicina generale e della pediatria di famiglia, ad integrazione e perfezionamento del percorso universitario.

In tale ottica si rende possibile una 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.

Per favorire lo sviluppo dei percorsi assistenziali ospedale-territorio occorre garantire la formazione continua dei medici anche attraverso processi formativi integrati che prevedano la partecipazione dei medici dipendenti e dei medici convenzionati. Gli indirizzi regionali e i conseguenti bisogni professionali rappresentati nei tavoli tecnici periferici, prevederanno la definizione del percorso formativo regionale e/o aziendale su tematiche di comune interesse come la farmaceutica, l'assistenza domiciliare, la continuità delle cure, etc.

FIRMATO

Riccardo Cassi

Giacomo Milillo

Giuseppe Mele

Roberto Lala