



Linee operative per la riorganizzazione del Servizio di continuità assistenziale

Indice

1. Situazione attuale e criticità
2. Obiettivi di sistema
3. Modelli organizzativi correlati al contesto
4. Ipotesi di riorganizzazione
5. Sviluppo temporale e fase transitoria.

Le presenti Linee operative contengono prime indicazioni utili ai fini della riorganizzazione del Servizio di Continuità assistenziale all'interno del territorio della Regione Sardegna. Esse forniscono indicazioni di carattere generale, da sottoporre al confronto e da integrare e modificare alla luce delle osservazioni condivise che emergeranno in occasione delle consultazioni.

Le presenti linee operative danno avvio al complesso e delicato processo di riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale previsto dal Piano Regionale dei Servizi sanitari 2006-2008 e costituiscono il primo tassello di un insieme di provvedimenti che consentiranno la predisposizione del Progetto Obiettivo Continuità Assistenziale.

1. Situazione attuale e criticità

Il servizio di continuità assistenziale assicura interventi domiciliari e territoriali per urgenze notturne, festive e prefestive. Il servizio è indirizzato a tutta la popolazione, appartenente ad ogni fascia di età, presente in un ambito territoriale.

Attualmente in Sardegna il servizio è articolato in 190 punti di Continuità Assistenziale.

Ciascun "punto guardia" opera in un preciso ambito territoriale; le dimensioni degli ambiti territoriali sono complessivamente molto ridotte, a ragione della particolare dispersione dei centri abitati;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

questo fenomeno è particolarmente evidente in alcune aree interne. Sono presenti, infatti, 15 ambiti territoriali con popolazione inferiore a 2.000 abitanti, 30 ambiti territoriali con popolazione compresa tra i 2.000 e i 3.000 abitanti, 11 dei quali nei territori della provincia di Nuoro.

Le prestazioni del servizio di continuità assistenziale sono realizzate da medici convenzionati con le ASL sulla base della disciplina del Capo III dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale.

In Sardegna gli addetti al settore sono 868, di cui:

- a. 733 a rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
- b. 135 a rapporto di lavoro a tempo determinato.

L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) del 2005 per la medicina generale modifica profondamente la struttura del servizio di continuità assistenziale per rendere più efficiente ed omogeneo il servizio nel territorio nell'ottica di una risposta globale della medicina generale nell'arco delle 24 ore.

L'art. 64 dell'ACN prevede che il rapporto ottimale medico di continuità assistenziale/popolazione residente, nella nostra regione attualmente pari a circa 1/1.900, sia portato ad un valore pari a 1/5.000; è consentita alla regione variare questo rapporto in ambiti di assistenza definiti, in aumento o in diminuzione, entro un intervallo del 30%. Nello specifico, è possibile prevedere - a regime e con riferimento a particolari specificità - un rapporto di 1/3.500.

Il monte ore attivato è pari a circa 1.085.000 ore/annuo; il valore economico del monte ore è pari a circa 30 milioni di €.

La riorganizzazione del servizio di cui al presente provvedimento è finalizzata a garantire tempestività delle risposte ed equità nell'accesso, in modo da assicurare un'effettiva continuità dell'assistenza rispetto sia ai medici di assistenza primaria sia al sistema del 118. Particolare attenzione deve essere riservata all'esigenza di garantire la sicurezza al personale, già vittima di gravi episodi di violenza; per ognuno dei 190 punti di continuità assistenziale è presente una guardia armata per un impegno di spesa pari a circa 15 milioni di Euro annui su base regionale.

Le principali criticità che si rilevano nell'attuale organizzazione del servizio sono di seguito riportate:

- il servizio non garantisce sufficiente appropriatezza rispetto alle prestazioni erogate; la mancanza di meccanismi di filtro (o *triage*) delle richieste degli assistiti espone il medico alla costante richiesta inappropriata;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- il livello di qualità percepita è basso;
- l'azione di filtro sui codici bianchi del pronto soccorso è del tutto insufficiente;
- l'isolamento in strutture periferiche e non sufficientemente idonee, costituisce motivo frequente di mortificazione professionale, rischio personale e marginalità rispetto al sistema dell'assistenza distrettuale;
- l'assenza di utilizzo delle forme associative con i medici di assistenza primaria nell'erogazione delle attività, limita l'effettiva continuità della presa in carico degli assistiti.

