

Sanita':quasi 2mln prestazioni in più a carico 118 con H16

Collasso pronto soccorso se passa atto medicina convenzionata

ROMA

(ANSA) - ROMA, 30 MAG - Quasi 2 milioni di prestazioni in più a carico del 118 nella fascia oraria 24-8, ovvero il 25% delle prestazioni notturne lasciate in eredità dalla guardia medica che arriverebbero ad oltre 3 milioni totali se si considera che l'inizio di attività del 118 nei festivi è alle ore 20.

Questo lo scenario che si realizzerebbe se entrasse in vigore a risorse invariate l'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità nell'aprile scorso, che prevede l'apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale (l'ex guardia medica). Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l'assistenza verrebbe affidata al 118.

Numeri alla mano, elaborati dall'Anaa Assomed in uno studio sugli effetti e sui costi di queste disposizioni, viene dimostrato che l'emergenza-urgenza territoriale 118 è un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà, ma tale da non poter sostenere l'affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento.

'Non sembra realistica', secondo il sindacato, l'ipotesi di affidare l'assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza-urgenza senza prevedere di investire risorse economiche per assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro. L'Anaa Assomed ritiene misura indispensabile, "una reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio ad uno i ben 2340 numeri di telefono della Guardia Medica Italiana". La scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse economiche, infine, "deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite piuttosto che dall'orario di apertura dei servizi: per fare questo - prosegue il sindacato - sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che ad oggi nell'ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente". (ANSA).

COC/

S04 QBKN

AKS0037 7 SAN 0 DNA NAZ

SANITA': ANAAO, +2 MLN PRESTAZIONI PER 118 CON ADDIO GUARDIA MEDICA NOTTURNA =
Ripensare il modello h16

Roma, 30 mag. (AdnKronos Salute) - Quasi 2 milioni di prestazioni in più a carico del 118 nella fascia oraria 24-8, ovvero il 25% delle prestazioni notturne lasciate in eredità dalla guardia medica che arriverebbero ad oltre 3 milioni totali se si considera che l'inizio di attività del 118 nei festivi è alle ore 20. È lo scenario possibile con l'entrata in vigore, "a risorse invariate, dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità nell'aprile scorso". A delineare la prospettiva i numeri elaborati dall'Anaa Assomed, in uno studio sugli effetti e sui costi di queste disposizioni.

Il provvedimento, ricorda il sindacato, prevede "l'apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale (l'ex guardia medica). Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l'assistenza verrebbe affidata al 118". Numeri alla mano, nello studio Anaa Assomed, "viene dimostrato che l'emergenza-urgenza territoriale 118 è un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà, ma tale da non poter sostenere l'affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento".

"Non pare realistica - dice l'Anaa - l'ipotesi di affidare l'assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza-urgenza senza prevedere di investire risorse economiche per assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro. Peraltro, in nessun Paese oltralpe la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale, esistendo ben nove differenti tipi di offerta di cure primarie territoriali negli orari di chiusura degli studi dei medici di famiglia".

(segue)

(Ram/AdnKronos Salute)

ISSN 2499 - 3492
30-MAG-16 15:47

AKS0038 7 SAN 0 DNA NAZ

SANITA': ANAAO, +2 MLN PRESTAZIONI PER 118 CON ADDIO GUARDIA MEDICA NOTTURNA (2) =

(AdnKronos Salute) - Secondo Anaa Assomed è, invece, una "misura indispensabile la reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio a uno solo i ben 2.340 numeri di telefono della Guardia medica italiana".

La scelta di "dove allocare o tagliare le risorse economiche, infine, deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite piuttosto che dall'orario di apertura dei servizi: per fare questo sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che a oggi nell' ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente", conclude il sindacato.

