



# Assistenza continua “h 24” nel distretto socio sanitario la proposta della CGIL

Il Decreto Legge 158/2012 svela un clamoroso bluff sulla assistenza sanitaria territoriale “h24”: nonostante il clamore mediatico non c’è nessuna innovazione. Il Decreto si limita a ribadire norme già esistenti e, dove cambia, addirittura prefigura un “disimpegno” del servizio pubblico nelle cure primarie (con il “budget/appalto”).

Di qui la decisione Cgil di presentare questa proposta, che riprende due recenti documenti:

- 1 [Documento proposta CGIL confederale “Assistenza continua “h 24” nel Distretto socio sanitario”](#)
- 2 [Documento proposta FPCGIL Medici “Il medico delle cure primarie”](#)

## Perché l’assistenza h24

Lo sviluppo dell’assistenza socio sanitaria distrettuale “h 24” è decisivo per rispondere ai crescenti bisogni dei cittadini - connessi al quadro epidemiologico (cronicità) e demografico (invecchiamento popolazione) - che non devono trovare risposta solo in ospedale (e solo nella sanità)<sup>1</sup>. Ciò serve anche a controllare e a rendere più appropriata la spesa.

E’ quindi anche un’autentica azione di “spending review”, opposta alla logica dei tagli.

Insieme ad una mobilitazione per assegnare adeguati finanziamenti alla sanità, la proposta di riorganizzazione del territorio basata sull’h24 appare necessaria per contribuire al rilancio del SSN. Mentre, paradossalmente, l’attuazione del Decreto Balduzzi, oltre ad essere del tutto incerta – con il rinvio al rinnovo delle convenzioni bloccate fino al 2015 ed ai successivi accordi regionali – e sarebbe più costosa, senza garanzia di miglioramento dell’assistenza.. La nostra proposta parte dall’esperienza già attuata, o in corso di attuazione, in alcune regioni (es. Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Umbria, Veneto ...).

---

1 Con queste tre dichiarazioni si è conclusa la prima Conferenza nazionale sulle Cure Primarie (Bologna 26.2.2008)

1 *La salute non deriva soltanto dalla efficienza dei servizi sanitari, ma dalle politiche più generali di una comunità. Salubrità degli ambienti di vita e di lavoro, promozione di stili di vita sani e della salute in tutte le politiche rappresentano momenti essenziali nel perseguimento di questo obiettivo.*

2. *I sistemi di assistenza primaria impongono di ripensare il territorio, che è garanzia effettiva dei LEA, di progettarlo, di dotarlo delle infrastrutture necessarie al suo governo, di riequilibrarne il rapporto con le altre aree della assistenza evitandone la ospedalizzazione.*

3. *Il distretto è lo snodo fondamentale nella organizzazione del secondo pilastro della sanità pubblica, quello territoriale, e garante della integrazione ai diversi livelli.*

## Cosa bisogna fare

- L'argomento, tipica materia concorrente tra Stato e Regioni, va risolto con un'Intesa: e quindi affrontato tra le priorità del nuovo Patto per la Salute.
- Le norme esistenti (articolo 8 D.Lgs 502/2002 e successive modificazioni e Accordo collettivo per la Medicina Generale) permettono già l'organizzazione dell'assistenza territoriale "h 24" anche per le cure primarie: lo dimostra l'esperienza di alcune regioni. Ma non sono norme vincolanti: in gran parte d'Italia, fuori dall'Ospedale e, fatto salvo in alcune fasce orarie diurne, non è garantita la continuità dell'assistenza.
- Deve essere esplicitato che spetta alla programmazione pubblica nazionale e regionale definire cosa deve essere garantito ai cittadini nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (qui in particolare il LEA Distrettuale, comprese le cure primarie); quindi l'Accordo di Medicina Generale (la cosiddetta "convenzione") è strumento attuativo che deriva dalla programmazione pubblica (e non il contrario).
- Quindi, si tratta di inserire alcune innovazioni e precisazioni (ove necessario anche in sede di conversione in legge del Decreto Legge 158/2012) in modo da strutturare effettivamente l'assistenza territoriale. Oggi questo è possibile grazie anche allo sviluppo delle tecnologie e dell'informatica che può consentire la diffusione dei servizi nel territorio senza alcuna dispersione. E' necessario realizzare il collegamento informatico dei distretti, di tutte le strutture del territorio, degli studi dei medici di famiglia e pediatri di libera scelta. Ciò per ridurre i costi, garantire funzionalità al sistema e omogeneità di assistenza in ogni punto di accesso della rete.

