

La funzione strategica della continuità assistenziale nelle cure primarie



I circa 13 mila medici di continuità assistenziale, che attualmente vivono una realtà sempre più marginalizzata, potrebbero rappresentare la chiave di volta del riordino delle cure primarie e dell'integrazione ospedale territorio. Ne è convinto **Silvestro Scotti**, vicesegretario nazionale Fimmg e segretario nazionale Fimmg-Continuità Assistenziale che delinea a *M.D.* gli attuali punti di forza e di debolezza di questo comparto e le azioni necessarie per valorizzarne ruolo e funzione all'interno di una revisione e riorganizzazione complessiva dell'assistenza territoriale

► **Anna Sgritto**

Laureatosi in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Napoli Federico II nel 1993, interno volontario in Pediatria, **Silvestro Scotti** avrebbe voluto esercitare questa disciplina, ma "galeotto" fu il corso di formazione in medicina generale che segnò definitivamente le sue scelte professionali e aprì la strada dell'impegno sindacale.

► **Il corso di formazione che ha frequentato era il primo conforme al dettato europeo sulla formazione in medicina generale?**

"Sì. Si trattava del primo corso, dopo quello sperimentale dell'88-91, che rispondeva alla direttiva europea. L'Acn allora in vigore non contemplava questa novità, è sta-

ta la convenzione del 1996 a determinare il valore del corso di formazione in medicina generale. Ho partecipato attivamente a questo riconoscimento, prima costituendo insieme ai colleghi del corso un'associazione per dare voce alle istanze dei medici in formazione per poi confluire in Fimmg quando il sindacato ha costituito il comparto della formazione su nostra provocazione".

► **Lei è uno dei più giovani componenti eletti nell'esecutivo Fimmg...**

"Può sembrare un paradosso, visti i miei 49 anni, ma è proprio così. Dopo 20 anni di militanza e di impegno sono diventato un membro dell'esecutivo, passando attraverso il settore della continuità assi-

stenziale (CA) in una fase topica, quella della divisione dal comparto dell'Emergenza Urgenza in cui la funzione della CA sembrava essere destinata ad estinguersi".

► **Da comparto in estinzione a elemento chiave del riordino dell'assistenza di primo livello sul territorio?**

"La convenzione del 2005 è stata il vero spartiacque. Ha cambiato il paradigma negoziale della continuità assistenziale riportandolo ad una condizione più vicina alla medicina generale rispetto a quello dell'Emergenza Urgenza, ha ridefinito l'azione medica in termini di responsabilità, ha creato i presupposti di autonomia dalle aree distrettuali. Proprio nell'Acn del 2005, soprattutto nella parte

Cala il numero dei medici di CA, ma aumentano gli interventi evasi dal servizio

Secondo i dati dell'Annuario Statistico del Servizio sanitario nazionale, pubblicato nel gennaio 2012 dal ministero della Salute, che riporta le attività erogate nel 2009, il servizio di continuità assistenziale nell'anno 2009 ha visto impegnati 12.359 medici titolari, con una media di 21 medici per 100.000 abitanti, che hanno effettuato complessivamente 17.229 contatti per 100.000 abitanti. A livello territoriale si registra una realtà notevolmente diversificata sia per quanto riguarda la densità dei punti di guardia medica sia per quanto concerne il numero dei medici titolari per ogni 100.000.

Osservando i dati dell'ultimo decennio si evince che nel 2003 i medici di CA erano 14.383 e assistevano una popolazione di 57.321.070 abitanti con 8.939.795 visite domiciliari e un tasso di ricoveri del 2.4% sul totale delle visite effettuate. Quindi dal 2003 al 2009 i medici di continuità sono diminuiti di 2024 unità a fronte di un aumento della popolazione assistita di 2.723.998 unità. Malgrado ciò nel 2009 le visite domiciliari sono aumentate fino a 10.345.165 e il tasso di ricovero si è attestato all'1.8%

relativa al livello di contrattazione regionale e aziendale, erano presenti moltissimi degli elementi di cui oggi si discute come di una novità in termini di integrazione professionale: équipe territoriali, Utap. L'art. 62, avrebbe potuto fare da volano al processo di integrazione, ma così non è stato. Nei vari comma di quell'articolato sono presenti delle importanti novità come la possibilità di gestire il sistema della continuità assistenziale attraverso delle reperibilità domiciliari e di valutare, nelle forme di integrazione, l'evoluzione di una parte del compenso della CA a quota capitaria.