(Ram/AdnKronos Salute)

ISSN 2499 - 3492

30-MAG-16 15:47

Sanità, Anaa: ecco perché è da ripensare il modello h16

Salute & Benessere about 1 min ago

(AGENPARL) – Roma, 30 mag – Quasi 2 milioni di prestazioni in più a carico del 118 nella fascia oraria 24-8, ovvero il 25% delle prestazioni notturne lasciate in eredità dalla guardia medica che arriverebbero ad oltre 3 milioni totali se si considera che l'inizio di attività del 118 nei festivi è alle ore 20. Questo lo scenario – spiega in una nota Anaa Assomed – che si realizzerebbe se entrasse in vigore a risorse invariate l'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità nell'aprile scorso, che prevede l'apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale (l'ex guardia medica). Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l'assistenza verrebbe affidata al 118.

Numeri alla mano, elaborati dall'Anaa Assomed in uno studio sugli effetti e sui costi di queste disposizioni, viene dimostrato che l'emergenza-urgenza territoriale 118 è un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà, ma tale da non poter sostenere l'affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento.

Non pare realistica l'ipotesi di affidare l'assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza -urgenza senza prevedere di investire risorse economiche per assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro. Peraltro, in nessun Paese oltr'alpe la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale, esistendo ben nove differenti tipi di offerta di cure primarie territoriali negli orari di chiusura degli studi dei medici di famiglia.

L'Anaa Assomed ritiene misura indispensabile, una reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio ad uno i ben 2340 numeri di telefono della Guardia Medica Italiana.

La scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse economiche, infine, deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite piuttosto che dall'orario di apertura dei servizi: per fare questo sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che ad oggi nell'ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente.

ABOUTPHARMA_{ONLINE}

SANITÀ E POLITICA LEGAL & REGULATORY REGIONI PERSONE E PROFESSIONI AZIENDE

MEDICINA SCIENZA E RICERCA

| Sanità e Politica

Guardia medica e assistenza H16, simulazioni Anaao: tre milioni di prestazioni in più per il 118

Uno studio del sindacato dei medici ospedalieri stima gli effetti dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità ad aprile, che prevede la l'apertura degli studi dei medici di famiglia per 16 ore e la "scomparsa" della continuità assistenziale

di Redazione Aboutpharma Online

30 maggio 2016



Una mole di lavoro in più che rischia di mandare in tilt il servizio di emergenza del 118: quasi due milioni di prestazioni in più nella fascia oraria 24-8, ovvero il 25% delle prestazioni notturne lasciate in eredità dalla guardia medica che arriverebbero ad oltre tre milioni totali se si considera che l'inizio di attività del 118 nei festivi è alle ore 20. È lo scenario ipotizzato in uno studio

dell'**Anaao Assomed** come effetto della possibile entrata in vigore "a risorse invariate, dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità nell'aprile scorso".

Il prevedimento, ricorda il sindacato, prevede "l'apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale (l'ex guardia medica). Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l'assistenza verrebbe affidata al 118". Numeri alla mano, nello studio Anaao Assomed, "viene dimostrato che l'emergenza-urgenza territoriale 118

è un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà, ma tale da non poter sostenere l'affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento”.

“Non pare realistica – dice l’Anaa – l’ipotesi di affidare l’assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza-urgenza senza prevedere di investire risorse economiche per assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all’altro. Peraltro, in nessun Paese oltralpe la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale, esistendo ben nove differenti tipi di offerta di cure primarie territoriali negli orari di chiusura degli studi dei medici di famiglia”.

Secondo Anaa Assomed è, invece, una “misura indispensabile la reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio a uno solo i ben 2.340 numeri di telefono della Guardia medica italiana”.

La scelta di “dove allocare o tagliare le risorse economiche, infine, deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall’equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite piuttosto che dall’orario di apertura dei servizi: per fare questo sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che a oggi nell’ ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente”, conclude il sindacato.

