



UNA SANITA'. DI TUTTI.



Linee per la Contrattazione Sociale

Sanità - assistenza h24

Assistenza Socio Sanitaria distrettuale h24 e nuove “convenzioni” per la medicina del territorio

(Medici di medicina generale - Assistenza Primaria e Guardia Medica - Pediatri di libera scelta, Medicina dei servizi, Specialisti ambulatoriali, Medici dell'emergenza territoriale 118)

[Il documento confederale](#)



pagina web speciale sanità assistenza h24:
<http://www.cgil.it/dettagliodocumento.aspx?ID=21179>

Scadeva il 10 maggio 2013 il termine dei 180 giorni entro cui le Regioni e i Sindacati dei medici convenzionati (MMG, PLS, SA¹) avrebbero dovuto rinnovare gli Accordi collettivi nazionali (cd "convenzioni") per attuare le norme sulla sanità territoriale della cosiddetta Legge Balduzzi (art. 1 Legge 189/2012²).

Nonostante il termine sia scaduto, il Governo, tramite il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, ha concordato, nel corso della Conferenza Stato Regioni del 10 maggio u.s., che non procederà con un atto unilaterale, come pure era previsto dalla legge in caso di mancata conclusione delle trattative.

Ora, quindi, si apre una contrattazione, prima a livello nazionale (Governo e Conferenza Regioni) e poi nelle singole Regioni per il rinnovo dei rispettivi Accordi Nazionali e Regionali dei medici convenzionati. Oltre al previsto ruolo delle parti interessate (OO.SS di categoria) è indispensabile, anche a livello nazionale, regionale e territoriale esercitare, una "contrattazione sociale" confederale che metta al centro le esigenze dei cittadino e a questo orienti la necessaria riorganizzazione del sistema di cure primarie. Così da sostenere in questa direzione anche la contrattazione della Categoria impegnata nel rinnovo delle convenzioni.

La riforma del sistema di cure territoriali non è prerogativa dei soli addetti ai lavori ma riguarda tutti i cittadini, e quindi chiama in causa direttamente il ruolo delle organizzazioni di rappresentanza sociale (sindacati, associazioni). Infatti gli effetti del rinnovo delle convenzioni si ripercuotono, profondamente su tutta la sanità e sull'organizzazione del SSN: cioè sul diritto alla salute dei cittadini.

Sarebbe quindi opportuno invertire totalmente la logica che ha condizionato finora i rinnovi delle convenzioni: si disegnava l'organizzazione secondariamente alle esigenze prevaricanti di parti delle categorie.

La tutela della Salute è un diritto: mettere in sicurezza il SSN

Esiste un'emergenza sociale che non può più essere ignorata: milioni di italiani rinunciano alle cure per motivi economici, a causa del continuo aumento dei ticket. Mentre i tagli lineari al finanziamento del SSN (30 miliardi cumulati nel periodo 2011- 2015), mettono in discussione la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria per i cittadini, le condizioni di lavoro e persino i livelli di occupazione.

E urgente "mettere in sicurezza" il nostro Servizio sanitario nazionale: la tutela della salute e le cure non sono merci ma diritti universali di cittadinanza.

Per questo intendiamo continuare l'iniziativa per fermare tagli e ticket (invertire la strategia anticrisi "recessiva" dei governi italiano ed europeo) e contemporaneamente associare una contrattazione e una mobilitazione per far avanzare i processi di riorganizzazione, riconversione e riqualificazione del nostro SSN e di salvaguardia del lavoro.

In tutte le regioni, anche in quelle cosiddette virtuose, l'opera di manutenzione e di riqualificazione del SSN deve essere continua. I bisogni legati alla transizione demografica (invecchiamento della popolazione) ed epidemiologica (cronicità) e le scarse risorse a disposizione impongono scelte selettive: più prevenzione e azioni di promozione della salute, che agiscono sui

¹ **MMG = Medici Medicina Generale, PLS = Pediatri Libera Scelta, SA = Specialisti Ambulatoriali**

² legge 189/2012 art. 1 comma 6: Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto si procede, secondo la normativa vigente, all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali. Entro i successivi novanta giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, sono stipulati i relativi accordi regionali attuativi. Comma 7: Decorso il termine di cui al comma 6, primo periodo, il Ministro della salute, con decreto adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano nonché le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, emana, nelle more della conclusione delle trattative, disposizioni per l'attuazione in via transitoria dei principi richiamati dal medesimo comma 6.

determinanti di salute anche non sanitari; più servizi territoriali, soprattutto ad alta integrazione sociale (anziani, salute mentale, dipendenze, materno infantili, handicap); accreditamenti rigorosi e di qualità all'interno della programmazione pubblica e con valutazione dei risultati.

Cruciale per questa riorganizzazione del SSN – e necessaria anche per un governo appropriato della spesa - è la riforma del sistema delle cure primarie per l'Assistenza Distrettuale h24³.

Una tale "riforma" è fattibile a costi certamente più contenuti che in altri ambiti del welfare e può avere un forte impatto occupazionale (come indica la [Commissione UE nel Libro Bianco Un impegno comune per la Salute](#)) sia per creare nuovi posti di lavoro, che per salvare livelli occupazionali in servizi dell'assistenza socio sanitaria in crisi, grazie alla loro riconversione.

Riforma delle cure primarie per l'assistenza h24. Obiettivi della contrattazione sociale

Gli obiettivi fondamentali sono quelli di creare una rete assistenziale nel territorio in grado di farsi effettivamente carico dei bisogni dei cittadini e di gestirli garantendo ad essi la continuità dell'assistenza orizzontale, nel tempo per 24 h e per 7 giorni a settimana, e verticale nei vari bisogni assistenziali, dalla prevenzione alla riabilitazione. Non è più solo l'Ospedale ad essere sempre aperto.

Il concetto di rete implica la necessità di efficaci centri di coordinamento di tutte le strutture e le attività territoriali socio-sanitarie, che in tal modo vengono riportate all'unità funzionale (Hub e Spoke).

Oggi questo è possibile anche nel territorio, che per sua natura è diffuso, grazie all'informatica. Si può così mantenere la ricchezza della diffusione dei servizi territoriali, ma eliminare la loro dispersione. Bisogna allora, innanzitutto, individuare il centro di coordinamento, il luogo fisico dove ricondurre l'organizzazione h24. Si può così mantenere la ricchezza della diffusione degli studi medici e dei servizi territoriali ma eliminare la loro dispersione.

La convenzione nazionale (Accordo MMG, PLS, SAI) vigente consente già di muoversi in maniera spedita verso la strutturazione dell'assistenza territoriale. Ora, le innovazioni da inserire nelle convenzioni, grazie alla legge 189/2012, possono aiutare a dare più forza al cambiamento necessario.

Le linee guida per "contrattare" l'h24

Ecco alcune indicazioni e proposte operative per realizzare i Centri territoriali h24 e quindi per strutturare l'assistenza territoriale. Vanno rivolte alla Regione e quindi alle Asl (e ai Comuni).

Naturalmente il tutto ha la necessità di essere adeguato e dimensionato alle diverse realtà regionali e territoriali. La nostra proposta per l'assistenza "h 24"⁴ parte da una solida e antica riflessione e proposta della CGIL, insieme con le sue categorie, e considera le buone pratiche già attuate, o in corso di attuazione, in alcune regioni (es. Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Veneto), grazie anche all'esperienze del progetto "Casa della Salute".

I punti fermi che a nostro avviso danno qualità e unitarietà al sistema, in tutto il Paese, sono i seguenti:

- Strutturazione dei Centri h24 nei distretti sanitari e in sedi pubbliche (Case della salute, poliambulatori, piccoli ospedali da riconvertire, ecc).

³ Vedi anche [Agenas Quaderno 11/2013: Assistenza h 24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso](#) e [Agenas: Cure primarie esperienze regionali a confronto - Monitor 33 giugno 2013](#)

⁴ Vedi: Documenti [Cgil "Una Sanità di tutti" gennaio 2013](#). - [Cgil - Assistenza continua h 24 nel distretto socio sanitario - settembre 2012](#) - ["Documento CGIL alla Conferenza delle Regioni" - dicembre 2012](#) - [Documento FP CGIL Medici "Il medico delle cure primarie"](#)

- Apertura di questi centri h 24 per 7 giorni su 7 con almeno un medico (di MG) ed un'infermiere sempre presenti nel centro (vedi scheda sul personale).
- Nessuna privatizzazione o appalto delle cure primarie, o di parti di esse, in qualunque forma, come ad esempio è successo per i Creg della Lombardia. (Stesso discorso vale anche per cooperative varie, assegnazione a privati di budget, di personale pubblico, di beni strumentali pubblici).
- Tendere a far coincidere gli ambiti territoriali di scelta del MMG e PLS con i centri territoriali. Per collegare il medico di fiducia non solo al cittadino ma anche al territorio dove egli vive.
- Per le aggregazioni dei MMG e PLS privilegiare la costituzione delle Unità di Cure Primarie UCCP, piuttosto che delle Aggregazioni Funzionali Territoriali AFT, per favorire l'apertura dei centri h 24 (vedi articolo 1 della legge 189/2012)⁵. Le UCCP comprendono tutti i medici di medicina generale e tutti i pediatri di LS compresi nell'ambito di riferimento, e comprendono tutti i medici attualmente operanti a rapporto orario (servizio di Guardia medica, medicina dei servizi) nel territorio. Con ciò si possono costruire le premesse alla completa realizzazione della figura unica del medico di medicina generale introdotta dalla legge 189/2012 (articolo 1 comma 4 lettera f), recuperando così oltre 12 mila medici impiegati per la guardia medica.
- Informatizzazione del sistema.