- 1 Il cuore della proposta è la creazione nel territorio di veri Centri Socio Sanitari aperti 24 ore, con assistenza medica ed infermieristica e con capacità di offrire anche un primo soccorso per codici bianchi e verdi

▪ La proposta è qui descritta nel capitolo: *"I Centri socio sanitari h 24 del Distretto"*.

- 2 Stabilire una scadenza per attuare in tutto il territorio nazionale i centri con l'"h24": con avvio immediato e termine ultimo per completarla al massimo entro il nuovo Patto per la Salute 2013-2015.

Gli interventi normativi sulla medicina generale vanno corretti per rendere realizzabile l'organizzazione delle cure primarie h24: con l'abolizione della "guardia medica" per creare effettivamente un'unica figura del "Medico delle Cure Primarie" (ruolo unico), intervenendo sul numero massimo di assistiti per ciascun medico (mille) e, infine, cassando la norma del decreto che permette di appaltare l'assistenza h24 agli studi dei medici convenzionati (budget, attrezzature, personale ecc) ! Altrimenti, invece di portare all'interno del Servizio Sanitario Nazionale completamente la medicina generale, si frammenta l'offerta con diseconomie di scala che finirebbero per costare di più e con minori servizi. E' necessario che i medici di famiglia siano medici di fiducia del paziente ma siano anche legati al territorio in cui il paziente vive: far coincidere quindi gli ambiti di scelta con l'articolazione territoriale della organizzazione delle ASL (distretti, centri di salute, ecc)

▪ La proposta è qui descritta nel capitolo: *"Le Cure primarie, i Medici di Medicina Generale, la Guardia Medica e i Centri h 24"*.

## ***I Centri Socio Sanitari h 24 del Distretto***

**Sono strutture socio sanitarie che nell'ambito del Distretto assicurano ai cittadini:**

1. la continuità assistenziale e terapeutica, per 24 ore tutti i giorni della settimana, dal lunedì alla domenica compresa. Non è più solo l'Ospedale ad essere sempre aperto.
2. la presenza dei Medici di fiducia, associati negli studi di Medicina generale e di Pediatra di libera scelta, che assicurano a rotazione la presenza nel Centro h 24 (oltre alla presenza nel loro studio durante il giorno (ore 8-20) e alle prestazioni anche domiciliari).
3. la presenza e il coinvolgimento e di tutti i professionisti delle cure primarie (medici di medicina generale, pediatri, specialisti ambulatoriali, infermieri, ostetriche, psicologi, figure amministrative, ecc.) e l'integrazione, anche funzionale, con gli operatori del servizio sociale professionale degli Enti Locali.
4. è necessario prevedere la figura del responsabile o coordinatore del Centro h24, ferma restando la responsabilità del Direttore del Distretto.
5. il punto di accesso ai servizi e la presa in carico della domanda. Dove il cittadino è accolto, informato, prenota e accede a tutti i servizi sociali e sanitari.
6. una *Sanità d'iniziativa*: per prevenire e combattere la cosiddetta "epidemia delle malattie croniche" - secondo il *Chronic Care Model* (prevenzione, stili di vita sani, screening popolazione a rischio, ecc).
7. ambulatori a gestione infermieristica per l'assistenza ai pazienti con le principali patologie croniche, con una presenza adeguata di personale, con la collaborazione dei Medici di MG, e per la medicina di iniziativa.
8. l'assistenza specialistica ambulatoriale nelle ore diurne (cardiologia, pneumologia, diabetologia, geriatria, ecc.) direttamente fruibile attraverso il centro
9. la diagnostica di base (radiologia, centro prelievi/laboratorio, ecografia, ecc.)
10. il centro è sede, o è collegato, a: consultorio familiare, centro di salute mentale, SerT, progetti Non Autosufficienza, servizi sociali e amministrativi, assistenza domiciliare integrata, postazione 118, distribuzione di farmaci.
11. l'integrazione tra servizi - prestazioni sociali e sanitari
12. Diretta risposta h 24 ai "codici bianchi e verdi" (soprattutto nelle ore diurne è essenziale per evitare un sovraccarico improprio del pronto soccorso). Postazioni della rete di emergenza sanitaria 118 per rispondere alle emergenze e per l'eventuale trasporto sanitario assistito.