Lo studio

TAGS: [118](#) - [Anaa](#) - [Guardia Medica](#) - [H16](#) - [Medicina Convenzionata](#)

Sanità, "con abolizione guardia medica 2 milioni di prestazioni in più a carico del 118. Governo ci ripensi"



L'allarme dell'Associazione Medici e dirigenti del Servizio sanitario nazionale, che chiede di ripensare i contenuti dell'atto di indirizzo approvato ad aprile dal comitato Regioni-Sanità. "Serve reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e continuità assistenziale partendo dai servizi in rete"

di [Costanza Lotti](#) | 30 maggio 2016

Quasi due milioni di **prestazioni** in più a carico del **118** nella fascia oraria compresa fra mezzanotte e le otto del mattino. E' questa la pesante eredità che lascerebbe l'**abolizione della Guardia medica** prevista ad aprile nell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità. Secondo l'Associazione Medici e dirigenti del Servizio sanitario nazionale (**Anaao Assomed**), l'eliminazione della Guardia Medica si tradurrà infatti inevitabilmente in un incremento del 25% delle prestazioni notturne che dovranno essere gestite dal 118. "E' questo lo scenario che si realizzerebbe se, a **risorse** invariate, entrasse in vigore l'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, (...) che prevede l'apertura degli **studi dei medici** di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale (l'ex guardia medica)", spiegano dall'associazione.

Pubblicità

Per l'associazione dei medici si tratta di un fardello troppo grande per il sistema del 118: "Non pare realistica l'ipotesi di affidare

•ULTIMA ORA•

territoriale al servizio di
emergenza-urgenza senza
prevedere di **investire**

risorse economiche per assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro – spiega in una nota l'associazione guidata da **Costantino Troise** – Peraltro, in nessun Paese d'Oltralpe la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale, esistendo ben nove differenti tipi di offerta di **cure primarie territoriali** negli orari di chiusura degli studi dei medici di famiglia”.

Ma soprattutto l'associazione denuncia la volontà politica di rivedere il servizio ai cittadini senza passare prima per un miglioramento di efficienza dell'esistente: per l'Anaa Assomed sarebbe infatti auspicabile “una reale **integrazione** tra Centrale Operativa 118 e continuità assistenziale (...) partendo dai servizi in rete e riducendo, ad esempio, ad uno i ben 2340 numeri di telefono della Guardia Medica”.

Per i medici del servizio sanitario pubblico la scelta di dove allocare e ridurre le risorse dovrebbe infatti essere guidata dall'efficacia dei sistemi e dall'**equità** di accesso ai servizi. Per questa ragione l'Anaa Assomed propone “programmi di valutazione e monitoraggio che ad oggi nell'ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente”. Strumenti essenziali per ottimizzare la spesa pubblica evitando **tagli lineari** che vanno a danno dei livelli essenziali di assistenza e dei servizi ai cittadini.

[Home](#) [Sezioni](#) [Newsletter](#) [Cerca](#)

Anaa: da ripensare il modello h16

Sanità

Anaa: da ripensare il modello h16

redazione, 30 Maggio 2016 21:10

Quasi 2 milioni di prestazioni in più a carico del 118 tra mezzanotte e le 8 del mattino, ovvero il 25% delle prestazioni notturne lasciate “in eredità” dalla Guardia medica, che arriverebbero a oltre 3 milioni totali se si considera che l’inizio di attività del 118 nei giorni festivi è alle otto di sera.

È questo lo scenario che, secondo l'Anaa Assomed, si realizzerebbe se entrasse in vigore «a risorse invariate» l’atto di indirizzo per la medicina convenzionata approvato dal Comitato di settore Regioni-Sanità nell’aprile scorso. Il documento prevede l’apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di Continuità assistenziale (l'ex Guardia medica). Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l’assistenza verrebbe affidata al 118.

In uno studio sugli effetti di queste disposizioni, l'Anaa Assomed mostra che l’emergenza-urgenza territoriale 118 è «un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà, ma tale da non poter sostenere l’affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento».

Secondo i dati raccolti dal sindacato, nella fascia oraria 20-24 vengono valutati in Pronto soccorso circa il 12% dei codici bianchi totali e tra le 24 e le 8 il 4%. Mantenendo le stesse proporzioni, il 118 dovrebbe farsi carico nella fascia oraria 24-8 del 25% delle prestazioni notturne della Guardia medica, ovvero di circa 1.700.000, che aumentano a oltre 3 milioni totali se si considera che l’inizio di attività del 118 è previsto alle ore 20 nei festivi.

