

CRONICITA' ED INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO
“IL RUOLO DELLO SPECIALISTA AMBULATORIALE “

RODOLICO FRANCESCO ROSARIO, ASP203 CATANIA-PTA GIARRE

francesco.rodolico@aspct.it

CONGRESSO REGIONALE SIN SICILIA, AULA MAGNA “POLICLINICO VITTORIO EMANUELE”

CATANIA, 15.FEBBRAIO, 2019

**"L'AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE
DEI MEDICI SPECIALISTI
AMBULATORIALI E DEGLI PSICOLOGI
CONVENZIONATI"**

A cura della Segreteria Nazionale SUMAI Assoprof

Settembre 2009

il giornale della
Previdenza
DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

EODORO

el
DEI NE

VIA DAL TERRITORIO

La storia vera di un'emergenza prevista

I COLLEGHI IN PARLAMENTO

Tutti i camici bianchi di Camera e Senato

EOLO PARODI

Scomparso lo storico

RUOLO DELLO SPECIALISTA AMBULATORIALE INTERNO

Una nuova organizzazione territoriale

La proposta di una Assistenza Territoriale Integrata, come rappresentata dai nuovi AA.CC.NN. dei rapporti convenzionali, si manifesta nello sviluppo di una collaborazione fra più professionisti convenzionati (Specialisti Ambulatoriali e Psicologi Convenzionati Interni, MMG, PLS), ognuno specificatamente per le proprie competenze, facendo chiaramente attenzione ad evitare il sovrapporsi di funzioni con il fine di mantenere alta la qualità del servizio offerto ai Cittadini e che renda possibile lo scambio di opinioni e pareri clinici, anche tramite:

PUBBLICATO NEL 2009



**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI
SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI,
VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ
SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)
AMBULATORIALI AI SENSI DELL'ART. 8 DEL
D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE
MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI**

In data 29 marzo 2018 alle ore 10:45, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE 2012

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 66° - Numero 41

GAZZETTA UFFICIALE



DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 28 settembre 2012

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDI'

*Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,
l. n. 662/96 - Filiale di Palermo*

70

28-9-2012 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 41

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 28 agosto 2012.

Accordo integrativo regionale dei medici specialisti ambulatoriali interni, dei medici veterinari e delle altre professionalità (biologi, chimici e psicologi) ambulatoriali, stipulato ai sensi dell'A.C.N. 29 luglio 2009 e s.m.i.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Ritenuto di potere approvare con atto formale l'accordo regionale di che trattasi nonché lo schema di ripartizione delle risorse tra gli istituti contrattuali dagli stessi disciplinati;

Decreta:

