



Progetto ME.DI.CO. (Medicina Distrettuale di Continuità)

Presentato alla Commissione Igiene Sanità – Senato della Repubblica
31 luglio 2007



Progetto ME.DI.CO. S.N.A.M.I. (Medicina Distrettuale di Continuità)

S.N.A.M.I. facendo seguito a quanto deciso e programmato nell'ultimo Congresso Nazionale di Copanello di Staletti a proposito della "Riqualificazione" e del "Riscatto del Territorio", ritenendo necessario conformare le "Cure primarie" al mutato scenario di assistenza sanitaria dovuto all'aumento dell'età media dei cittadini/pazienti e alla necessità della presa in carico delle cronicità, della continuità dell'assistenza e dell'integrazione tra professionisti operanti nel territorio e ritenendo indispensabile dare efficace risposta ai bisogni di natura sanitaria evitando l'impiego non appropriato delle risorse dell'ospedale, visto il recente DDL di riforma della 229/99 che ha introdotto il concetto di "presa in carico" h24 dell'assistito nelle Unità Operative di Medicina Generale (U.M.G.), propone il Progetto di ammodernamento e ottimizzazione della Medicina Generale attraverso il potenziamento e l'implementazione della Continuità Assistenziale definito Progetto ME.DI.CO. (Medicina Distrettuale di Continuità).

Compiti dell'Assistenza Primaria

Il compito dell'Assistenza Primaria è quello di prendersi carico degli Assistiti mediante la gestione delle patologie croniche, in un'ottica di "governance clinica" tesa ad evitare il più possibile inutili sprechi di risorse e di dare risposta al trattamento delle urgenze differibili che si possono gestire a domicilio (quest'ultimo compito effettuato anche dal Servizio di Continuità Assistenziale, sia pure limitatamente alla notte, ai festivi ed ai prefestivi).

Il Medico di Assistenza Primaria deve riappropriarsi delle specifiche competenze della Medicina Generale attualmente sottrattegli dalla proliferazione dei costosi centri specialistici, gestendo direttamente le cronicità al fine di realizzare nel proprio studio una serie di azioni mirate ed utili alla gestione uniforme, programmata e maggiormente finalizzata delle patologie croniche, che hanno un alto impatto sui consumi di prestazioni e di servizi, garantendo un grado maggiore di efficacia e di efficienza nell'erogazione degli interventi e, riducendo progressivamente il carico burocratico, accorciando le liste di attesa.

Questo compito è attuabile senza modificare l'attuale strutturazione e disposizione degli studi dei MMG sul territorio che, con la loro parcellizzazione, offrono già un ottimo servizio vicino al paziente/cittadino, ma semplicemente condividendo e mettendo "in rete" i dati sanitari.

Il Medico di Assistenza Primaria dovrà inoltre riappropriarsi dell'educazione e dell'informazione sanitaria (come ad es. nelle scuole, nei centri anziani, etc..) e gestire la formazione pre e post Universitaria della Medicina Generale.



Continuità Assistenziale H 24

Considerando che la presa in carico H 24 del paziente è un punto cruciale per permettere la giusta programmazione e allocazione delle risorse e, soprattutto, per la corretta risposta del territorio alle esigenze summenzionate, lo S.N.A.M.I. ha individuato nel sistema della Continuità Assistenziale (C.A.) organizzata sull'intero arco delle 24 ore per tutti i giorni della settimana, il cardine sul quale far ruotare il sistema dell'H 24, rivalutando professionalmente, economicamente e funzionalmente questo Servizio, prevedendo comunque l'integrazione con i Medici di Assistenza Primaria, per quanto di loro competenza su un piano di collaborazione fra pari, pur con ruoli distinti.