Di conseguenza, per l'Anaa Assomed «non pare realistica l’ipotesi di affidare l’assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza-urgenza senza prevedere di investire risorse economiche per assumere altri medici, sia nel 118 che nel Pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all’altro». Il sindacato segnala inoltre che in nessun Paese d’oltralpe la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale, «esistendo ben nove differenti tipi di offerta di cure primarie territoriali negli orari di chiusura degli studi dei medici di famiglia». L'Anaa Assomed ritiene dunque «indispensabile una reale integrazione tra Centrale operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio a uno i ben 2.340 numeri di telefono della Guardia medica».

Infine, la scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse per il sindaco «deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall’equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite piuttosto che dall’orario di apertura dei servizi: per fare questo sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che a oggi nell’ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della Continuità assistenziale sembrano mancare totalmente».

Per ricevere gratuitamente notizie su questo argomento inserisci il tuo indirizzo email nel box e iscriviti:

E-mail *

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

 [panoramasanita.it](http://www.panoramasanita.it)

<http://www.panoramasanita.it/2016/05/31/anaao-assomed-ecco-perche-e-da-ripensare-il-modello-h16/>

Anaa Assomed: Ecco perché è da ripensare il modello H16

Uno studio dell'Anaa Assomed descrive l'emergenza-urgenza territoriale 118 come un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà. Comunque tale da non potere sostenere l'affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento.

Quasi 2 milioni di prestazioni in più a carico del 118 nella fascia oraria 24-8, ovvero il 25% delle prestazioni notturne lasciate in eredità dalla guardia medica che arriverebbero ad oltre 3 milioni totali se si considera che l'inizio di attività del 118 nei festivi è alle ore 20. Questo lo scenario, afferma l'Anaa Assomed "che si realizzerebbe se entrasse in vigore a risorse invariate l'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità nell'aprile scorso, che prevede l'apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale (l'ex guardia medica). Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l'assistenza verrebbe affidata al 118. [Numeri alla mano, elaborati dall'Anaa Assomed in uno studio sugli effetti e sui costi di queste disposizioni](#), viene dimostrato che l'emergenza-urgenza territoriale 118 è un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà, ma tale da non poter sostenere l'affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento. Non pare realistica" prosegue l'Anaa "l'ipotesi di affidare l'assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza -urgenza senza prevedere di investire risorse economiche per assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro. Peraltro, in nessun Paese oltr'alpe la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale, esistendo ben nove differenti tipi di offerta di cure primarie territoriali negli orari di chiusura degli studi dei medici di famiglia". L'Anaa Assomed ritiene "misura indispensabile, una reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio ad uno i ben 2340 numeri di telefono della Guardia Medica Italiana. La scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse economiche, infine, deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite piuttosto che dall'orario di apertura dei servizi: per fare questo sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che ad oggi" conclude l'Anaa Assomed "nell'ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente".

© 2016 Panorama della Sanità. All Rights Reserved.

30 mag
2016

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

LAVORO E PROFESSIONE

Ecco perché il modello H16 va ripensato. Lo studio Anaa: «Per il 118, oltre 3 milioni di prestazioni in più al giorno»

di Anaa-Assomed

PDF [Lo studio Anaa sull'h16](#)

Quasi 2 milioni di prestazioni in più a carico del 118 nella fascia oraria 24-8, ovvero il 25% delle prestazioni notturne lasciate in eredità dalla guardia medica che arriverebbero ad oltre 3 milioni totali se si considera che l'inizio di attività del 118 nei festivi è alle ore 20.

Questo lo scenario che si realizzerebbe se entrasse in vigore a risorse invariate l'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità nell'aprile scorso, che prevede l'apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale



☰ (l'ex guardia medica). Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l'assistenza verrebbe affidata al 118.

Numeri alla mano, elaborati dall'Anaa Assomed in uno studio sugli effetti e sui costi di queste disposizioni, viene dimostrato che l'emergenza-urgenza territoriale 118 è un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà, ma tale da non poter sostenere l'affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento.

