



**SNAMI**

**Regione Puglia**

**Il Presidente Regionale**

*presidente@snamiuglia.org*

73100 LECCE – Via Monte S. Michele 10 ☎ 0832-317354

## **PROPOSTA ORGANIZZATIVA PER CONTINUITÀ ASSISTENZIALE H 24**

Premesso che il dibattito che attualmente coinvolge tutti i settori della Sanità riguarda soprattutto la gestione dei cosiddetti “**codici verdi e bianchi**” che sicuramente sono appannaggio del Medico di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) soprattutto nei giorni prefestivi e festivi e nei feriali notturni;

premessso che le sedi della Guardia Medica sono spesso ubicate in posti non strategici ai fini di una intercettazione della domanda differibile di assistenza medica per eventi non critici ( i predetti codici verdi e bianchi di cui al DM 15.05.1992);

premessso che molti degli accessi impropri ai Pronto Soccorso sono dovuti alla libera (talvolta arbitraria) iniziativa da parte degli utenti-pazienti ovvero alla mancanza di un filtro che individui con competente precisione le patologie differibili da quelle critiche (**codici gialli e rossi**);

premessso che tale filtro può essere attuato con diverse modalità sia al domicilio del paziente, sia sul territorio (incidenti o infortuni), sia all’atto dell’accesso nell’area ospedaliera e sia mediante telefono;

premessso che il medico di Continuità Assistenziale, ai sensi dell’art. 62 dell’ACN ha il compito di **assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali non differibili** durante le ore di propria competenza e che tali prestazioni non possono essere subordinate all’espletamento di un orario settimanale di servizio di 24 ore ovvero alla copertura delle 12 ore notturne piuttosto che di quelle diurne dei giorni feriali,

riteniamo di poter affermare con certezza che una riforma strutturale ed organizzativa della Continuità Assistenziale possa risolvere un problema che per alcuni versi ha delle connotazioni strumentali allorquando viene scaricata sul Medico di Assistenza primaria una responsabilità che *in primis* dovrebbe essere attribuita alla scarsa sensibilità della popolazione, all’altrettanto scarsa sua educazione ed informazione sanitaria, nonché ai lunghissimi tempi di attesa della diagnostica strumentale pubblica (!).

Pertanto se si partisse con il dividere l’assistenza territoriale in:

- prestazioni di emergenza (codici rossi e gialli)
- prestazioni di urgenza (codici verdi )
- prestazioni ordinarie e programmate (codici bianchi: patologie occasionali e croniche).

Si potrebbe affidare 24h/24h di e sette giorni su sette i codici verdi ai medici dell’Urgenza Territoriale (ex Guardia Medica) con incarico settimanale di 38 ore.

**La Continuità Assistenziale h24** potrebbe essere garantita da sedi di C.A. attrezzate e funzionali a macroambiti di 10.000-20.000 abitanti nelle quali operano almeno due Medici (per attività ambulatoriale e domiciliare), un Infermiere ed un operatore di assistenza sanitaria (O.S.A.).

Tali sedi potranno essere localizzate in prossimità o all’interno di presidi Ospedalieri o di centri Poliambulatoriali e/o di postazioni di 118 e comunque baricentriche rispetto al bacino territoriale di competenza e dotate di un sistema informatico di collegamento con i singoli ambulatori dei Medici di Famiglia ( per un istantaneo scambio di notizie cliniche del Paziente), attrezzature tipo Cardio-line, apparecchiature per la routine ematochimica e di almeno due letti osservazionali .

Quindi fungere da filtro efficace tra territorio ed Ospedale.

### **Progetto Continuità Assistenziale h24**

**Risorse:** Medici del servizio di continuità assistenziale (per l’aumento orario settimanale da 24 a 38 h).

**Obiettivi:**

1. Miglioramento dei livelli di appropriato utilizzo dei servizi per le urgenze sanitarie.
2. Alternativa assistenziale al ricorso al pronto soccorso per i codici bianchi e verdi
3. miglioramento degli esiti di alcuni importanti processi assistenziali (es. medicazioni avanzate e dimissioni protette).