Nessuna Regione e nessuna Azienda ha però messo in pratica tale possibilità. Il pagamento a quota oraria ha fatto sì che l'inquadramento del medico di CA fosse più vicino alla realtà della subordinazione pura, per cui la copertura oraria è diventata l'elemento distintivo rispetto alla capacità di

risposta al paziente. In altre parole la CA è pagata ad ore per una comodità stipendiale, ma sostanzialmente il suo compito dovrebbe essere quello di dover garantire ai cittadini un'assistenza di primo livello da una certa ora ad un'altra. Come lo faccia, con quale organizzazione e secondo quale definizione oggi è determinato più dalle aziende che dai medici. L'azienda per esempio stabilisce l'ubicazione della sede, se è prevista o meno l'auto di servizio, quanti devono essere i numeri di telefono entranti e in uscita, se il medico di CA risponda a un solo presidio sul territorio o a due. Quindi anche i tempi di intervento, rispetto alla grandezza del territorio coperto, sono in definitiva decisi dall'Azienda. Se dobbiamo riportare questo sistema ad essere confrontabile con quello della medicina generale per potersi integrare, dovremmo fare evolvere questa situazione. Non dimentichiamo che ai medici

delle cure primarie viene chiesto di organizzarsi in un'offerta assistenziale completa, non solo nell'ambito della capacità oraria, ma soprattutto nella capacità di liberare tempi per incidere sul fronte della medicina preventiva, d'iniziativa e di gestione delle cronicità.

Nel riordino delle cure primarie diventa strategica l'integrazione fra Mmg e medici di continuità assistenziale ed è quindi necessario, in un'ottica di efficienza ed efficacia di tale integrazione, porsi il problema di legare l'azione oraria del medico di CA con incarico singolo o doppio alla quota capitaria complessiva del gruppo di assistenza primaria di cui fa parte".

► Ma la proposta di ruolo e accesso unico alle funzioni della MG non risolverebbe questa "dicotomia" del compenso?

"Questo è l'obiettivo, ma nel frattempo è necessario trovare una soluzione ponte se non vogliamo far confliggere i due sistemi. Inoltre, l'evoluzione verso il ruolo unico ci pone immediatamente davanti ad un'altra importante domanda: esiste o meno una capacità assistenziale h. 24 dell'attuale sistema così come ci viene richiesto? Sarebbe forse più opportuno e utile pensare ad un sistema h. 16 come già stanno ipotizzando alcune Regioni".

► Perché e come un sistema di copertura assistenziale h. 16 potrebbe rilevarsi più utile e opportuno?

"Le Regioni che al momento stanno ipotizzando questa soluzione sono Toscana, Veneto e Emilia



Romagna. L'idea sarebbe quella di una rimodulazione strategica della copertura assistenziale h. 24, con il coinvolgimento della centrale operativa 118 dalle ore 24 alle ore 8.00. In questa fascia oraria, generalmente, siamo di fronte ad una casistica sottoposta a triage che va dal codice verde in su, i codici bianchi andrebbero evasi il mattino seguente. Si potrebbero così trasferire isorisorse dalle attività notturne a quelle diurne. In altre parole avremmo 56 ore settimanali non 'evase' dalla CA che potrebbero essere distribuite dal lunedì al venerdì. Oggi possono apparire possibili e sostenibili

anche eccessi di assistenza per il fatto che c'è una dotazione organica sufficiente, ma tali eccessi in breve tempo si potrebbero rivelare un vero e proprio boomerang per i medici di assistenza primaria. Bisogna fare i conti con una crisi vocazionale e i primi segnali si cominciano già a vedere e riguardano proprio la continuità assistenziale. In molte Regioni del Nord, per esempio, continuano ad aumentare le quote orarie di questo servizio che restano scoperte. Ciò è da addebitare ad un disagio professionale crescente e direttamente proporzionale alla marginalità che attualmente vive questo comparto.

Bisogna poi considerare anche che nei prossimi 5/10 anni avremo dal 30 al 60% di ricambio della forza lavoro e assisteremo ad una significativa contrazione del numero dei medici di medicina generale. Proprio per questo motivo dobbiamo essere capaci di creare situazioni che siano utili anche ad attrarre giovani colleghi e fare in modo che l'attuale sistema basti a se stesso".

► **Nel documento intersindacale, presentato al ministero della Salute, sul riordino delle cure primarie e sull'integrazione ospedale territorio, più che ai modelli, è stata data particolare rilevanza alla definizione giuridica del medico e di tutti gli attori coinvolti nel cambiamento...**

"Di modelli parliamo da anni, ma il problema di fondo della riorganizzazione dell'assistenza sul territorio è legislativo.

La modifica del Titolo V della Costituzione ha attribuito alle Regio-

ni le competenze in ambito organizzativo sanitario con lo sviluppo di diversi modelli assistenziali sia a livello territoriale sia ospedaliero. Questo di per sé non è negativo, può rappresentare una ricchezza.

Tali modelli però stanno condizionando significativamente i ruoli professionali e le relazioni preesistenti ed è per questo che è necessaria una riflessione circa il ruolo e l'autorevolezza di chi esercita un atto medico, sia nell'ambito del lavoro di équipe sia nel confronto tra attori delle diverse aree sanitarie.

In *primis* c'è da chiarire che un medico è un professionista a cui, indipendentemente dall'inquadramento contrattuale, si affida un mandato professionale che non può essere diverso tra il medico dipendente e quello convenzionato. Il ruolo e la responsabilità nella gestione e governance, in altre parole, devono essere affrontati valorizzando il mandato di opera professionale sia clinico sia gestionale in capo ai professionisti medici, siano essi medici ospedalieri o medici del territorio.

C'è bisogno di mettere in connessione il ruolo con la responsabilità se si vuole effettivamente realizzare l'integrazione tra i due livelli d'assistenza e questo spetta al governo e non alle Regioni".

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code