2. Obiettivi di sistema

La riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale si pone i seguenti obiettivi di sistema:

1. Riqualificare gli standard di risposta al cittadino;
2. Definire e attuare modelli organizzativi adeguati a ciascuna singola realtà, differenziati anche in ragione dell'offerta complessiva dei servizi nel territorio e in una logica di sistema;
3. Garantire ai cittadini l'erogazione delle prestazioni nel luogo più appropriato (a casa quando occorre, in presidio quando necessario), senza obbligare necessariamente il cittadino alla visita ambulatoriale;
4. Garantire le condizioni di sicurezza degli operatori, proteggendo le strutture (modelli strutturali) o l'attività del medico (modelli funzionali);
5. Riqualificare professionalmente i medici attraverso la ricollocazione in contesti operativi più idonei e funzionali;
6. Sviluppare l'informatizzazione del servizio, garantendo il collegamento ai dati sanitari remoti, quando possibile;
7. Potenziare la rete dei servizi in emergenza;
8. Sviluppare modelli innovativi di integrazione professionale avanzata, attraverso l'adozione di forme di integrazione funzionale, nell'ambito delle equipe territoriali, secondo un sistema diffuso di disponibilità domiciliare, o in modo strutturato attraverso la realizzazione delle Casa della salute in ciascun distretto;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

9. Razionalizzare i costi di gestione del sistema attuale;
10. Razionalizzare i costi di guardiania, attraverso l'utilizzo degli attuali operatori nelle nuove strutture del sistema o la riqualificazione professionale preliminare alla riconversione funzionale degli stessi (operatori socio-sanitari);
11. Garantire un progressivo adeguamento agli standard di rapporto ottimale previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale e dal Piano Regionale dei Servizi Sanitari.

3. Modelli organizzativi correlati al contesto

La riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale prevede la attivazione di modelli organizzativi differenziati a seconda del contesto di riferimento, tenuto conto del processo complessivo di riqualificazione della rete dei servizi territoriali previsto dal Piano regionale dei Servizi sanitari. Sono previsti quattro diversi modelli organizzativi.

a) Modello Casa della salute

Si tratta del modello da attivarsi nelle realtà territoriali nelle quali è prevista la realizzazione di una "Casa della Salute".

La Casa della Salute è una struttura territoriale, ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone. E' costruita e realizzata sul principio della centralità dei cittadini: i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, la presa in carico, l'orientamento di pazienti e familiari all'interno del sistema rappresentano binari obbligati per lo svolgimento dell'intera attività. La Casa della salute è visibile, sul territorio, come luogo fisico nel quale si concentrano una serie di servizi e di attività attualmente spesso dispersi e frammentati all'interno del territorio. Ciò la rende riconoscibile come il luogo al quale fa capo, sul territorio, la presa in carico e la continuità assistenziale, e concorre a creare le condizioni perché diventi un punto di riferimento per i cittadini; pertanto convoglia e racchiude in sé servizi ed attività che altrimenti resterebbero dispersi sul territorio.

In questo contesto, i medici di continuità assistenziale assumono particolare rilievo nel garantire prestazioni erogate con continuità e appropriatezza, sulla base di programmi assistenziali definiti nell'ambito di valutazioni multidimensionali. La Casa della Salute permette, infatti, di operare garantendo servizi integrati in rete, tra sanitario e sanitario e tra sociale e sanitario.

I principali criteri organizzativi che guidano la realizzazione delle case della salute sono:



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- a) la previsione, di norma, di almeno 1 struttura per distretto;
- b) la collocazione, prioritariamente, in comuni con popolazione maggiore di 10.000 abitanti e, preferibilmente, in località prive di pronto soccorso ospedalieri;
- c) l'erogazione di prestazioni complesse di assistenza primaria e specialistica, prestazioni ambulatoriali e domiciliari di CA e servizi clinici e amministrativi di livello distrettuale;
- d) la piena integrazione delle attività di continuità assistenziale nella rete integrata dei servizi distrettuali, con l'attribuzione a ciascun medico, di norma, di almeno 4 ore ulteriori per attività istituzionali non notturne;
- e) il forte orientamento delle attività all'effettivo potenziamento delle cure domiciliari, assicurando una risposta medico-infermieristica e specialistica H24 basata su piani personalizzati di assistenza;
- f) l'utilizzo di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici comuni e condivisi con tutti i professionisti che partecipano al processo di cura;
- g) l'informatizzazione del sistema per consentire l'interrelazione fra i professionisti sanitari, e tra questi e i nodi della rete integrata dei servizi socio-sanitari del distretto.

b) Modello H24

Il modello di continuità assistenziale ad attività H24 è funzionale alla realizzazione di un programma di revisione e potenziamento della rete territoriale dell'emergenza-urgenza che preveda risposte adeguate in tempi idonei. La dislocazione di ambulatori di CA ad attività H24, in numero fino a 12 sul territorio regionale, è definita in sede regionale, sentito il Comitato Regionale dell'Emergenza Urgenza, sulla base delle proposte formulate dalle ASL, ed è finalizzata alla copertura dei territori nei quali non sono attualmente garantiti interventi entro i tempi ritenuti ottimali.