Art. 1

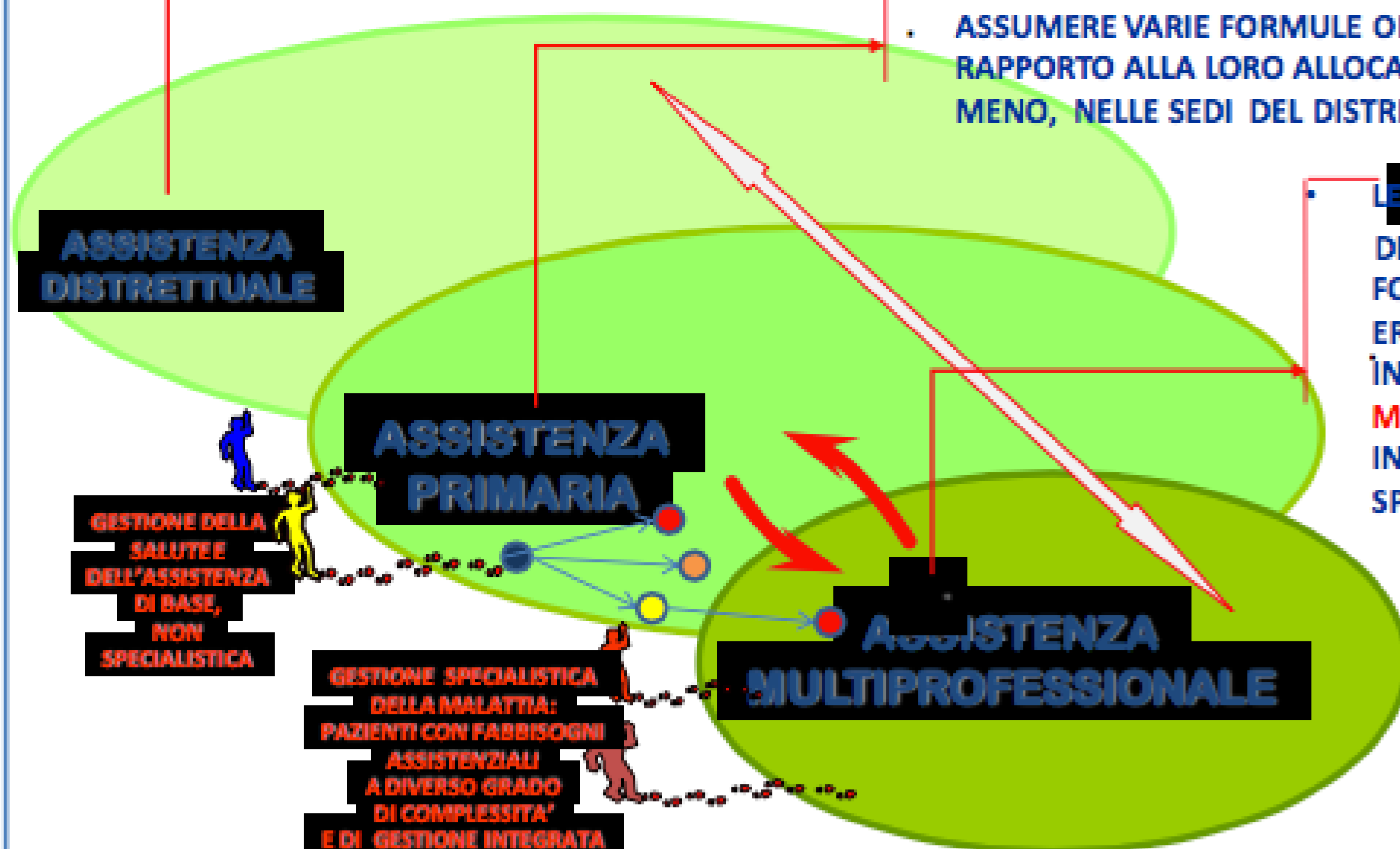
È approvato l'accordo regionale dei medici specialisti ambulatoriali interni, dei medici veterinari e delle altre

IL NUOVO DISTRETTO SANITARIO ALLA LUCE DELLA L. 189

- IL **DISTRETTO**, FORMA ORGANIZZATIVA DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA EXTRA-OSPEDALIERA IN UN DETERMINATO TERRITORIO, DEVE RIORGANIZZARSI ALLA LUCE DELLE NUOVE FORMULE PREVISTE DALLA L.189

- L'**ASSISTENZA PRIMARIA** SI EROGA ATTRAVERSO LE **AFT-AGGREGAZIONI FUNZIONALI** TERRITORIALI, FORMULE **MONOPROFESSIONALI**, CHE POSSONO, A SECONDA DEI CONTESTI REGIONALI E LOCALI, ASSUMERE VARIE FORMULE ORGANIZZATIVE IN RAPPORTO ALLA LORO ALLOCAZIONE FISICA, O MENO, NELLE SEDI DEL DISTRETTO

