

*Segreteria Regionale Puglia*

Prot. n. 69/11 del 09/05/2011

Egr. Sig. Assessore alle Politiche della Salute

Preg.mo Assessore,

le notizie di stampa pubblicate domenica 8 maggio 2011 ripropongono il tema della ripartizione del fondo sanitario nazionale e la destinazione delle risorse assegnate alla Regione Puglia.

Risorse maggiori rispetto all'anno precedente, frutto dell'impegno e della tenacia dell'azione politica da Lei svolta in seno alla Conferenza Stato Regioni a difesa delle popolazioni del sud e della nostra Regione in particolare.

Nella sua intervista Lei ha spiegato che in realtà le risorse realmente disponibili sarebbero solo 18 milioni di Euro. Non sono molti per poter sviluppare una organica politica sanitaria, ma possono rappresentare un segnale in un periodo in cui è prevalente l'attività di riduzione dei servizi prevista dal piano di rientro.

Infatti, a mio avviso questa attività di programmazione, per quanto ridotta, ripropone il dibattito sugli sviluppi della sanità pugliese, della sua ri-organizzazione che dovrebbe essere ri-orientata ad uno sviluppo dell'assistenza territoriale.

In realtà, ne abbiamo parlato più volte, l'ostacolo maggiore allo sviluppo dell'assistenza territoriale è la mentalità ospedalocentrica che continua ad esercitare una forte influenza nelle scelte che vengono assunte anche in tema di politica sanitaria.

In questo particolare momento si tratta di mettere bene a fuoco le tematiche relative allo sviluppo dell'assistenza territoriale al fine di definire con precisione gli obiettivi da perseguire.

L'avvio del dibattito sul rapporto tra medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali è stato il primo passo di questo processo, anche se il rapporto con gli specialisti ne rappresenta solo uno degli aspetti.

Oggi, infatti, lo sviluppo dell'associazionismo medico in Puglia e la presenza di un adeguato numero di collaboratori di studio mette la medicina generale pugliese nelle condizioni di integrare al proprio modello assistenziale la medicina specialistica. Certo, per far questo bisogna rinforzare ulteriormente la struttura organizzativa della medicina generale con la presenza di infermieri e assistenti sanitari.

In generale, serve un nuovo modello di gestione delle patologie croniche che preveda la presa in carico dell'assistito da parte del medico di medicina generale e attraverso l'adozione di un percorso diagnostico terapeutico consenta una gestione programmata dei vari interventi strumentali e specialistici (controllo della domanda), prevenga lo sviluppo delle complicanze

attraverso l'adesione al protocollo degli assistiti e ne valuti i risultati sulla base di indicatori di processo, di esito e di performance.

Attualmente una prestazione specialistica viene richiesta dal medico di medicina generale a seguito di un problema posto da un assistito. I problemi posti possono essere classificati sulla base di patologie definite come acute (o sub acute) o come controlli da effettuare a pazienti cronici. L'accesso alle prestazioni specialistiche avviene alla stessa maniera: il cittadino si reca al CUP e prenota la prestazione senza che vi sia alcuna distinzione tra quella acuta e quella cronica.

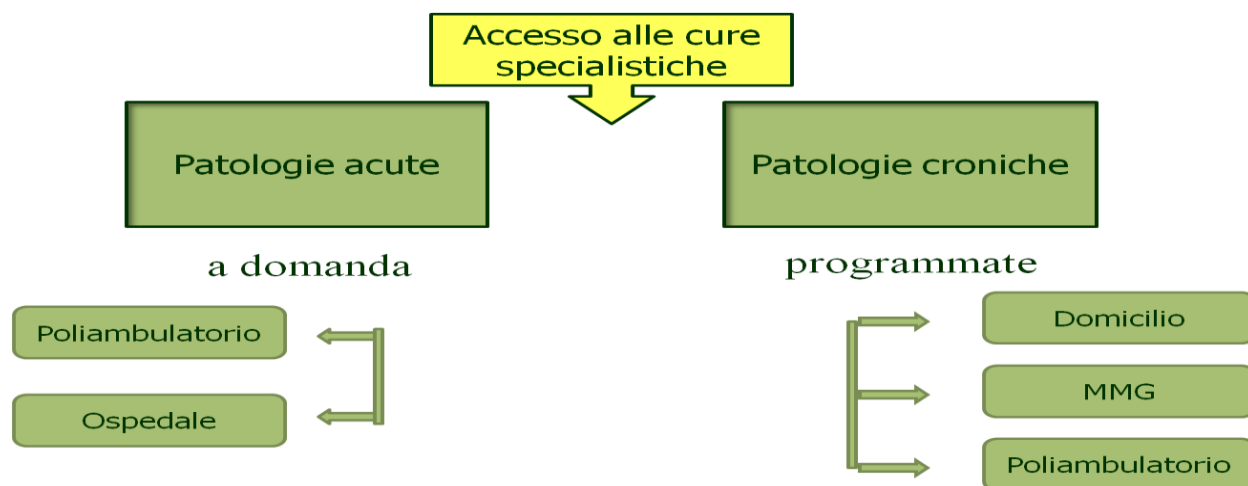
L'effetto di questo modello è la crescita delle liste di attesa. Il mancato controllo della domanda e le azioni finora perseguite di potenziamento dell'offerta hanno determinato un allungamento ulteriore delle liste di attesa.



Se, invece, le due fattispecie di patologie, acute e croniche, fossero gestite in maniera diversa e separata si otterrebbe un nuovo modello di gestione delle prestazioni specialistiche.

Le acute potrebbero essere gestite attraverso l'adozione dei codici di priorità sulla base della gravità e inderogabilità nell'assistenza della patologia acuta.

Le croniche, invece, potrebbero essere gestite con il modello della medicina di iniziativa per favorire l'adesione ai percorsi diagnostico terapeutici.



Un esempio che rende bene l'idea è quello della gestione del malato iperteso. La prevalenza di questa malattia è di circa il 30% della popolazione. Quindi in Puglia gli ipertesi sono circa 1.200.000 cittadini. Se l'adozione del percorso prevede l'esecuzione di un ECG all'anno per ogni iperteso, in Puglia ne dovremmo prevedere 1.200.000 in un anno. Se questi fossero eseguiti negli ambulatori dei medici di medicina generale, ad esempio con la telemedicina, tutti questi assistiti non si recherebbero più in ospedale per la gestione della loro patologia. Ciò determinerebbe un decongestionamento delle liste di attesa per la cardiologia e allo stesso tempo una migliore adesione al protocollo da parte degli ipertesi in quanto la prestazione sarebbe eseguita presso il loro medico di famiglia. Eventuali complicanze o approfondimenti richiederebbero la visita dello specialista cardiologo che potrebbe essere organizzata presso lo studio del medico di famiglia. L'accesso in ospedale potrebbe avvenire solo per l'esecuzione di prestazioni complesse.

Questa ipotesi di lavoro, se condivisa, potrebbe essere ulteriormente sviluppata e trasformata in un progetto regionale.

Le chiedo quindi di aprire un formale confronto sui temi sopra indicati e a tal fine la invito ad organizzare un incontro con una delegazione della scrivente organizzazione sindacale al fine di condividere un percorso comune.

In attesa di incontrarla Le invio i più cordiali saluti.

Bari, 9 maggio 2011

Il Segretario Generale Regionale

Filippo Anelli

