

La Medicina Generale e il Decreto 99 del 22/9/2016 del Piano Regionale Campano della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018

Commento del Dott. Filippo D'Addio - Presidente SNAMI Caserta

Caserta, 10 Ottobre 2016

Principi Generali

Il documento si apre con una serie di dati demografici che fotografano in maniera impietosa la nostra realtà mostrando una popolazione con una aspettativa di vita, un indice di natalità e un numero di nascite/anno più basso della media nazionale. Implicitamente si ritiene che ciò sia in qualche modo imputabile al Sistema Sanitario Regionale visto che si conclude che

La lettura dei riportati indici suggerisce che diventa sempre più pressante l'esigenza di favorire il cambiamento adottando modalità assistenziali focalizzate sullo sviluppo delle cure primarie, senza considerare che la riorganizzazione ed il riequilibrio del sistema ne garantiranno anche la sostenibilità arginando sprechi e inefficienze.

Il proposito di modificare tale realtà in questo modo è auto-referenziale, non legata a una analisi della realtà ospedaliera e territoriale che spieghi il fenomeno e comunque si ha l'impressione che si decida di cambiare essenzialmente per disarticolare ulteriormente la rete ospedaliera in modo che le stesse strutture riposizionate nell'area della primary care sicuramente avranno un costo di esercizio ridotto per quanto riguarda i costi strumentali e delle prestazioni, mentre è tutto da dimostrare che questa riorganizzazione porti ad una riduzione di costi per il personale e la struttura e ancor di più ad un aumento dell'efficienza delle cure fornite. Rivelatrice mi sembra la frase seguente

Esistono, infatti, ampi margini di miglioramento dell'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche conseguibili, non tanto attraverso la somministrazione di un farmaco innovativo o l'erogazione di sempre più sofisticate prestazioni diagnostiche, ma, attraverso anche la revisione dei processi assistenziali che devono essere improntati alla ricerca di una sempre maggiore appropriatezza del luogo di cura ed alla gestione integrata e multidisciplinare.

Il risultato, non so fino a che punto non voluto, dei nostri amministratori probabilmente sarà quello di aumentare la spesa clientelare e ridurre quella per i

presidii terapeutici e le prestazioni peggiorando l'efficienza del sistema sanitario regionale peggiorando il valore degli obiettivi di salute sbandierati.

Riferimenti normativi

È una modifica del decreto commissariale n. 18 di febbraio 2015 (un anno e mezzo fa), d'altronde non applicato, visto anche i risultati delle elezioni (come espressamente citato in questo decreto!), affinché ci siano questi risultati:

1. garantire tempi di risposta coerenti con il livello di intensità di assistenza;
2. evitare duplicazioni di offerta assistenziale;
3. correlare la rete delle cure primarie con il sistema delle cure domiciliari;
4. strutturare percorsi finalizzati a favorire il passaggio diretto dei cittadini dal livello ospedaliero a dimissioni protette;
5. individuazione di strumenti di monitoraggio e di valutazione di efficacia di processo e di esito;

- che, anche alla luce delle osservazioni ministeriali, si è reso necessario disciplinare il riordino oltre che delle cure primarie – già materia esclusiva del DCA n. 18/2015 – dell'intera rete dell'Assistenza Territoriale;

Attuabilità del piano

Ricordiamo che il decreto 18 ordinava ai Direttori Generali di redigere *la formulazione di un Piano Aziendale di riorganizzazione delle Cure Primarie, da compilare secondo il modello in allegato al presente decreto (rif: "Allegato_Piano Aziendale di riorganizzazione delle Cure Primarie") da inviare alla Regione per l'approvazione entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento.*

Sono passati 19 mesi, non 2, e voi l'avete visto questo piano? Ritenete che le nostre Direzioni Generali saranno in grado di rispettare l'obbligo seguente, previsto dal nuovo piano territoriale?