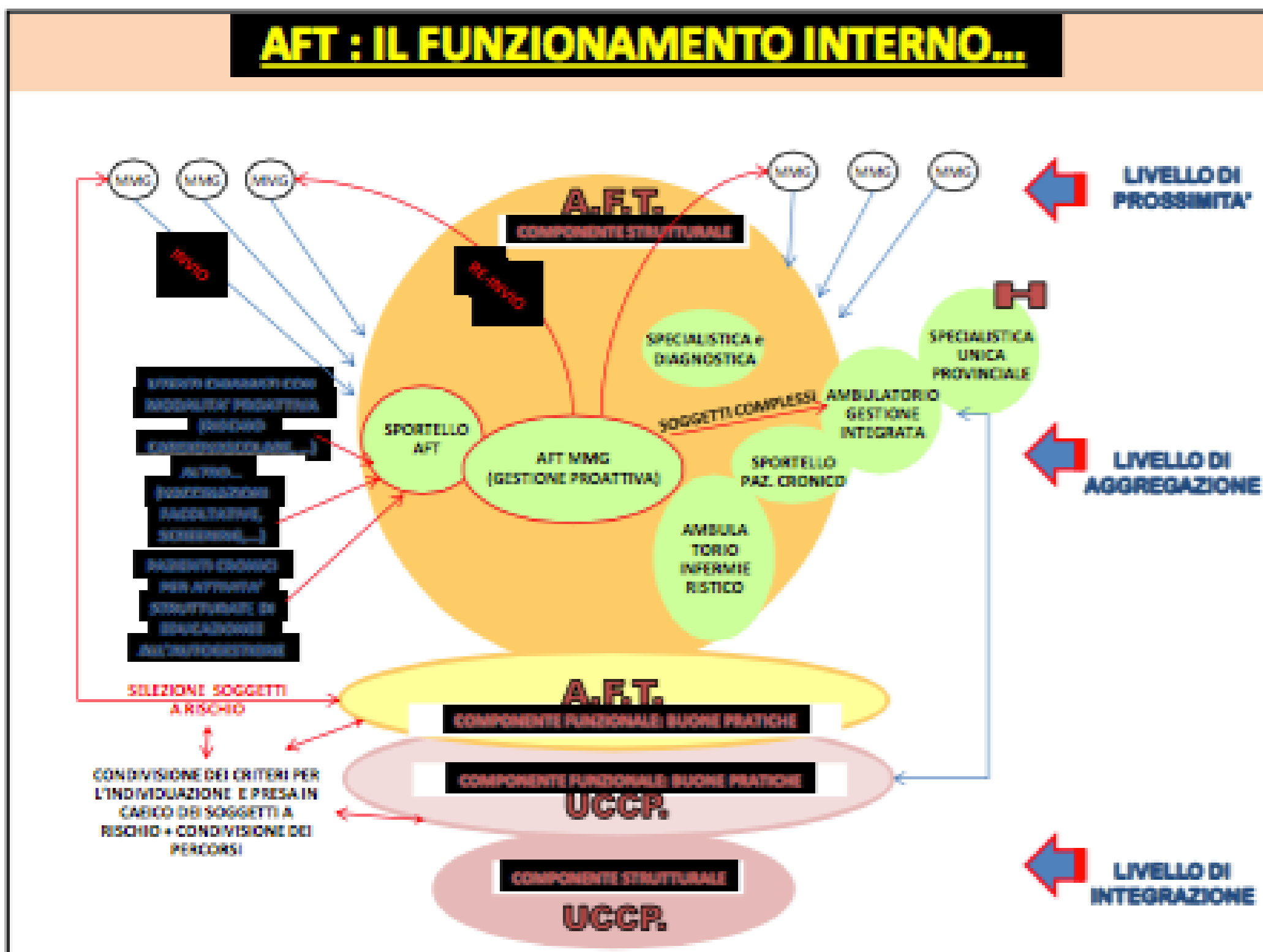
- LE **UCCP-UNITA'** COMPLESSE DI CURE PRIMARIE SONO LE FORME STRUTTURATE DI EROGAZIONE DI ASSISTENZA **INTEGRATA** **MULTIPROFESSIONALE**, CHE INCLUDE LE FUNZIONI SPECIALISTICHE



§ 3.3. IL FUNZIONAMENTO INTERNO DELL'AFT/UCCP

Il modello rappresentato permette di garantire alla comunità di riferimento:

