

Medicina Generale e Territorio: modello organizzativo dello SNAMI

PREMESSA

Ormai è molto sentita la necessità di rispondere in modo congruo ad una nuova domanda di salute proveniente dal cittadino che va orientata secondo le esigenze dell'intera collettività, considerando le varie realtà orografiche del territorio, ma garantendo una efficace ed appropriata risposta sanitaria, compatibile con le risorse economiche sostenibili dal S.S.N.;

Il Modello SNAMI porta avanti dei programmi di ristrutturazione e potenziamento del servizio di C.A. con l'attuazione dell'H24, attraverso cui da una parte dare risposte agli utenti che siano sempre più valide in termini di efficienza ed efficacia delle prestazioni erogate e dall'altra rivalutare il ruolo del medico che opera in continuità assistenziale consentendogli una riqualificazione del suo ruolo professionale ed una integrazione con gli altri attori del territorio indispensabile sia per ottimizzare le risorse che per prevenire i ricorsi impropri al Pronto Soccorso.

La realizzazione di tale obiettivo (potenziamento e riqualificazione dell'offerta in ambito territoriale) non può prescindere da :

1) una chiara e precisa definizione dei compiti e del ruolo dei medici di CA

La continuità assistenziale deve essere potenziata ed assumere ancora più le caratteristiche di indispensabile **filtro tra cittadino e strutture territoriali di primo e secondo livello**, facendo parte dei programmi regionali di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire, con attività distrettuali e territoriali, la continuità dell'assistenza sanitaria nelle 24 ore, con la presa in cura dell'utente, l'organizzazione di attività sanitarie territoriali e la verifica di processi sanitari e sociali per il mantenimento dello stato di salute del cittadino (screening, prevenzioni malattie, vaccinazioni, medicina fiscale, medicina scolastica, A.D.P, A.D.I. ecc.). E' pertanto opportuno prevedere linee guida e protocolli di intervento, per la completa integrazione tra i medici di C.A. e di A.P., e tra questi e la C.O. del 118, prevedendo, oltre ai presidi già presenti sul territorio, anche la formazione di presidi territoriali di assistenza (PTA, per esempio uno per Distretto), in cui attraverso gli Ambulatori Distrettuali o Punti di Primo Intervento (PPI gestiti dai medici di CA) secondo le diverse potenzialità del contesto locale e con l'integrazione degli specialisti ambulatoriali e degli infermieri e sistemi di diagnostica essenziale, si dia un livello di risposta più adeguato ai fabbisogni di assistenza sanitaria dei cittadini, in cui le varie figure professionali operino nel rispetto delle proprie competenze e con pari dignità (art. 62, comma 7, A.C.N. 2005, come rinnovato dall'A.C.N. 2009).

2) tempo pieno: passaggio dalle attuali 24 ore settimanali a 38 ore, con il completamento dell'orario in attività diurne feriali al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutto l'arco della settimana, nel rispetto delle programmazioni regionali e con la possibilità anche, secondo la valutazione di titoli e di curriculum di una progressione professionale ad esempio quale medico coordinatore di presidio, medico referente per la CA di distretto, medico referente aziendale.

STRUTTURA DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

Di seguito la strutturazione del modello suddetto, secondo quanto già presentato a suo tempo, sulla falsariga del progetto Me.Di.Co.: