IL RUOLO DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA NELLA “SANITÀ FUTURA “ DELL’AREA VASTA DI BOLOGNA E IMOLA: DALLE AFT (AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI) ALLA PRESA IN CARICO TERRITORIALE INTEGRATA DEL PAZIENTE CRONICO

Stefano Giordani

Segretario SUMAI di Bologna ed Imola

Bologna, 12/11/18

PREMESSA

LA MEDICINA DEL TERRITORIO STA VIVENDO UNA FASE DI TRANSIZIONE: la domanda di prestazioni territoriali si è già sviluppata, ma l’offerta dei servizi (soprattutto specialistici) resta sottodimensionata rispetto a quella ospedaliera, e le strutture territoriali, soprattutto gli ambulatori specialistici, non sono sufficienti a soddisfare i bisogni (e spesso non vengono nemmeno percepite come tali dalla popolazione.). Esiste quindi un circolo vizioso, per cui non vengono trasferite risorse adeguate verso strutture come le Case della Salute che quindi, almeno in fase iniziale, potrebbero non essere in grado di soddisfare i nuovi bisogni assistenziali.

La domanda principale è quindi: come gestire questo periodo di TRANSIZIONE, che traghetti risorse in modo graduale, verificando i risultati, in modo da rinforzare il sistema evitando sprechi e vuoti assistenziali?

Secondo il SUMAI le AFT rappresentano le strutture ideali per gestire questo processo di transizione, a partire dalle zone dove gia esiste una sufficiente rete di assistenza dei Paz cronici sul territorio . Noi ribadiamo inoltre la necessità di un buon coordinamento del sistema territoriale, che, al di là degli slogan, non sarà però in concreto possibile garantire senza il riconoscimento del ruolo strategico che gli Specialisti Ambulatoriali, con il loro patrimonio di esperienze e di competenze, hanno sul territorio.

Il ruolo strategico e il valore della specialistica nella medicina territoriale sono declinate sia dalla nostra capillare presenza in prima linea nelle strutture del territorio, sia dai numeri: costituiamo circa il 20% degli specialisti della AUSL, ma produciamo il 30% delle prestazioni, a fronte di un impatto proporzionalmente molto più ridotto sulla spesa sanitaria.

Siamo circa il 40% rispetto ai medici di base, con I quali da sempre ci integriamo sul territorio, ma contiamo meno del 10% nei tavoli di coordinamento.

Siamo il fattore critico nel contenimento delle liste di attesa, ma nei PDTA raramente veniamo citati come punto di riferimento

Siamo impegnati nel gravoso compito di farsi carico dei complessi bisogni dei pazienti cronici, ogni giorno, ma anziché ricevere dal sistema un supporto adeguato, spesso l’apparato ancora di stampo burocratico della medicina territoriale ci rende il lavoro ancora più difficoltoso , con tempi di visita a volte ridicoli, negandoci spesso il supporto degli infermieri, senza il supporto di PDA adeguati nelle Case della Salute e con la proibizione magari di fare autogestione . Attivare una consulenza specialistica a domicilio richiede un

lungo e complicato iter “autorizzativo “ di stampo burocratico , del tutto inadeguato a garantire una presa in carico efficace ed operativa, e che appesantisce inutilmente il già gravoso lavoro dei medici di famiglia.

Bisogna cambiare paradigma, e cambiare in fretta: prioritariamente riteniamo indispensabile la diffusione di una nuova cultura delle relazioni tra Aziende USL e specialisti ambulatoriali, che deve essere basata non solo sulla quantità oraria di prestazioni, sui timbri autorizzativi, sul rispetto dei tempari , ma soprattutto sul rispetto, oltre che del contratto, che è alla base, ma anche della nostra dignità e autonomia professionale, sul riconoscimento dei nostri meriti e del nostro impegno, e sul nostro coinvolgimento nelle decisioni organizzative, in modo da creare un clima da “gioco di squadra”, e legare veramente la nostra categoria al raggiungimento degli obiettivi aziendali, con gli oneri, ma anche gli onori, relativi.