- un LIVELLO DI PROSSIMITA', attraverso le routinarie funzioni svolte dagli studi di MMG (n figura rappresentati all'esterno della struttura distrettuale che include l'AFT/UCCP),



LE UCCP NELLE VARIE REGIONI

- ✦ LOMBARDIA: CHRONIC RELATED GROUP (CREG)
- ✦ EMILIA ROMAGNA: CASA DELLA SALUTE
- ✦ SICILIA: PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA (PTA)
- ✦ TOSCANA E DIVERSE ALTRE REGIONI:
AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)-
UNITA' DI CURE COMPLESSE PRIMARIE (UCCP)

LE NUOVE SFIDE

In neurologia bisogna «fare rete»

Le difficoltà di diagnosi, la necessità di cure tempestive, il numero crescente di pazienti impongono ai centri di cura di collaborare per condividere le scelte terapeutiche

CESARE PECCARISI

di Cesare Peccarisi



Le sfide che il Sistema sanitario si trova ad affrontare cambiano velocemente e devono cambiare anche le risposte: fino a pochi anni fa lo stroke ovvero l'ictus cerebrale rappresentava una delle priorità, un'epidemia silente che mieteva una vittima ogni quattro minuti. Grazie ai trattamenti garantiti da équipe multidisciplinari e multiprofessionali,

Puglia. In cinque delibere la rivoluzione della sanità territoriale regionale

Via libera al Regolamento sugli ospedali di Comunità e i Presidi Territoriali di assistenza. Stanziati ulteriori 10 milioni annui per l'aumento del monte ore di specialistica ambulatoriale. Approvate anche le delibere che disciplinano le Residenze R1 (disabili gravissimi e pazienti ad elevato impegno sanitario) e le Residenze ed i centri semiresidenziali per anziani non autosufficienti e per i disabili. A questo si affianca il Modello di presa in carico dei pazienti cronici (Care Puglia 3.0).



16 NOV - Promuovere lo sviluppo della sanità territoriale come principale risposta ai bisogni dei cittadini pugliesi, riducendo i tassi di ospedalizzazione e promuovendo il ricorso ai servizi di assistenza primaria (Medici di medicina generale) ed intermedia (Presidi territoriali non ospedalieri). È questo uno dei traguardi che si è prefissata la Regione Puglia. E "l'attuazione del Piano di riordino ospedaliero ha confermato la correttezza di questa impostazione rendendo evidente la necessità di concentrare ulteriormente l'erogazione dei servizi sanitari territoriali nelle strutture ospedaliere riconvertite", spiega la Regione evidenziando come "la riorganizzazione della rete ospedaliera risulta da sola insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, nonché dell'integrazione/interazione funzionale tra le

Puglia, via libera alla riconversione in Pta degli ospedali dismessi

REDAZIONE NURSE TIMES - 06/06/2018

 0  0

Sono 33 le strutture regionali che, secondo il piano predisposto dal dipartimento Salute, diventeranno Punti di assistenza territoriale.

La sigla Pta sta per **Punto territoriale di assistenza**. Sono quello che in altre regioni si chiama **Casa della salute** e che in Puglia rappresenta la "seconda vita" degli **ospedali dismessi** attraverso i piani di ricovero. Ieri la Giunta ha dato il via libera all'adozione del regolamento per completare la **riconversione**: 33 strutture che, nella visione prevista dal dipartimento Salute, devono rappresentare la "porta di accesso" dei cittadini ai servizi di assistenza.

La riforma “mancata” dell’assistenza primaria

L’analisi regione per regione dell’applicazione del decreto Balduzzi evidenzia che l’attuazione delle AFT e UCCP è ferma ai blocchi di partenza, fatta eccezione per alcune fattispecie promosse da alcune Regioni. La realtà emergente è quella di una mappa realizzativa così variopinta da necessitare un pronto rimedio finalizzato a coordinare ed efficientare quanto realizzato con quanto efficacemente realizzabile



18 OTT - Il riordino dell’assistenza primaria, così come ridisegnato dalla legge c.d. Balduzzi, fondato sulle AFT e UCCP ha registrato sino ad oggi un ritardo attuativo di circa sette anni, dimostrando ancora una volta i soliti due difetti che affliggono la regolazione della sanità.

