



# Assistenza continua “h 24” nel Distretto socio sanitario

*Linee Guida della contrattazione sociale:  
proposte per rilanciare l'assistenza distrettuale con le cure primarie*

*L'assistenza sanitaria di base è ... il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria*  
OMS - Dichiarazione di Alma Ata del 1978

Febbraio 2012

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.*

Con queste tre dichiarazioni si è conclusa la prima Conferenza nazionale sulle Cure Primarie ([documento conclusivo i dieci punti fondamentali](#) - Bologna 26.2.2008)

Venivano così ribadite le ripetute raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Unione Europea<sup>1</sup> sull'esigenza di fronteggiare, con prevenzione e assistenza sociosanitaria di base, prima che ospedaliera, la trasformazione del quadro epidemiologico (prevalenza di malattie cronico degenerative e di infortuni) e la transizione demografica (in particolare, l'aumento della durata della speranza di vita e l'aumento della percentuale di popolazione anziana). Peraltro queste raccomandazioni avevano già trovato in Italia una risposta con la riforma sanitaria istitutiva del SSN, la legge 833 del 1978.

Eppure, nonostante questa strategia per la salute venga ribadita e ripresa in tutti i documenti di programmazione (vedi gli ultimi Piani sanitari nazionale e molti regionali), prevenzione, cure primarie e assistenza integrata territoriale non sono ancora funzioni sviluppate come sarebbe necessario.

In alcune regioni i processi di riqualificazione dell'ospedale - sostenuti da innovazioni: tecnologiche, dei processi terapeutici e organizzative - e di riconversione verso i servizi territoriali sono stati intensi e hanno "irrobustito" il Livello Essenziale di Assistenza Distrettuale.

In altre regioni l'assistenza distrettuale è ancora molto carente, in modo particolare per le cure primarie, l'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale (e in generale per l'area dell'integrazione sociosanitaria). Persiste un eccesso di offerta - e di spesa - per l'assistenza ospedaliera, con indicatori che segnalano aree consistenti di inappropriata, fino a condizioni di rischio per i cittadini.

### **Insistere nella riconversione: dall'ospedale al territorio**

Ecco perché bisogna insistere per riconvertire il nostro sistema sanitario, che in alcune regioni è ancora "ospedalocentrico", verso i servizi nel territorio e per superare l'attuale rigida separazione fra assistenza sociale e sanitaria. E' una scelta non più rinviabile, anche per controllare la spesa sanitaria, come raccomanda la stesso Comitato di politica economica della UE".<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dalla Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria 1978 al Libro bianco UE sulla Salute 2008, fino al Rapporto OMS 2010

<sup>2</sup> *il previsto aumento della spesa potrebbe essere inferiore del 40-60% se le situazioni di disabilità migliorano sensibilmente in linea con il previsto allungamento dell'aspettativa di vita. L'adozione di misure volte a ridurre le disabilità, contenere la necessità di assistenza formale da parte della popolazione anziana con disabilità o a favorire la prestazione di assistenza formale a domicilio piuttosto che negli istituti può avere un notevole impatto sulla spesa pubblica* Rapporto del Comitato di politica economica (EPC) dell'Unione europea. "L'impatto dell'invecchiamento demografico sulla spesa pubblica" - Marzo 2007

I bisogni legati alla transizione demografica ed epidemiologica e le scarse risorse a disposizione, tanto più in tempi di crisi economica, impongono scelte selettive.

Queste le ragioni che ci portano ad insistere nelle proposte per la contrattazione socio sanitaria regionale e territoriale: per potenziare prevenzione e cure primarie nei servizi integrati socio sanitari del territorio.

## **La proposta**

Abbiamo già presentato a Governo e Conferenza delle Regioni una proposta precisa, per potenziare il sistema delle cure primarie in coerenza con l'ultimo Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013:

*“Con il nuovo Patto della Salute occorre dedicare una specifica linea di finanziamento, in conto capitale e corrente, vincolata ai piani di riqualificazione dei servizi: in particolare per sostenere la riconversione della rete ospedaliera a favore dei servizi distrettuali, e l'integrazione tra sociale e sanitario. Per questo serve una “massa critica” adeguata tra risorse “nuove” e risorse ricavabili finalizzando più fondi” Al posto di servizi giudicati inappropriati, si tratta di offrire, contestualmente alla loro chiusura, servizi alternativi, con una riconversione mirata ai bisogni di assistenza del territorio. (per il dettaglio vedi il [documento Cgil Salute Fondamentale](#) Diritto, alla base della giornata di mobilitazione nazionale del 17 novembre 2011).*

**Il punto centrale della nostra proposta è la creazione nel territorio di luoghi strutturati aperti h 24 con assistenza medica ed infermieristica e con capacità di fornire anche un primo soccorso (codici bianchi e verdi).**

Non è più solo l'Ospedale aperto h 24 ma anche più Centri per l'assistenza sanitaria di base h 24 in ogni Distretto socio sanitario.