La realizzazione del modello H24 in un particolare ambito territoriale presuppone:

- a) la presenza nella stessa struttura di una o più associazioni di volontariato convenzionate con il 118 che garantiscano la copertura H24 del servizio nei sette giorni della settimana;
- b) l'erogazione di prestazioni ambulatoriali da parte dei medici di continuità assistenziale, e la garanzia di una immediata attivazione degli stessi per interventi in urgenza;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- c) la presenza di almeno 6 medici a 38 ore settimanali per ciascuna sede ambulatoriale;
- d) l'aggiornamento e la riqualificazione dei medici operanti nella struttura;
- e) l'integrazione con le Centrali Operativi 118 che dispongono tutte le attività erogate all'esterno della struttura, ivi comprese le visite domiciliari, che rivestono carattere di emergenza-urgenza;
- f) la garanzia di elevare la qualità e la competenza dei trasporti sanitari, attraverso la eventuale medicalizzazione delle ambulanze delle associazioni di volontariato;
- g) la piena adesione ai piani di intervento e ai protocolli operativi integrati definiti dalle C.O. 118.

c) Modello strutturale urbano

Si tratta di un modello da adottare nelle realtà territoriali nelle quali è presente un pronto soccorso ospedaliero.

Nel territorio regionale sono presenti 21 comuni con ospedali sede di pronto soccorso. Il numero degli accessi complessivi al pronto soccorso ha mostrato nel corso degli ultimi anni un costante e continuo incremento; come è noto una rilevante quota degli accessi (pari al 18,2% sul totale di circa 400.000 accessi/anno) è rappresentato da condizioni non gravi codificati con colore bianco, più propriamente da riferire ai livelli di assistenza primaria. In questo contesto, con la finalità di migliorare l'appropriatezza delle attività di pronto soccorso, diminuire le attese, e facilitare il riferimento dell'utenza ad ambulatori di prossimità dedicati allo svolgimento di prestazioni mediche e di chirurgia minore, anche con carattere d'urgenza, si ritiene opportuno ricollocare gli ambulatori di CA in prossimità dei pronto soccorso, possibilmente nell'ambito degli stessi presidi ospedalieri. Il Modello strutturale urbano è, quindi, caratterizzato da:

- a) essere localizzato in prossimità delle sedi di PS;
- b) svolgere la funzione di intercettare i codici bianchi che arrivano oggi al PS;
- c) funzionare secondo un modello di riferimento spontaneo o mediato dal pronto soccorso, comunque non a chiamata;
- d) effettuare solo prestazioni ambulatoriali;
- e) essere, di norma, non ubicato in comuni dove insistono strutture di cui al punto 1 e 2.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

d) **Modello distrettuale diffuso**

Si tratta di un modello da adottarsi in via sperimentale nelle realtà nelle quali non è possibile realizzare nessuno dei precedenti modelli organizzativi.

Il modello distrettuale diffuso nasce dall'esigenza di assicurare le prestazioni richieste, al domicilio dell'assistito, nel rispetto dei tempi massimi previsti in relazione alle condizioni di bisogno, in ambiti territoriali poco popolati e/o caratterizzati da una forte dispersione dei centri abitati. In questi contesti, il modello diffuso permette di ridurre i rischi per la sicurezza degli operatori e di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate. Il modello prevede un'organizzazione distrettuale, o subdistrettuale per i distretti con popolazione superiore ai 60.000 abitanti e con forte dispersione dei centri abitati, fondato su due elementi essenziali:

1. la realizzazione di una centrale operativa di distretto, attivata da un numero telefonico unico, gestita da personale sanitario dotato di particolare competenze e conoscenze della rete dei servizi distrettuali, che svolge funzione di indirizzo nei confronti dell'utenza e di filtro nei confronti dei medici di continuità assistenziale; la centrale operativa può servire più distretti nei casi in cui i singoli ambiti distrettuali abbiano una popolazione inferiore a circa 30.000 abitanti.
2. la localizzazione dei medici presso il proprio domicilio, presso presidi sanitari o sociosanitari protetti presenti nel territorio di riferimento, individuati sulla base di criteri geografici e comunque in numero tale da assicurare la copertura dei bisogni assistenziali e lo svolgimento delle prestazioni al domicilio dell'assistito nei tempi ritenuti ottimali, e comunque non oltre i 30 minuti.