Accade che le leggi si fanno spesso con notevole ritardo rispetto alle esigenze reali ovvero allorquando ci si riesce si fa di tutto perché tutto diventi vecchio prima del fischio d’inizio.

Le cause che hanno determinato la mancata realizzazione ad oggi di AFT e UCCP sono da rinvenirsi nella solita inerzia della quasi totalità delle Regioni a rendersi protagoniste dei cambiamenti e della notevole lentezza registrata nel perfezionamento della contrattazione collettiva dei medici convenzionati, di fatto ferma al 2005 (quella del 2009-2010 si è occupata infatti del solo adeguamento salariale).

ECMONLINE

235 CREDITI PER TUTTE LE PROFESSIONI



Tweet



Condividi

G+



Condividi 3

stampa

“Regione che vai 'Casa della Salute' che trovi”. L'analisi Sumai su 8 modelli regionali di UCCP



29 OTT - "Regione che vai 'Casa della Salute' che trovi. Disomogenea rappresentazione sul territorio da regione a regione, mancanza di un progetto comune, applicazione di facciata in alcune regioni, specialistica ambulatoriale non sempre rappresentata e sistemi informatici differenti". Queste alcune delle criticità evidenziate dal Sumai-Assoprof che ha elaborato un'analisi su 8 progetti regionali (Sicilia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Lombardia, Campania, Marche, Puglia) per la realizzazione delle UCCP (Unità di cure complesse primarie), le nuove forme organizzative della sanità territoriali previste dalla Legge Balduzzi e dal Patto per la Salute.

ECMONLINE

235 CREDITI PER TUTTE LE PROFESSIONI



Tweet



Condividi



G+



Condividi 21



stampa

Cure primarie. I punti deboli della legge Balduzzi e del Patto della Salute

LA LOCALIZZAZIONE DELLE UCCP

- ❖ LE AGGREGAZIONI FUNZIONALI DEBBONO RISIEDERE IN LOCALI DELL'ASP ED ESSERE UBICATI IN ZONE DI FACILE ACCESSIBILITA' ALL'UTENZA; IN MOLTI CASI ESSE SI TROVANO NEI LOCALI DI OSPEDALI DISMESSI;





Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Catania
DISTRETTO SANITARIO DI GIARRE



P.T.A.

I PUNTI DI FORZA «Se non saranno attivate per tempo in tutto il Paese adeguate reti cliniche che facciano perno sui punti di forza del nostro Sistema sanitario — dice il Presidente del convegno toscano Roberto Marconi della Unità operativa di Neurologia dell'Ospedale di Grosseto — rischiamo di affidarci a una miriade di soluzioni organizzative diverse nelle varie realtà territoriali che finiranno per essere inefficaci in termini di cura e presa in carico dei pazienti». In Toscana esistono già basi per creare una rete integrata e strutturata tra i vari centri con cui arrivare a un'operatività condivisa e all'elaborazione di protocolli per la gestione clinica e terapeutiche

ECMONLINE

235 CREDITI PER TUTTE LE PROFESSIONI



Tweet



Condividi



+



Condividi 170

🖨️ stampa

Medici di famiglia. Il flop delle aggregazioni funzionali. Cinque regioni a confronto

Lo Snamì Lombardia ha raffrontato i sistemi di aggregazione funzionale dei medici in 5 regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Abruzzo e Sicilia). Il sindacato: "Anche nelle regioni dove sembra più avanzata la realizzazione delle nuove aggregazioni, la rivoluzione nel territorio non è partita. E anche se si aspetta la nuova convenzione, l'idea è che ci vogliano investimenti pubblici o le novità saranno solo di facciata"