Non pare realistica l'ipotesi di affidare l'assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza -urgenza senza prevedere di investire risorse economiche per assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro. Peraltro, in nessun Paese oltr'alpe la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale, esistendo ben nove differenti tipi di offerta di cure primarie territoriali negli orari di chiusura degli studi dei medici di famiglia.

L'Anaa Assomed ritiene misura indispensabile, una reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio ad uno i ben 2340 numeri di telefono della Guardia Medica Italiana.

La scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse economiche, infine, deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite piuttosto che dall'orario di apertura dei servizi: per fare questo sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che ad oggi nell'ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

EUROPA E MONDO
30 Novembre 2015

Allarme Aea: lo smog causa 430mila decessi prematuri in Europa

quotidianosanita.it

Lunedì 30 MAGGIO 2016

H16 e assistenza notturna al 118. “Senza investimenti su Pronto soccorso non è proposta realistica”. In uno studio i dubbi dell’Anaa

Quasi 2 milioni di prestazioni in più a carico del 118 nella fascia oraria 24-8, ovvero il 25% delle prestazioni notturne lasciate in eredità dalla guardia medica che arriverebbero ad oltre 3 milioni totali se si considera che l’inizio di attività del 118 nei festivi è alle ore 20. In nessun Paese d’oltralpe la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale

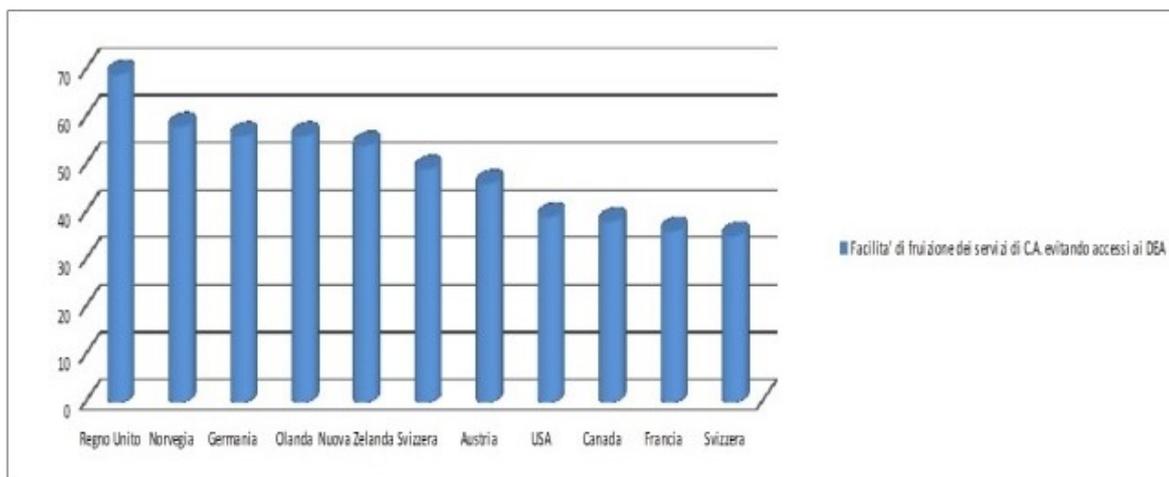
La figura del medico di guardia medica, primo lavoro ad inizio carriera per tanti e lavoro di una vita per altrettanti, potrebbe diventare un malinconico ricordo di tempi passati, come il termometro a mercurio. L’atto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità nell’aprile scorso, prevede infatti la possibilità, sia pure come modello non unico, dell’apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale (C.A.- l’ex guardia medica). Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l’assistenza verrebbe affidata al 118.

E’ quindi così inutile la guardia medica e così sotto-occupato il 118 da poter improvvisamente sopprimere il primo e delegarne l’attività al secondo? Analizziamo nel dettaglio gli aspetti più rilevanti dei due sistemi. La continuità assistenziale in Europa Il servizio di C.A. è diffuso, con nomi e modelli organizzativi diversi, in tutta Europa. Si possono individuare ben nove differenti tipi di offerta di cure primarie territoriali negli orari di chiusura degli studi dei medici di famiglia, che vanno dalle associazioni di MMG, ai servizi affidati ai privati, alla valutazione nei DEA ospedalieri (**tab. 1**) (**1**). In nessun paese europeo la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale.