CRITICITÀ DELLA SANITÀ TERRITORIALE A BOLOGNA IN RIFERIMENTO AL RUOLO DEGLI SPECIALISTI TERRITORIALI

Ne segnaliamo tre, che ci sembrano di particolare importanza

1- PROGRAMMAZIONE SANITARIA “UP AND DOWN”: Mancanza da parte delle Aziende USL di una programmazione sanitaria coerente nel tempo e concertata anche con gli specialisti ambulatoriali , che veda al centro per ogni dato territorio anche i bisogni della salute dei cittadini, che gli specialisti territoriali insieme ai MMG conoscono in modo approfondito. Se si vuole che la capacità di presa in carico della cronicità sul territorio cresca e si migliori nel tempo, occorre cercare di migliorare anno per anno l’organizzazione esistente, riflettendo sulle necessità di innovazione, che non dovrebbero consistere solo in spesso contraddittori diktat verticistici “up and down”, che si succedono regolarmente ad ogni cambio di gestione aziendale, per cui un anno devi fare più visite domiciliari, e l’anno dopo devi ridurle, ad esempio. Miglioramento significa innanzitutto sviluppare una cultura dell’integrazione “ paritetica” tra ospedale e territorio, dell’innovazione, una formazione più flessibile su nuove tecnologie e nuovi bisogni, e non da ultimo valorizzazione delle buone prassi e delle eccellenze che sul territorio sono presenti. Significa anche trasferire la visione “territoriale” anche ai Dipartimenti Ospedalieri, fornendo gli strumenti per un invio dei pazienti più appropriato e coerente con le reali possibilità del territorio.

2- VISIONE OBSOLETA SUL RUOLO DEGLI SPECIALISTI TERRITORIALI: da parte delle Aziende Sanitarie gli specialisti territoriali vengono in genere considerati come “manodopera”, a cui si richiede solo di PRODURRE DI PIÙ, secondo procedure di stampo burocratico ormai obsolete, basate sulla pletora di moduli cartacei e di circolari non concertate in precedenza , e quindi non basate sulla reale conoscenza dei problemi. Molto poco viene fatto invece per fornire agli specialisti gli strumenti necessari per PRODURRE SALUTE, NON SOLO PRESTAZIONI, e poca attenzione viene data alla cura del loro benessere e della loro sicurezza quotidiana (va segnalato che proprio recentemente abbiamo avuto un caso di aggressione a una collega al Navile).

3- MANCANZA DI CONDIVISIONE E DI CONCERTAZIONE: Si continuano a prendere DECISIONI SULLA SANITÀ DEL TERRITORIO, SENZA DISCUTERLE CON I CLINICI CHE COSTITUISCONO IL PERNO SU CUI RUOTA L’ASSISTENZA SPECIALISTICA TERRITORIALE: si tratta evidentemente di un atteggiamento miope, che non ha mai prodotto ne potrà produrre in futuro benefici durevoli per la salute dei cittadini.

4- ASSENZA DEGLI SPECIALISTI NEI DISTRETTI DELLA SANITÀ FUTURA: Si propongono futuristici Dipartimenti di Continuità, incentrati su un ruolo " forte" dei Distretti, senza prima creare i presupposti per cui i Direttori di Dipartimento e di Distretto siano formati a confrontarsi e a concertare le decisioni con I rappresentanti degli specialisti ambulatoriali (R.Branca, Referenti di AFT, e anche Sindacato per gli aspetti contrattuali, in modo da evitare errori che spesso nascono anche dalla mancata conoscenza del nostro contratto; un esempio per tutti è l'uso della della mensa per gli specialisti ambulatoriali che lavorano in Ospedale (ormai il 30% circa in Italia), che dapprima l'AUSL di Bologna aveva data per certa e garantita, salvo poi, ad un esame più attento dei Regolamenti, negarla dopo circa sei mesi, con addirittura il recupero coatto del costo intero dei pasti che nel frattempo erano stati consumati in assoluta buonafede dagli specialisti ambulatoriali coinvolti.

ALCUNE CONSIDERAZIONI PROPOSITIVE:

- Inserimento degli specialisti ambulatoriali nella dinamica decisionale della AUSL, tramite la presenza nei vari collegi di Direzione aziendale, distrettuale e di Dipartimento dei nostri rappresentanti. (Come previsto dal Regolamento AFT)

- Invio alle Case della Salute dei pazienti , non solo delle prestazioni

- Semplificazione degli accessi, e della autogestione: dobbiamo avere un'area di prestazioni , contrattata con la Direzione , gli ambulatori infermieristici e i Nuclei di MMG, di organizzazione professionale autonoma e interdisciplinare, mirata al l'abbattimento delle liste di attesa dei pazienti cronici

- Creazione di un TAVOLO TRATTANTE tra Azienda e OOSS che si riunisca periodicamente per concertare la politica di progetti e incentivi, sulla base del BILANCIO DEL FONDO DI PONDERAZIONE

- Definire strumenti coerenti di valutazione e remunerazione della casistica in capo alla specialistica, (pesare la complessità dei casi). e definire delle modalità interdisciplinari di presa in carico che siano coerenti con questa complessità.