L'aspetto economico globale di questa proposta è particolarmente interessante. Infatti applicando la normativa attuale, avremo in tutta Italia circa 4000 nuovi incarichi di C.A. (un aumento del 40 % di posti di lavoro nel settore!), con un aumento del costo stimato di circa 300 mln di euro, a fronte di costi molto più esorbitanti se il sistema venisse calibrato sulle U.M.G. e/o U.T.A.P.. Infine applicando le 38 ore settimanali, ogni operatore ha una retribuzione annua pari a quella di un medico di A.P. con 1000 scelte in carico, senza, naturalmente, le spese di quest'ultimo; il tutto senza calcolare gli eventuali aumenti regionali già in essere o quelli nazionali che si contratteranno.

Il Servizio è organizzato con l'apertura dei Presidi 24 ore al giorno, sette giorni su sette. Gli operatori hanno un incarico di norma di 38 ore settimanali, incompatibili con altre forme di incarico convenzionate, specificatamente con l'Assistenza Primaria, fatti salvi i rapporti compatibili in essere;

I medici di C.A. possono partecipare a programmi di gestione degli Assistiti in A.D.P. (Assistenza Domiciliare Programmata) ed in A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) in accordo con i medici di Assistenza Primaria interessati e alle attività territoriali e possono accedere all'Assistenza Primaria mediante l'assegnazione delle carenze che tenga conto dell'anzianità di servizio, con un meccanismo simile al trasferimento dei titolari di A.P.

Compiti dei medici di Continuità Assistenziale:

1. Il Medico di Continuità Assistenziale assicura le prestazioni sanitarie urgenti differibili in favore dei cittadini residenti nell'ambito territoriale afferente alla sede di servizio per l'intero arco delle 24 ore, per tutti i giorni della settimana, integrandosi con il Medico di Assistenza Primaria
2. L'attività di Continuità Assistenziale, sulla base della programmazione regionale, è organizzata sulle 24 ore ed è divisa su due fasce orarie:
 - fascia oraria diurna feriale, festiva e prefestiva (08,00 – 20,00);
 - fascia oraria notturna (20,00 – 08,00)
3. Nella fascia oraria diurna feriale il medico di Continuità Assistenziale assicura le urgenze differibili (i cosiddetti codici bianchi) a domicilio degli assistiti residenti nell'ambito di competenza richieste direttamente al Presidio dagli utenti anche attraverso le Centrali Operative del 118, in collaborazione con i medici di Assistenza Primaria
4. Nella fascia oraria diurna festiva e pre festiva e nella fascia oraria notturna, il medico di Continuità Assistenziale assicura le urgenze differibili (i cosiddetti codici bianchi), anche attraverso attività ambulatoriale ad accesso diretto nei confronti dei cittadini residenti nell'ambito di competenza
5. Sulla base della programmazione regionale, le Regioni individuano i Presidi di Continuità Assistenziale che, nelle località ad alto flusso turistico, anche stagionale, funzioneranno anche nella fascia diurna feriale come ambulatorio per i non residenti
6. Gli Accordi Regionali fisseranno le modalità tecnico-organizzative per individuare i Presidi di Continuità Assistenziale, preferibilmente allocati in vicinanza ai Presidi Ospedalieri sede di Pronto Soccorso, che si faranno carico della gestione assistenziale dei "codici bianchi" provenienti da dette strutture, in un'ottica che tenga presente la necessaria integrazione funzionale dei suddetti Presidi Ospedalieri con i Presidi di Continuità Assistenziali . In modo particolare questi ultimi dovranno avere la possibilità di un canale preferenziale con le strutture ospedaliere in caso di evoluzione dei codici bianchi verso situazioni più gravi
7. Gli Accordi Regionali fisseranno le modalità tecnico-organizzative della partecipazione del medico di Continuità Assistenziale alle attività di Assistenza Domiciliare Programmata, alle attività di Assistenza Domiciliare Integrata, alle attività territoriali e alle prestazioni aggiuntive, finalizzate a garantire una più immediata adeguatezza dell'assistenza ed un minor ricorso all'intervento specialistico e/o ospedaliero
8. se per due volte consecutive le ore vacanti sono coperte con incarichi temporanei devono obbligatoriamente essere messe a concorso per titolarità

Dott. Mauro Martini
Presidente Nazionale S.N.A.M.I.