ECMONLINE**235 CREDITI PER TUTTE LE PROFESSIONI**

Tweet



Condividi

G+



Condividi 3

stampa

“Regione che vai 'Casa della Salute' che trovi”. L'analisi Sumai su 8 modelli regionali di UCCP



29 OTT - "Regione che vai 'Casa della Salute' che trovi. Disomogenea rappresentazione sul territorio da regione a regione, mancanza di un progetto comune, applicazione di facciata in alcune regioni, specialistica ambulatoriale non sempre rappresentata e sistemi informatici differenti". Queste alcune delle criticità evidenziate dal Sumai-Assoprof che ha elaborato un'analisi su 8 progetti regionali (Sicilia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Lombardia, Campania, Marche, Puglia) per la realizzazione delle UCCP (Unità di cure complesse primarie), le nuove forme organizzative della sanità territoriali previste dalla Legge Balduzzi e dal Patto per la Salute.

Nuove Uccp a Chieti e Francavilla al Mare: stanziati 1,7 milioni

Approvata una delibera che dà il via all'istituzione delle Unità complesse di cure primarie nelle due città. In totale gli utenti che potranno farvi riferimento sono quasi 90 mila: 44.235 a Chieti e 45.398 a Francavilla



20 APR - La Giunta regionale ha approvato la delibera che consente l'attivazione definitiva delle Unità complesse di cure primarie (Uccp) a Chieti e Francavilla al Mare.

L'importo complessivo del finanziamento per l'apertura delle due strutture accordato alla Asl Lanciano-Vasto-Chieti ammonta a un milione e 764 mila euro.

Le Uccp rappresentano il modello organizzativo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), previste dall'accordo collettivo sulla medicina generale del 2009 e disciplinate in Abruzzo da un decreto commissariale del

Quotidiano Sanità, 2018

Accordo Integrativo Regionale(AIR)

l'obiettivo di:

- riequilibrare il rapporto ospedale-territorio;
- delineare una rete di servizi territoriali che si integra con quella ospedaliera realizzando un continuum di snodi assistenziali ad intensità variabile;
- individuare, in conformità alla L. 189/2012, al Patto per la Salute 2014/2016 e ai Programmi Operativi regionali, un modello organizzativo unitario, da realizzare nelle 7 Aziende Sanitarie, che garantisca equità di accesso e trattamento ai cittadini campani;
- stabilire che il governo della rete di assistenza territoriale e le possibilità di continuità e integrazione con il livello ospedaliero è affidato al Direttore di Distretto che adotta la modalità di gestione per processi con presa in carico globale dell'assistito;
- evidenziare che le nuove forme organizzative costituiscono articolazioni del Distretto sanitario.

CAPITOLO 3 - Area della Cronicità

3.1 - La presa in carico del paziente fragile

superare la contrapposizione tra ospedale e territorio e ancor più quella tra medico specialista ospedaliero e medico specialista territoriale, non solo perché tale distinzione può erroneamente configurare una gradazione di competenze e professionalità, bensì perché detta differenziazione pregiudica l'auspicato continuum territorio-ospedale-territorio;

continuum territorio-ospedale-territorio;

professionalità, bensì perché detta differenziazione pregiudica l'auspicato

3.1.7 - Finalità

Gli scopi perseguiti dal presente Piano attraverso l'attivazione del modello descritto sono rappresentati da:

- ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e i ricoveri per frequenti riacutizzazioni delle patologie croniche;
- favorire le dimissioni protette;
- contrastare l'istituzionalizzazione;
- assicurare l'accessibilità e fruibilità dei servizi;
- garantire la continuità dell'assistenza e la presa in carico globale e unitaria, migliorare la qualità di vita e la dignità della persona malata;
- perseguire una maggiore umanizzazione delle cure;
- migliorare il quadro clinico e mantenere il più a lungo possibile le autonomie funzionali della persona malata;
- prevenire le possibili complicanze e disabilità;
- contrastare la frammentazione e duplicazione degli interventi;
- rafforzare l'aderenza al trattamento;
- perseguire più elevati livelli di appropriatezza diagnostico-terapeutica ed organizzativa;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