- Prevedere contatti strutturali tra AFT e Direttore di Distretto, per garantire che i modelli organizzativi adottati sul territorio siano rispondenti alle reali esigenze dei cittadini di un certo bacino di utenza, e non strumentali al l'ampliamento del controllo ospedaliero sul l'offerta complessiva dei servizi.

- Gestire le Case della Salute come " Cliniche della cronicità " non come uffici postali: occorre introdurre innovazione, abolire le barriere burocratiche e coinvolgere i medici che vi lavorano nel loro governo clinico , favorendo attivamente la creazione di un clima collaborativo e improntato alla solidarietà , sia nei confronti dei professionisti sia dei pazienti, in quanto si tratta di due variabili strettamente legate.

LA PROPOSTA DEL SUMAI PER LA SANITÀ FUTURA: L'ISTITUZIONE E LA VALORIZZAZIONE CONCRETA DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT) DI BOLOGNA ED IMOLA

L' A.I.R. (Accordo Integrativo Regionale) del 20 febbraio 2018, in applicazione dell' A.C.N. (Accordo Collettivo Nazionale) per la Specialistica Ambulatoriale Interna ,veterinari ed altre professionalità sanitarie sancisce la costituzione delle A.F.T. (Aggregazioni Funzionali Territoriali).

Con l'AIR è stata infatti riconosciuta la necessità di attivare in ambito Distrettuale, o sovra Distrettuale, le Aggregazioni funzionali di specialisti ambulatoriali, caratterizzate dalla integrazione interdisciplinare nell'ambito dei percorsi di continuità e dei PDTA, dalla condivisione di specifici obiettivi Aziendali e di precise modalità di raccordo con le UCCP

L'Istituzione delle AFT rappresenta il riconoscimento del ruolo strategico che in modo sempre crescente gli specialisti ambulatoriali interni hanno nel processo di presa in carico territoriale dei pazienti con patologia cronica, all'interno delle Case della Salute, al domicilio e in generale nelle strutture ospedaliere e territoriali, in integrazione con le altre componenti professionali, e prefigura il superamento dell' attuale modalità di lavoro a prestazione.

Riferimenti normativi

D.lgs n. 502 /92 e smi

- A.C.N. del 17/12/2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali;

- DGR n. 428 del 5/4/2017, atto di programmazione per le nuove forme organizzative (AFT-UCCP) previste dall'ACN del 17/12/2015

- DGR n. 344 del 12/3/2018 atto di approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell'ACN del 17/12/2015.

Definizione di AFT

Le A.F.T. (Aggregazioni Funzionali Territoriali) sono forme organizzative funzionali mono professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda secondo un modello coerente con i contenuti dell'ACN e con la programmazione sanitaria della Regione Emilia Romagna,e dell'Azienda USL di Bologna tenuto conto della consistenza dell'offerta specialistica esistente nelle varie specialità e della potenziale domanda. Tutti gli specialisti, veterinari e professionisti operano obbligatoriamente all'interno della AFT del territorio ove svolgono il maggior numero di ore d'incarico e sono considerati appartenenti obbligatoriamente al sistema informativo aziendale per l'accesso e il mantenimento della convenzione

Vengono individuate nel territorio dell'Azienda USL Bologna quattro AFT :

1. Casalecchio - Appennino,

2. Bologna Ovest,

3. Bologna Est-San Lazzaro,

4. Pianure Est ed Ovest

Nel territorio Imolese, che corrisponde di fatto come bacino di utenza ad un Distretto, è invece prevista una unica AFT

Le AFT sono costituite da specialisti e professionisti convenzionati interni di tutte le branche, hanno dei propri Referenti, e sono dotate di un Regolamento, approvato dalla Direzione Generale di ogni Azienda USL.