Le principali caratteristiche del modello sono di seguito riportate:

- a. Il servizio è attivo solo per le prestazioni domiciliari non programmate;
- b. è attivato tramite centrale operativa distrettuale che svolge anche funzione di *triage*;
- c. il medico si sposta per l'intervento dal proprio domicilio, da struttura sanitaria o da altra struttura messa a disposizione dall'ASL;
- d. il medico è collegato tramite telefono radiomobile che ne garantisce la continua reperibilità;
- e. i medici sono dislocati nel territorio del Distretto in modo tale che ogni chiamata sia evasa con un tempo di percorrenza non superiore a 30 minuti;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- f. il modello coesiste e si integra con quelli precedentemente descritti orientati all'attività ambulatoriale o domiciliare programmata.

4. Ipotesi di riorganizzazione

I modelli proposti sono orientati a realizzare le forme di integrazione professionale delle attività della medicina di continuità assistenziale con la medicina generale e con le altre discipline presenti nel distretto per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e alla realizzazione di specifici programmi assistenziali di livello regionale e aziendale. Tutti i modelli organizzativi operano su ambiti distrettuali o, nei distretti più vasti e/o a maggiore dispersione dei centri abitati, su ambiti subdistrettuali.

La riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale è condotta con gradualità nel territorio regionale, secondo distinte fasi di attuazione e nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 12, comma 2 della legge regionale n. 10 del 28/7/2006:

- definizione dei criteri organizzativi generali;
- formulazione delle prime proposte di riorganizzazione da parte delle ASL, nel rispetto dei criteri e principi definiti dalla Regione;
- analisi e valutazione delle ipotesi di riorganizzazione proposte dalle ASL;
- definizione e approvazione del Progetto Obiettivo regionale;
- realizzazione dei programmi di riorganizzazione.

Il percorso di riorganizzazione è realizzato con gradualità, nel tempo e nel territorio. In coerenza con quanto previsto dal contratto nazionale e dalla programmazione regionale, il processo persegue l'obiettivo di garantire, in media a livello regionale, lo standard di 1 medico ogni 3.500 abitanti; nelle aree con maggiori indici di dispersione demografica, il valore del parametro può essere superato, nel rispetto del rapporto ottimale complessivo definito a livello regionale.

La riorganizzazione del servizio, attuata nell'ottica del miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, deve garantire il mantenimento degli attuali livelli di occupazione: tale obiettivo può essere perseguito impegnando i MCA nei programmi di sviluppo di servizi distrettuali integrati in rete, sanitari e socio-sanitari, con particolare riguardo ai programmi di potenziamento delle cure domiciliari, nei confronti dei quali il medico di continuità assistenziale



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

opera come parte integrante dell'equipe di cura, con la possibilità di valorizzare le eventuali competenze specialistiche acquisite.

Le ASL che dispongano di medici in servizio nella continuità assistenziale in esubero rispetto al rapporto ottimale sopra definito, non possono attribuire incarichi di titolarità fino al riequilibrio di tale rapporto.

5. Sviluppo temporale e fase transitoria

I modelli presentati sono orientati a migliorare l'erogazione delle attività di continuità assistenziale attraverso la graduale attuazione degli stessi da parte delle ASL. L'attuazione dei diversi modelli organizzativi può avere tempi differenziati: il modello H24 e il modello strutturale urbano possono essere attivati nelle Asl con tempi relativamente rapidi; il modello casa della salute implica la realizzazione delle stesse nei territori; il modello distrettuale diffuso (più complesso e innovativo) è proposto in via sperimentale in specifici ambiti distrettuali; al termine della fase sperimentale e previa valutazione dei risultati raggiunti, il modello potrà essere esteso su tutto il territorio regionale.

Al fine di accelerare il processo di definizione del Progetto Obiettivo Continuità Assistenziale, le Asl possono avviare, in contemporanea con la fase di consultazione sulla presente deliberazione, prime analisi e valutazioni circa le ipotesi da perseguire con riferimento a:

1. i comuni nei quali è possibile e opportuno realizzare i modelli di cui ai punti 1, 2 e 3;
2. la disponibilità di sedi idonee e le soluzioni ricercate per attuare le proposte di riqualificazione nel rispetto delle linee operative regionali;
3. le modalità con le quali si ritiene di poter conseguire gli obiettivi di integrazione della MCA con le attività del distretto attraverso la realizzazione delle case della salute;
4. le modalità e l'ambito di sperimentazione del modello di cui al punto 4.