Le Case della Salute, secondo l'elaborazione della CGIL, potrebbero essere un esempio compiuto di questi Centri. Purtroppo sotto questa etichetta si sono definite le situazioni più disparate, ed allora è meglio definire specificatamente i contenuti necessari: IN ALLEGATO UNA SCHEDA DI "CENTRO H 24 TIPO"

Oltre a realizzare una migliore assistenza, si potrebbe ottenere così un sistema che costi meno. Anche se inizialmente sono necessari alcuni investimenti, differenziati in base alla attuale distribuzione di servizi e strutture nelle diverse realtà regionali.

Un territorio riformato, secondo questi principi, produce inevitabilmente una redistribuzione di "competenze assistenziali" anche con l'ospedale. Ne deriva una ottimizzazione dell'uso delle risorse. E sarebbe una risposta positiva anche alla insostenibilità, economica ed assistenziale, di una componente inappropriata dell'assistenza ospedaliera.

Viceversa senza un progetto, le risorse che comunque dovranno essere allocate nel territorio, non produrranno alcun beneficio assistenziale e di sostenibilità del sistema. E si rischierebbe la compromissione di tutto il sistema sanitario nazionale.

⁵ Legge 189/2012 articolo 1 comma 1: *In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere*

SCHEDA I Centri Socio Sanitari h 24 del Distretto a misura dei bisogni dei cittadini

Sono strutture che assicurano:

OBIETTIVI

1. Realizzare i **luoghi di coordinamento** della rete assistenziale territoriale dove si concretizza la sua organizzazione, si struttura e si riconduce all'unità.
2. Realizzare la **continuità assistenziale e terapeutica, per 24 ore 7 giorni su 7 alla settimana**. Dare così garanzia della reale presa in carico globale ed integrata del cittadino. Non è più solo l'Ospedale ad essere sempre aperto. I centri h 24 diventano l'alternativa più adeguata alle esigenze del cittadino rispetto ai PS: per vicinanza, familiarità, appropriatezza, tempistica ed efficacia.
3. Realizzare un **punto diretto di accesso ai servizi e di gestione della domanda**. Dove il cittadino è accolto, informato, prenota e accede a tutti i servizi sociali e sanitari. E' il centro a **farsi carico della gestione amministrativa** dei percorsi assistenziali.
4. Realizzare un **punto di raccordo della rete assistenziale**: in qualunque punto della rete il cittadino si presenti riceve la risposta di tutto il sistema. Si muovono le informazioni e non il cittadino che non è più costretto a rincorrere le prestazioni ma riceve direttamente la risposta al suo bisogno di salute.
5. **L'informatizzazione del sistema** consente la sua strutturazione valorizzando al contempo la diffusa presenza dei luoghi di assistenza presenti nel territorio.
6. Realizzare **l'integrazione dei servizi sociali con quelli assistenziali e sanitari**

PERSONALE

1. In attesa della piena applicazione della legge 189/2012 sul ruolo unico di medici delle cure primarie si può già realizzare, sulla base della "Convenzione" nazionale vigente (e coerenza con le innovazioni previste dalla legge 189/2012), **l'integrazione tra le funzioni ed i compiti svolti da ogni professionista** al fine della loro ottimizzazione.
2. Nei centri deve essere prevista, in linea generale, la **presenza e il coinvolgimento e di tutti i professionisti delle cure primarie** (medici di generale, pediatri, specialisti ambulatoriali, infermieri, ostetriche, psicologi, figure amministrative, ecc.), per quota parte di orario e attività. E' inoltre necessaria l'integrazione, anche funzionale, con gli **operatori del servizio sociale** professionale degli **Enti Locali**.
3. I Medici di medicina generale, singoli o attraverso le varie aggregazioni, assicurano a rotazione la presenza nel **Centro h 24 di almeno 1 medico**. Proseguono comunque la normale attività nei loro studi. La notte, prefestivi e festivi, che sono attualmente coperti dai medici di guardia medica, potranno inizialmente essere garantiti dagli stessi medici anche nei Centri "H24". Ma la guardia medica è una funzione delle cure primarie non una figura professionale. Questi medici sono infatti a tutti gli effetti MMG e dovranno svolgere tutte le funzioni previste per questa figura professionale. Da subito potranno essere utilizzati a completamento orario anche nelle attività diurne del Centro "H24". Ciò è premessa per realizzare la figura unica del MMG, superando la "guardia medica" e recuperando così oltre 12mila medici per l'assistenza h 24.