**Il bacino di utenza servito dal Centro h 24** varia, in quanto le dimensioni del Distretto nelle diverse Regioni sono differenti. Si tratta comunque di strutture sub distrettuali, a titolo di esempio ricordiamo il numero di cittadini serviti da:

- [Casa della Salute: 5 -10mila](#) abitanti (Progetto Casa della Salute Ministero della Salute)
- **Aggregazione Funzionale Territoriale della Medicina Generale**: popolazione assistita non superiore a 30.000 abitanti e con un numero di medici di norma non inferiore a 20 (articolo 26 bis [vigente Accordo Collettivo MMG](#) vedi anche: <http://www.fpcgil.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/333>)

E' un'esperienza già presente in alcune regioni, anche come evoluzione della Casa della Salute.

---

## **I CENTRI H 24 del Distretto Socio Sanitario devono garantire ai cittadini:**

- la continuità assistenziale e terapeutica per 24 ore tutti i giorni della settimana, dal lunedì alla domenica compresa. Grazie al coinvolgimento di tutti i professionisti delle cure primarie (medici di medicina generale, pediatri, specialisti, infermieri, ostetriche, psicologi, figure amministrative, ecc.) e all'integrazione, anche funzionale, con gli operatori del servizio sociale professionale degli Enti Locali.
- un punto unico 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
- l'assistenza dei medici di fiducia, associati negli studi di Medicina generale e di Pediatria di libera scelta. MMG e PLS che assicurano, oltre alla tradizionale presenza nel loro studio e alle prestazioni anche domiciliari, a rotazione quella nel Centro h 24.
- ambulatori a gestione infermieristica per la gestione delle principali patologie croniche, con la collaborazione dei MMG, e per la medicina di iniziativa.
- l'assistenza specialistica ambulatoriale nelle ore diurne (cardiologia, pneumologia, diabetologia, geriatria, ecc.)
- la diagnostica di base (radiologia, centro prelievi/laboratorio)
- il Primo soccorso: i centri h 24, per i codici bianchi e verdi, sono inseriti nella rete dell'emergenza urgenza (su questo si veda il documento: [le nostre proposte per il sistema integrato di emergenza urgenza](#)), anche grazie alla riconversione della "guardia medica".
- 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.
- 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) (vedi nota 3)
- l'integrazione tra servizi - prestazioni sociali e sanitari

**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).

## **I Centri per le cure primarie h 24, i Medici di Medicina Generale, la Guardia Medica**

Per garantire l'assistenza medico sanitaria 24 ore per sette giorni, [l'Accordo Nazionale per la convenzione dei medici di medicina generale](#) prevede che si facciano Accordi (tra ogni Regione e Sindacati dei Medici di base: Medici di MMG, PLS Specialisti convenzionati) per istituire le nuove Unità Complesse delle Cure Primarie UCCP (e garantire infermieri e operatori del distretto). In ogni UCCP si "aggregano" i medici convenzionati (vedi nota 4).

**Quindi esistono tutte le condizioni per procedere.**

Con le nuove UCCP bisogna superare l'attuale frammentazione dei medici di base, associando i vari studi medici, fermo restando l'apertura di singoli ambulatori nelle zone montane difficilmente raggiungibili. La prossima riorganizzazione delle cure primarie dovrà prevedere il superamento della distinzione delle tre figure: medici di famiglia, guardie mediche, medicina dei servizi, **e creare invece la figura unica del medico di fiducia per le Cure Primarie** (vedi nota 5), strettamente legato al suo territorio di competenza (distretto, centro h 24 ecc.), in grado di svolgere tutte le attività della medicina generale (rapporti fiduciari, codici bianchi e verdi, continuità assistenziale h 24, etc.

Ovviamente vanno salvaguardati i diritti acquisiti dagli attuali medici di assistenza primaria, ma i medici della continuità assistenziale e in modo progressivo 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 dell'urgenza relativamente ai codici bianchi e verdi.

Nota 3: per una sintesi delle esperienze vedi anche: [AGENAS "Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane – La Sanità d'iniziativa. La vera sfida per la sanità distrettuale. L'esperienza della Regione Toscana"](#) (in i Quaderni di Monitor supplemento al n. 27/2011 pag. 189) - *Gavino Maciocco, Simona Dei*

Nota 4: L'unità complessa delle cure primarie è costituita dai medici convenzionati, opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento e tra le sue funzioni c'è la realizzazione nel territorio della continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni (art. 26 ter vigente [Accordo Collettivo MMG](#)).

Nota 5: vedi nel documento FP CGIL Medici [le nostre proposte per il sistema integrato di emergenza urgenza](#) in particolare i capitoli: "il nuovo medico di cure primarie" e "l'abolizione della guardia medica". E Il Documento FP CGIL Medici "[Il Medico delle Cure Primarie](#)."