SNAMI

SEZIONE DI CASERTA

La presente programmazione impegna le Direzioni Generali delle Asl ad adottare, in linea con le indicazioni ivi presenti, il PAT entro 90 giorni dalla data di pubblicazione di questo Piano sul BURC. Entro 120 giorni dalla pubblicazione le stesse Aziende sono impegnate ad adottare specifico cronoprogramma operativo del PAT con la esplicitazione specifica di responsabilità e scadenze.

E non perché noi non vogliamo una riorganizzazione delle cure primarie o siamo contrari a tutto, ma perché vediamo, constatiamo l'incapacità dei nostri amministratori, e ciò provoca un affossamento del nostro lavoro, dei nostri investimenti di vita, professionali ed economici e di conseguenza un peggioramento dello stato di salute dei nostri assistiti.

Cosa manca nel piano?

Manca il "ruolo unico", che d'altronde non è stato ancora definito dalla Convenzione Nazionale, e manca una chiara definizione dei ruoli, strutture e reti tra i Medici di Assistenza Primaria e i loro Ambulatori con i Medici di Continuità Assistenziali ed i relativi Presidii territoriali. Ciò che segue mi sembra estremamente sibillino e liquidatorio, e sicuramente non è in grado di disegnare un nuovo progetto di cure primarie della Medicina Generale.

In virtù del rapporto fiduciario medico-paziente, la sua costituzione individua automaticamente anche il bacino di assistiti ai quali sono rivolte le relative attività dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dei giorni feriali dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 10.00 del sabato, articolando l'apertura degli studi che ne fanno parte e secondo quanto previsto dal vigente A.C.N.

Inoltre, per garantire l'assistenza durante l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, in esecuzione dell'art. 1 della L. 189/2012, i medici a rapporto orario (continuità assistenziale) costituiscono per gli assistiti un preciso riferimento a cui rivolgersi negli orari di chiusura dello studio del MMG o del PLS, ovvero dalle ore 20.00 alle ore 8.00 di tutti i giorni della settimana, dalle ore 10.00 alle ore 20.00 del sabato e dalle ore 8.00 alle 20.00 di tutti i giorni festivi.

Manca cosa diventerà il distretto sanitario! Si parla di distretto sanitario forte, di direttore di distretto potenziato, di innumerevoli compiti: ma con le AFT, le UCCP, gli ospedali di comunità, le Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS: novità assoluta nella toponomastica delle strutture delle cure primarie!) cosa faranno le strutture e i servizi distrettuali? Chiuderanno? Saranno fortemente ridimensionate?



SNAMI

SEZIONE DI CASERTA

“ Il Distretto si configura pertanto quale principale punto d’accesso, non solo ai servizi distrettuali ma alla rete generale dei servizi sanitari e sociosanitari.

Tale soluzione si sostanzia, operativamente, nell’organizzazione di punti di accesso territoriali, governati logicamente dalla P.U.A. distrettuale. La P.U.A. è una modalità organizzativa che può prevedere specifici spazi ma deve essere intesa soprattutto come modello e funzione di integrazione e raccordo stabile punti e nodi di accesso sanitari e sociali a cui il cittadino si rivolge, eliminando duplicazioni e sovrapposizioni.

Il distretto sarà una sorte di centro direzionale dell’assistenza che sarà invece attuata da AFT, UCCP, Ospedali di Comunità e SPS? Ma è necessaria, serve, è attuabile una ristrutturazione di questo tipo, o ci sarà semplicemente una ipertrofia nell’offerta sanitaria? E il Piano delle Attività territoriali potrà essere qualcosa di diverso dalla riproposizione dell’esistente?

Cosa significa: La Direzione del Distretto è individuata come Centro di Responsabilità, che contratta il budget con la Direzione Strategica. Il Distretto pertanto è una struttura operativa dell’Azienda dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l’attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all’interno del bilancio dell’Azienda stessa. Ma il budget non è già definito dalle strutture/attività distrettuali? Come potrà cambiare? Esempio distretto 13: Clinica S. Michele e P. O. di Arienzo-S. Felice: il Direttore potrà decidere autonomamente di chiudere l’ospedale o di modificare l’offerta sanitaria della clinica?