4. Nel centro deve essere **presente almeno 1 infermiere professionale h 24** per contribuire, per quanto di competenza, alla gestione del primo soccorso e di controlli e trattamenti cronici ambulatoriali.

5. **Specialisti ambulatoriali e per la diagnostica di base** devono essere presenti nei centri o direttamente attivabili da essi, senza ulteriori incombenze per il paziente.

6. Il personale amministrativo necessario alla gestione del centro e delle attività assistenziali. In tal modo si realizza la premessa per la presa in carico del paziente da parte del sistema per ogni suo bisogno assistenziale.

FUNZIONI E SERVIZI DEL CENTRO h24

1. **Il centro è sede, o è collegato, a:** consultorio familiare, centro di salute mentale, SerT, progetti Non Autosufficienza, servizi sociali e amministrativi, distribuzione di farmaci. Studi dei medici di famiglia e pediatri di libera scelta.
2. **Coordina e gestisce l'assistenza domiciliare integrata, i ricoveri in strutture residenziali e semiresidenziali**
3. **Coordina e gestisce gli interventi di prevenzione,** sviluppa la **medicina di iniziativa,** contribuisce al coordinamento della gestione delle patologie croniche secondo il **chronic care model,** in relazione al territorio ed alla popolazione di riferimento (qualità della vita, ambiente, screening, ecc)
4. **Coordina e gestisce, direttamente o con diretto collegamento, trattamenti riabilitativi ambulatoriali**
5. **E' il punto d'integrazione tra servizi - prestazioni sociali e sanitari**
6. **Svolge attività di Primo soccorso:** In caso di accesso diretto il centro territoriale H24 per i codici bianchi e verdi deve fornire una risposta completa, comprensiva della possibilità di accertamenti diagnostici (laboratoristici, radiologici, etc.) di primo livello e di visite specialistiche, e con la possibilità di attivazione diretta del 118 con diretto trasferimento al PS dell'ospedale nel caso si dovesse determinare una condizione di emergenza.
7. **Il centro deve avere pertanto in sede, o in diretto collegamento,** una postazione di **118** naturalmente inserita nella rete dell'emergenza urgenza
8. **Assistenza infermieristica,** per quanto di competenza, relativamente alla gestione delle patologie croniche, e delle attività ambulatoriali, in collaborazione con il MMG e gli altri operatori del Centro
9. **Specialistica ambulatoriale** direttamente presente o attivabile (cardiologia, pneumologia, diabetologia, geriatria, ecc.) anche con tele refertazione.
10. **Diagnostica di base direttamente presente o attivabile** (radiologia, centro prelievi/laboratorio, ecografia, ecc.)
11. Accesso diretto alla **diagnostica avanzata** anche ospedaliera.
12. Accesso diretto anche al **ricovero ospedaliero.** In tal modo l'ospedale diventa il luogo di trattamento per patologie acute, specifiche attività programmate o d'urgenza, sede dell'alta specialità. Rimarrebbero in ospedale la diagnostica e la specialistica necessarie e correlate alle sue specifiche funzioni.



Approfondimenti

pagina web speciale

<http://www.cgil.it/dettagliodocumento.aspx?ID=21179>

- Cgil -“Una Sanità di tutti” gennaio 2013
- “Cgil - Assistenza continua “h 24” nel distretto socio sanitario”
- Documento FP CGIL Medici “Il medico delle cure primarie”

- Agenas: Cure primarie esperienze regionali a confronto - Monitor 33 - giugno 2013
- Agenas: Assistenza h 24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso Quaderno - 11/2013

- Toscana Atti Regione 2013: Riconversione Ospedali e progetti Case della Salute
- Emilia Romagna: la programmazione delle Case della Salute - Report 2011
- Video: Cos'è la Casa della Salute
- Emilia Romagna, Ausl Parma: Programma TV sulle Casa della Salute

- Estratto Normativa cure primarie convenzioni Medicina Territoriale: articolo 1 Legge 189/2012: effetti su art. 8 D.Lgs 502/92
- Accordi Medicina Territoriale “Convenzioni” http://www.sisac.info/ActionPagina_432.do
- ACN testo consolidato vigente
- Piano Sanitario Nazionale Risorse vincolate agli Obiettivi: Cure Primarie Accordi Stato Regione 29.11.2012 (e 8.7.2010)

- Le rivoluzioni in sanità. di Gavino Maciocco
- Commissione UE Libro Bianco Un impegno comune per la Salute
- The ten characteristics of the high-performing chronic care system (C.Ham)