Obiettivo generale dell'AFT

L'obiettivo generale dell'AFT è l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici specialisti ambulatoriali e professionisti nell'ambito dei percorsi di presa in carico e dei PDTA utilizzando la rete delle strutture e delle articolazioni organizzative territoriali ed ospedaliere per il conseguimento degli obiettivi assistenziali, di cura e prevenzione individuati a livello aziendale in conformità ai compiti ed alle funzioni dello specialista ambulatoriale previsti dall'art. 22 dell'ACN ed ai compiti dell'AFT declinati all'art. 5, comma 4 ACN.

L'integrazione si realizza anche attraverso un sistema basato sulla definizione e programmazione di obiettivi condivisi ed attraverso l'utilizzo del sistema informativo per la conoscenza e condivisione (nel rispetto della normativa privacy) dei dati clinici, al fine di formulare ed assicurare piani terapeutici ed assistenziali più rispondenti ai bisogni delle persone

Compiti e funzioni dell' AFT

Le AFT devono garantire i seguenti compiti essenziali:

- assicurare sul territorio di propria competenza l'erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- partecipare alla realizzazione nel territorio della continuità dell'assistenza, ivi compresi i percorsi assistenziali, i percorsi integrati di gestione tra Ospedale Territorio e le dimissioni protette, per garantire un'effettiva presa in carico dell'utente;
- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione;
- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della evidence based medicine, nell'ottica più ampia della clinical governance;
- partecipare alla diffusione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di peer review;
- partecipare alla promozione di modelli di comportamento nelle funzioni prevenzione, educazione terapeutica ed alimentare, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia .

L'AFT realizza i suddetti compiti in coerenza con il modello organizzativo aziendale, attraverso il concorso alla realizzazione degli obiettivi distrettuali e aziendali, e si rapporta con I Dipartimenti Ospedalieri per la

realizzazione di una reale continuità di cure tra Ospedale e Territorio, attraverso una presa in carico integrata territoriali dei pazienti con patologie croniche

Il Referente aziendale AFT, nominato dal Direttore Generale dell'Azienda USL, rappresenta il punto nodale di coordinamento della specialistica ambulatoriale, in quanto:

- Coordina i referenti di AFT e si raccorda con i responsabili di branca della specialistica ambulatoriale
- Partecipa al Collegio di Direzione Aziendale e all'Ufficio di Direzione del DCP in tutti i casi in cui vengano trattati argomenti di interesse. del settore e comunque in tutti gli incontri in cui si definiscono e si monitorano gli obiettivi annuali assegnati
- Concorre, in collaborazione con il Direttore del Dipartimento di riferimento alla programmazione per il raggiungimento degli obiettivi di budget
- Propone all'Ufficio di Direzione del DCP programmi finalizzati all'abbattimento dei tempi di attesa , per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali mediante un miglior utilizzo delle risorse assistenziali disponibili ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva
- Concorre insieme ai Referenti AFT alla realizzazione dei PDTA per le patologie

prevalenti, attraverso l'integrazione professionale e le forme organizzative della medicina territoriale (NCP, CdS).

CONCLUSIONI

La valorizzazione della specialistica territoriale rappresenta un potente fattore di rinnovamento della sanità bolognese e imolese, perché la avvicina ai cittadini e va a cambiare radicalmente la logica ormai superata e non più efficace della burocratizzazione gerarchica della sanità , sostituendola con quella della integrazione basata su relazioni collaborative, nell'ambito degli obiettivi aziendali, orientata alla presa in carico dei nuovi bisogni di salute e di ascolto dei pazienti cronici.

Dobbiamo non dimenticarci mai che il ruolo del SSN è produrre salute, non prestazioni e servizi sanitari. Si tratta di una sfida complessa, che solo una classe di specialisti territoriali consapevoli, coesi, con una visione chiara e condivisa del proprio valore professionale e dei propri obiettivi finali è in grado di vincere.

Siamo convinti che gli Specialisti Ambulatoriali organizzati nelle AFT, che vedono come "partners " storici e naturali I medici di famiglia e gli infermieri territoriali da una parte, e I Dipartimenti Ospedalieri dall'altra, possano costituire lo strumento strategico dei Distretti per lo sviluppo di una reale capacità di presa in carico territoriale dei pazienti cronici, e debbano essere visti sempre di più non come produttori di prestazioni, ma come attori di una nuova cultura di integrazione professionale.