E l’UCAD così come è, il decreto non prevede alcuna modifica è in grado di:

Fondamentali sono le relazioni intra-distrettuali, tra le UU.OO. distrettuali, che si realizzano istituzionalmente all’interno dell’Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (art. 3-sexies, comma 2 D.L.vo 502/92 e s.m.i.) che svolge funzioni propositive e tecnico-consultive. Nell’Ufficio di Coordinamento è prevista la presenza di un MMG per le funzioni integrate con le Cure Primarie, nonché per esercitare le previste funzioni di monitoraggio dell’appropriatezza prescrittiva, all’interno dei PDTA, Linee Guida, Regolamenti e Procedure aziendali..... La Clinical Governance si attua naturalmente anche nei confronti delle strutture private accreditate

Manca qualsiasi riferimento al sistema informativo regionale, a SANIARP, che secondo una recente determinazione legislativa regionale dovrebbe diventare il SIR (Sistema Informativo Regionale) interfacciandosi con il sistema TS. Non solo, ma il piano prevede che siano le attuali reti dei medici di Assistenza Primaria ad adeguare i loro sistemi informatici per rendere possibili le nuove reti dell'AFT, mentre niente è definito circa le nuove reti tra gli ambulatori vecchi e nuovi dell'attuale Assistenza Primaria e i presidi e le postazioni della attuale Continuità Assistenziale.

Il successo del modello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale in regione Campania dipende anche dallo sviluppo di adeguati sistemi informatici ed informativi e, a tal fine, i MMG costituiscono la rete della AFT e garantiscono che questa sia in grado di interfacciarsi con i sistemi operativi della Azienda Sanitaria(CUP - Sistema TS - ricetta elettronica). Inoltre, per ciascun assistito di AFT deve essere attivata la scheda sanitaria informatizzata individuale e il fascicolo sanitario elettronico (FSE) e i medici di ciascuna aggregazione condividono, nel rispetto delle norme vigenti in tema di privacy e di sicurezza, i dati clinici degli assistiti che ne fanno parte.

Per fortuna ci sono le softwarehouses che sembra già abbiano la soluzione al problema AFT: mi sento di invitare le attuali associazioni in rete e gruppo a sperimentare la possibilità di creare reti grandi quanto le AFT. l'interfaccia con il sistema TS e la ricetta elettronica sono già realtà per gli ambulatori dell'Assistenza Primaria, non mi sembra che lo stesso si possa dire per i presidi di Continuità Assistenziale (provvederà il nuovo Direttore del Distretto "potenziato" da tale decreto?). Per quanto riguarda l'interfaccia con i CUP e il fascicolo sanitario elettronico siamo disponibili: speriamo solo che la Regione e le Aziende Sanitarie si rendano conto del peso economico di tale attività e che le strutture distrettuali, gli ospedali delle ASL e quelli Aziendali devono essere dei partners tecnico-organizzativi di tale progettualità. Vedremo!

Manca il finanziamento del piano. Ecco le parole in libertà che definiscono il fondo di AFT.

Le indennità e gli incentivi attualmente erogati per lo sviluppo strumentale ed organizzativo della medicina convenzionata (associazionismo, collaboratore di studio, infermiere e funzione informatica/informativa), ovvero per la remunerazione dei fattori produttivi, insieme a quelle liberatesi dalla cessazione degli incarichi, dovranno essere utilizzate da ciascuna Azienda per istituire un "fondo di AFT" destinando, le