**Il bacino d'utenza dei "Centri h 24"** varia secondo la programmazione regionale. Per assicurare una diffusione nel territorio deve essere sub-distrettuale (tra i 10.000 – 30.000 abitanti<sup>2</sup> e comunque calibrato a seconda delle caratteristiche del territorio: urbano, montagna, piccoli centri, problemi di viabilità, ecc in modo da garantire l'accessibilità).

### **Le sedi**

I "Centri h24" sono servizi del Distretto: si possono utilizzare piccoli ospedali da riconvertire, sedi distrettuali, Case della Salute (con le quali a volte coincidono), Poliambulatori. Il costo è quindi relativamente contenuto, si tratta di riconvertire, e usare bene, anche le strutture esistenti. In altri casi, dove non c'è nulla di utilizzabile, sarà necessario una nuova sede.

---

<sup>2</sup> Attualmente il bacino di utenza:

- delle Casa della Salute oscilla tra i 5-10mila abitanti: vedi [Progetto Casa della Salute Ministero della Salute](#),
- dell'Aggregazione Funzionale Territoriale della Medicina Generale è riferito a 30.000 abitanti (con un numero di medici di norma non inferiore a 20) vedi [articolo 26 bis vigente Accordo Collettivo MMG](#)

Questa può essere anche una risposta concreta per organizzare l'alternativa alla chiusura dei piccoli ospedali, che dismessa l'attività tradizionale (spesso uno spreco di risorse, inadeguata alla risposta assistenziale e perfino pericolosa per chi si ricovera e per chi vi lavora) possono diventare anch'essi i nuovi nodi dell'offerta territoriale "h24".