4. Riduzione del rischio clinico per la collettività.
5. Miglioramento dei livelli di Customer satisfaction.
6. **Collegamento in rete con gli ambulatori dei medici di Assistenza Primaria**

**Il modello degli ambulatori di Continuità Assistenziale h24** si propone come un nuovo e più efficiente modello organizzativo della rete dei servizi di assistenza primaria, in grado di far migliorare non solo la fruibilità e l'accessibilità da parte della popolazione assistita del bacino territoriale di riferimento, ma anche i processi di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro, la continuità dell'assistenza e la presa in carico del paziente.

**Il completamento orario settimanale dei medici del Servizio di C.A. e la contestuale revisione di tipo funzionale del servizio di C.A. , è messo in relazione con i seguenti obiettivi:**

**-Riequilibrare in termini sia quantitativi che qualitativi i livelli di potenzialità assistenziale offerta ai cittadini del bacino territoriale di riferimento, offrendo quindi anche un contributo rilevante per la soluzione del serio problema della sicurezza sanitaria, in occasione di richieste di prestazioni sanitarie ascrivibili ai cosiddetti “codici bianchi” e nell'utilizzo dei servizi del sistema “118”.**

**-Potenziamento e miglioramento della prevenzione primaria e secondaria attraverso l'istituzione di presidi di Continuità Assistenziale diurna e notturni attivi sette giorni su sette e integrati dalla presenza di personale infermieristico ed O.S.A.**

Tale proposta si pone, allo stesso tempo, come punto di riferimento certo per l'assistenza ambulatoriale in caso di necessità occasionali della popolazione residente nel territorio di competenza e per i non residenti e come strumento operativo in grado di produrre un forte miglioramento dei livelli di appropriatezza.

**In termini funzionali**, tale organizzazione comporta per i Medici del Servizio di C.A. l'attribuzione di nuove funzioni, che si possono così riassumere:

1. **Attività di prevenzione primaria:** attività di diagnostica di primo livello e di educazione sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, comprese le attività di medicina scolastica, sulla base delle indicazioni del direttore del distretto.
2. **Attività di prevenzione secondaria:** partecipazione attiva alle campagne di screening di massa e selettivi promossi dall'azienda e/o dal distretto.
3. **Attività di prevenzione terziaria:** servizio di osservazione prolungata del paziente presso il Presidio di C.A. con la possibilità di intervento del personale del servizio 118, in caso di necessità.
4. **Attività di prestazioni mediche territoriali di particolare impegno professionale (PPIP)**, con particolare riferimento alla piccola chirurgia (medicazioni avanzate) e ad altre prestazioni a complessità medio-elevata.
5. **Attività di assistenza ambulatoriale turistica ed occasionale.**
6. **Attività di valutazione e prevenzione sanitaria delle popolazioni immigrate**

**Con l'istituzione dei Presidi di C.A. H24** con doppio o triplo turno medico (integrato da assistenza infermieristica ) si otterrà l'**inserimento attivo dei medici del servizio di C.A. nei processi di assistenza primaria**, attraverso un impegno diretto nel campo delle attività di prevenzione primaria (vaccinazioni ed educazione sanitaria), secondaria (screening di massa e selettivi) e terziaria (servizio di “astanteria territoriale”), di assistenza turistica e di prestazioni di particolare impegno professionale. Inoltre, i suddetti medici potranno svolgere alcune funzioni di interesse pubblico, delegate da parte del dirigente dell'U.O. distrettuale.

**Per concludere ,si ritiene che la bozza di progetto sopra esposta di riorganizzazione funzionale del servizio di C.A. possa garantire un sensibile miglioramento, sia quantitativo che qualitativo, dei livelli di assistenza per l'utenza sia residente che stagionale (flussi turistici ).**

**Contestualmente si darà una risposta concreta alle giuste aspettative dei Medici di C.A. che oltre al miglioramento del compenso professionale otterranno il giusto riconoscimento di pari dignità professionale rispetto ai colleghi dell'Assistenza Primaria.**

09-03-12

Dott. Antonio Chiodo  
Presidente Regionale SNAMI

Dott. Alberto Mangiacavallo  
Resp. Regionale Continuità Ass.le

---

**Decreto del Ministero della Sanità del 15 maggio 1992**

**codice rosso**: molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure;

**codice giallo**: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita;

**codice verde**: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili;

**codice bianco**: non critico, pazienti non urgenti.