SUL TERRITORIO Il cosiddetto "Chronic Care Model", demanda al territorio la presa in carico dei casi " a complessità socio-sanitaria", come i pazienti dementi non sostenuti da un nucleo familiare, tramite l'individuazione del percorso assistenziale più idoneo a rispondere ai bisogni del singolo. Per la continuità assistenziale-terapeutica dei pazienti diventa spesso fondamentale la stretta collaborazione tra "Centro" e "Periferia" tramite un processo integrato, unitario e condiviso ma se, come nelle malattie rare, la possibilità d'intervento basata sulle evidenze cliniche mal si adatta agli schematismi delle norme ministeriali, iniziano i problemi e occorre superare questo empasse tramite la cooperazione fra i vari centri presenti sul territorio dove anche i medici di base si vanno organizzando con gli stessi obiettivi.

LE INIZIATIVE In una decina di Regioni, fra cui la Toscana, sono nate le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) o le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie)-Case della Salute, organizzazioni complesse a carattere multiprofessionale che operano in maniera integrata all'interno di strutture e presidi sanitari. In Lombardia sono stati istituiti invece i CREG, acronimo di "Chronic Related Group", una sigla voluta in inglese per la sua sinteticità, e che significa percorsi assistenziali personalizzati per patologie croniche. Si tratta di cooperative di medici di medicina generale che seguono i pazienti con patologie croniche, secondo un modello di assistenza che si basa sulla capacità di mettersi a fianco del paziente, accompagnandolo e indirizzandolo, attraverso un unico centro responsabile rispetto all'attuale molteplicità di attività e servizi.

Nonostante questo il medico di medicina generale rappresenta ancora oggi il possibile prodotto innovativo di "rottura" per l'assistenza territoriale al più basso costo (anche in previsione del cambio generazionale).

Nella percezione delle persone il medico "di base" viene ancora considerato uno degli ultimi baluardi di un servizio pubblico rappresentato da uomini liberi che svolgono attività di servizio gratuito in favore di altri uomini liberi in un sistema che invece appare sempre più amministrato e meno gratuito.



Giarre, si smobilita – senza avvisare istituzioni e utenza – il poliambulatorio ex Inam



Diabete, Razza: "Un protocollo per ridurre l'impatto della malattia"

share  5    0  0  

Annuncio chiuso da Google



Giarre, al Pta prenotazioni nel 2019 per alcune specialità



Il Neurologo Territoriale

- ❖ una volta accolto il paziente ne diventa il referente per la sua salute
- ❖ Egli deve provvedere a tutte le necessità burocratiche, ulteriori accertamenti e cure, visite di controllo
- ❖ tutto questo al fine di incrementare il rapporto di fiducia con il paziente.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

Piemonte



010A2



4000001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:



INDIRIZZO: VIA

CAP:

CITTA':

PROV:

ESENZIONE:

SIGLA PROVINCIA:

CODICE ASL:

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO:

PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA

QUESITO DIAGNOSTICO:

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:

DATA:

CODICE FISCALE DEL MEDICO:

CODICE AUTENTICAZIONE:

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

*Il supporto al Paziente si caratterizza nel superamento del disagio determinato dal suo peregrinare da un servizio all'altro per la prenotazione di visite/accertamenti successivi (attraverso la contemporanea migliore organizzazione dei servizi e l'integrazione tra i vari specialisti) mantenendo quella continuità anche fisica con lo specialista (attraverso la garanzia di rapporto con lo stesso medico che inizia l'iter diagnostico-terapeutico) sintetizzando tutto questo **nella presa in carico del Paziente, "senza fermate intermedie"**.*

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali Specialistiche assieme alle altre Aggregazioni Funzionali dei MMG, PLS, dovranno diventare quindi, quel punto territoriale di riferimento certo per il cittadino dove ottenere l'erogazione delle prestazioni a bassa intensità assistenziale così come l'ospedale lo è ormai da lungo tempo per gli eventi acuti.

QUALI PRESTAZIONI VENGONO EROGATE IN AMBULATORIO TERRITORIALE ?

- ✦ VISITA SPECIALISTICA A SECONDO DELLA BRANCA, CERTIFICAZIONI
- ✦ CONSULTO CON I COLLEGHI SPECIALISTI E MMG
- ✦ DAY SERVICE
- ✦ CON ESAMI STRUMENTALI: E.E.G.; E.M.G. ; P.E.; TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SNV
- ✦ VISITE NEGLI AMBULATORI DEI MMG

IL N.T. A DOMICILIO

- ❖ A SEGUITO DI PRESCRIZIONE DEL MMG PER I MALATI INTRASPORTABILI CON I COMUNI MEZZI, IL N.T. EFFETTUA VISITA DOMICILIARE DOVE EFFETTUA DIAGNOSI E TERAPIA , CERTIFICAZIONI, PRESCRIZIONI DI TERAPIE RIABILITATIVE, AUSILI E PRESIDI, SU RICETTARIO DEL SSN E RICETTA ROSSA.

OPERAZIONI EFFETTUATE PER OGNI NUOVO PAZIENTE (I)

- ❖ CONSENSO INFORMATO
- ❖ IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE
- ❖ PRESA VISIONE DEL QUESITO DEL CURANTE
- ❖ ANAMNESI E VERIFICA DI CONGRUENZA CON IL QUESITO
- ❖ VISITA NEUROLOGICA
- ❖ COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI E FORMULAZIONE DELLA PROGNOSI
- ❖ PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA

OPERAZIONI EFFETTUATE PER OGNI NUOVO PAZIENTE (II)

- ✦ IN CASO DI SOSPETTO DIAGNOSTICO :
PRESCRIZIONE ULTERIORI ESAMI; IN CASO DI
DISABILITA' PERMANENTE PRESCRIZIONE DI
AUSILI E PRESIDI SANITARI
- ✦ PRENOTAZIONE DI VISITA DI CONTROLLO PER LA
VISIONE DEGLI ESAMI PRESCRITI E LA
FORMULAZIONE DELLA DIAGNOSI, PROGNOSI E
TERAPIA

MODI E TEMPI

- ❖ LA PRIMA VISITA NEUROLOGICA VIENE TEMPORIZZATA IN TRENTA MINUTI; LE VISITE DI CONTROLLO IN VENTI MINUTI; LE CERTIFICAZIONI IN VENTI MINUTI;
- ❖ IL CONTROLLO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI VIENE EFFETTUATO ATTRAVERSO QUESTIONARI FATTI COMPILARE AI PAZIENTI DAL PERSONALE PARAMEDICO, CHE SPESSO MANCA PER CUI OGNI OPERAZIONE DEVE ESSERE EFFETTUATA PERSONALMENTE DALLO SPECIALISTA .

LETTERA AL MEDICO CURANTE

- ✦ ALLA FINE DI TUTTE LE OPERAZIONI DEVE ESSERE INVIATA UNA LETTERA AL CURANTE. NEL CASO DI LETTERA CON RICHIESTA DI RICOVERO, IL PAZIENTE VIENE INVIATO DAL MMG; ALLE DIMISSIONI NON TORNA DALLO SPECIALISTA BENSÌ DAL CURANTE, PER CUI IL COLLEGAMENTO DIRETTO FRA IL N.T. ED N.O. È MANCANTE!! QUESTO IMPEDISCE DI FAR RETE !



Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria

51° Congresso Nazionale

Saint Vincent
Park Hotel Billia
8 – 12 ottobre 2018

Il Sumai:
Garanzia
per il Servizio
Sanitario
Nazionale

ACN, nuovo Ministro e sentenza TAR le importanti novità di questo mese

Editoriale di Antonio Magi



MEDICAL NETWORK, 2018



GRAZIE PER L'ATTENZIONE