## **Le Cure primarie, i Medici di Medicina Generale (MG), la Guardia Medica e "i Centri h 24"**

1. L'assistenza 24 ore e tutti i giorni si assicura grazie ai "*Centri sociosanitari h24*" del Distretto e al loro stretto collegamento con la medicina generale: nei Centri infatti operano a turno i Medici di MG. Che continuano ad operare anche presso i loro studi aperti nelle ore diurne. E gli studi dei Medici di MG sono sempre associati. Così si moltiplica l'offerta ai cittadini, superando l'attuale frammentazione dei Medici di MG, e si assicurano servizi nelle 24 ore.
2. Perciò ci deve essere l'obbligo, non la facoltà, all'associazionismo dei Medici di MG e dei Pediatri di libera scelta e l'obbligo di presenza a turno nei "*Centri h24*" del Distretto.
3. Si deve istituire il ruolo unico del Medico di MG (Medico di fiducia delle Cure Primarie) ma abolendo la Guardia Medica, così la "medicina di continuità" rientra tra i compiti del Medico di MG. La riorganizzazione delle cure primarie dovrà dunque prevedere il superamento della distinzione delle tre figure di Medici: di Medicina Generale, della continuità assistenziale - Guardie mediche, della medicina dei servizi, **e creare invece la figura unica del medico di fiducia per le Cure Primarie** strettamente legato al suo territorio di competenza, che svolge tutte le attività della medicina generale sopra specificati.
4. Al fine di garantire la qualità del rapporto fiduciario con il cittadino, le attività nel distretto e la possibilità di operare anche per i codici bianchi e verdi, il nuovo numero di assistiti per ciascun medico dovrebbe essere di mille unità.
5. Ciò si potrà realizzare grazie alla riconversione delle 12mila "guardie mediche", figura del tutto superata che deve essere abolita e rientrare con pari ruolo professionale tra i medici di medicina generale. Solo così si possono realizzare i centri h 24 e garantire la strutturazione delle cure primarie: tutti i medici che oggi sono di Assistenza primaria e quelli di guardia medica avrebbero lo stesso numero di assistiti ed avrebbero il tempo necessario per dedicarsi alle attività dei centri e sviluppare e gestire le altre attività territoriali (cronicità, medicina iniziativa, residenzialità, domiciliarità, ecc)
6. Ovviamente vanno salvaguardati i diritti acquisiti dagli attuali medici di MG, con la possibilità di svolgere attività territoriali che compensino la riduzione del reddito dovuta all'eventuale riduzione di assistiti, ma i medici della continuità assistenziale (guardie mediche) e in modo progressivo d'ora in avanti tutti nuovi medici che accedono alla convenzione di medicina generale dovranno essere valorizzati sia nel rapporto con gli assistiti, sia nella continuità delle cure, sia nel sistema di assistenza territoriale h 24
7. Va evitata ogni forma di privatizzazione dell'assistenza territoriale e delle cure primarie. Pertanto sono da cassare le previsioni del DL Balduzzi di assegnazione di forme di finanziamento a budget e dotazioni strutturali, strumentali o, peggio, di personale, a forme organizzate anche di medici, peraltro del tutto imprecisate nel Decreto. Si rompe così la continuità assistenziale. Invece di avvicinare finalmente la medicina generale al Servizio Sanitario Nazionale, si appalta l'assistenza, e si frammenta l'offerta con diseconomie di scala che finirebbero per costare di più e con minori servizi. E' il *Centro socio sanitario h 24* del Distretto la garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico globale e integrata del cittadino. Oltretutto a minori costi.

## **Il sistema integrato di emergenza -urgenza**

L'assistenza territoriale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 deve essere strettamente integrata in modo chiaro ed efficace con il sistema dell'emergenza – urgenza. E' infatti fondamentale per la vita dei cittadini un intervento sempre più tempestivo sul territorio per le emergenze che consenta di non sprecare neanche un minuto per arrivare in ospedale nel miglior modo possibile. Al tempo stesso il cittadino che non necessita di un intervento al pronto soccorso ospedaliero deve trovare nel territorio una risposta per le urgenze h24 come sopra specificato.

Serve un accesso unico telefonico per tutte le emergenze ed urgenze, individuato nel 118 (in attesa della realizzazione del numero unico europeo per le emergenze 112), che attiverà i percorsi ospedalieri o territoriali in base alla gravità delle patologie riscontrate. Sarà poi il triage telefonico del 118 ad avviare i percorsi di risposta appropriati seguendo la strada dei servizi territoriali h24 per i codici bianchi e verdi oppure la via del pronto soccorso ospedaliero per i codici gialli e rossi.

Anche in questo settore il Decreto è insufficiente e non sana neanche il vuoto normativo presente nel DLgs 502/2002 oggi in Italia non è ben chiaro quale debbano essere i titoli per svolgere questa attività.

Chiediamo che tutti i medici che svolgono questo lavoro lo facciano con rapporto di dipendenza e senza dover essere prima convenzionati. La legge dovrebbe prevedere una transizione che salvaguardi i diritti acquisiti dei medici che oggi sono in graduatoria per fare questa attività. E invece nel decreto non c'è nulla.

**Roma, 20 settembre 2012**