prime, al mantenimento del trattamento economico dei medici che attualmente le percepiscono e, le seconde, all'introduzione di meccanismi di perequazione del trattamento economico dei medici di scelta operanti nella medesima AFT e nelle ulteriori AFT del territorio. Nell'ambito del processo di revisione del trattamento economico dei medici di cure primarie e dei pediatri di libera scelta dovranno essere salvaguardati gli investimenti già effettuati da ciascun convenzionato, il mantenimento del trattamento economico attualmente raggiunto e l'invarianza delle risorse finanziarie già disponibili, fermo restando la quota capitaria e quella oraria definite dai rispettivi ACN. Le risorse liberate dal processo riorganizzativo del Servizio Sanitario Regionale, ovvero dalla dismissione dei presidi ospedalieri di piccole dimensioni o con ridotta attività e dalla implementazione dei percorsi di appropriatezza, sono destinate alle dotazioni strutturali, strumentali e umane necessarie per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Le AFT dell'ASL Caserta.

La bozza del piano territoriale prevede genericamente la formazione di 26 AFT per la MG. È anche espressamente indicato che la AFT dovranno rispettare gli ambiti territoriali e i distretti, e che la popolazione delle AFT dovrà essere massimo di 30.000 utenti. Se consideriamo la popolazione dei 12 distretti della nostra ASL abbiamo questa possibilità che meglio rispetta tali indicatori:

distretto	città	Popol. > 14	n. di AFT	Popol. Media AFT	n. comuni distretto	n.comuni/AFT
12	Caserta	100000	3	33000	4	1,3
13	Maddaloni	70000	2	35000	6	3
14	Teano	68000	2	34000	16	8
15	Piedimonte Matese	64000	3	21300	31	10,3
16	Marcianise	68000	2	34000	6	3
17	Aversa	45000	2	45000	1	1
18	Succivo	82000	2	41000	8	4

19	Lusciano	63000	2	31500	6	3
20	Casal di Principe	44700	2	22350	4	2
21	S. Maria C. V.	65000	2	32500	7	3,5
22	Capua	49000	2	24500	10	5
23	Mondragone	60000	2	30000	5	2,5

In questa simulazione si vede quanto sia complicato adattare uno schema rigido alla attuale realtà territoriale! Partendo dal distretto di Aversa (45000 abitanti) che essendo formato da un unico comune e un unico ambito dovrà essere spaccato in 2 AFT: sarà interessante vedere come sarà realizzata tale cesura! Il distretto 12 ha 3 ambiti (Caserta- Castelmorrone e Casagiove – San Nicola la Strada), 100000 abitanti e quindi 3 AFT probabilmente lasciando una parte di Caserta Centro da sola, Caserta collinare + Castelmorrone e Casagiove – l'altra parte di Caserta Centro con San Nicola la Strada: anche qui sarà interessante vedere come si realizzerà la cesura! Mentre nel distretto di Teano e soprattutto di Piedimonte Matese (a bassa densità abitativa) composto da un considerevole numero di comuni diventa complicato far quadrare i conti tra numero di AFT, popolazione e numero di comuni. Comunque sia l'estrema variabilità del numero di assistiti per AFT, anche in zone prettamente urbane (da 22000 a 45000) pone delle problematiche gestionali che il piano territoriale ignora completamente.

UCCP

Sono previste 4 UCCP, una a Teano, una a Mondragone, una a Caserta, una ad Aversa. Siccome ci è ignoto il processo che ha portato all'identificazione di queste strutture non abbiamo commenti da fare, se non che ci piacerebbe fosse esplicitato chi sono gli autori tecnico-professionali di questo progetto.

Ospedali di Comunità

E' confermato l'ospedale di comunità di Teano come trasformazione del precedente Presidio Ospedaliero, se ne prevede l'apertura di uno nuovo a Capua sempre come



SEZIONE DI CASERTA

futura trasformazione del Presidio Ospedaliero. È inoltre previsto una Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS) a Teano e una a Capua. Teano diventerà il centro dell'eccellenza e della qualità della Primary Care in provincia di Caserta diventando sede contemporaneamente di UCCP, Ospedale di Comunità, SPS.