Modello organizzativo	Definizione	Esempio
<i>Modelli di dimensioni contenute</i>		
Gestione del MMG	Ogni MMG si occupa dei propri pazienti <u>24</u> ore al giorno, <u>7/7</u> giorni.	Aree rurali <u>dell' Austria</u>
Associazioni di MMG	Medici attivi nella stessa regione si alternano nell'attività di C.A. per i pazienti di tutta l' <u>associazione</u> (fino a 15)	Comuni in <u>Norvegia</u>
<i>Modelli di grandi dimensioni</i>		
Cooperative di medici per le cure primarie	Organizzazione di MMG che a turno sono di guardia per tutti i pazienti. Si tratta di organizzazioni di grandi dimensioni che sono supportate da infermieri.	<u>Olanda</u>
Punti di primo soccorso	Centri in cui i pazienti <u>posso</u> recarsi senza appuntamento per ferite o patologie minori. Tali centri operano sotto la supervisione di un medico per le cure primarie.	<u>Slovenia</u>
Servizi in concessione	Agenzie private che forniscono medici in sostituzione del MMG.	<u>Regno Unito</u>
Centri per le patologie minori	Centri in cui i pazienti possono recarsi senza appuntamento per ferite o patologie minori, gestiti da personale infermieristico <u>formato</u>	<u>Irlanda</u>
<i>Modello ospedaliero</i>		
Triage telefonico	I pazienti <u>contattano</u> telefonicamente un professionista sanitario che consiglia il <u>setting</u> di cura più idoneo	<u>Portogallo</u>
Dipartimento di emergenza	Gestione dei pazienti affidata al dipartimento di emergenza ospedaliera	<u>Belgio</u>
Assistenza primaria fornita in ospedale	Assistenza primaria fornita in ospedale, come la gestione dei codici bianchi da parte del MMG nei DEA <u>italiani</u>	<u>Alcuni esempi in Italia</u>

Sembrano particolarmente efficienti i modelli in cui il passaggio di informazioni sanitarie tra ospedale e territorio è agevolato per esempio dall' utilizzo dei servizi in rete, come nel Regno Unito ed in Svezia **(2)**.

Da un sondaggio del 2012 condotto in tutta Europa (Italia esclusa) si evidenzia come soprattutto nel Regno Unito ed in Norvegia i servizi di continuità assistenziale siano percepiti dalla popolazione come facilmente accessibili, tali da evitare accessi impropri in Dea **(3)** **(Grafico 1)**.



I numeri della continuità assistenziale italiana Dai dati ministeriali del 2014 risulta che in Italia sono impiegati nel servizio di C.A. 11.921 medici titolari, distribuiti in 2881 postazioni. I medici di C.A. lavorano in media 19.522.835 ore all'anno, per un costo complessivo di circa mezzo miliardo. Ogni postazione di guardia medica fornisce una prestazione ogni due ore ovvero 5,5 prestazioni per turno **(4)**, di cui il 60% sono visite ambulatoriali mentre le visite domiciliari sono più rare **(5)**. La distribuzione dei vari tipi di prestazione è stata rilevata in uno studio del 2009 dell'ex ASL di Senigallia, secondo il quale le visite ambulatoriali costituirebbero il 52,8% del totale, le domiciliari il 31,2% e le consulenze telefoniche il 16% **(6)**. In un anno in Italia si calcolano un totale annuo di 5.368.779 visite ambulatoriali, per un costo stimato di oltre 260 milioni di euro.

Carico di lavoro fascia oraria 24-8 Per il comitato di settore Regione-Sanità i medici formati per gestire le emergenze territoriali dovrebbero dunque farsi carico dalle ore 24 alle 8 di prestazioni non urgenti, ambulatoriali, domiciliari e telefoniche. Dai dati disponibili non è possibile riferire il volume di attività del medico di C.A in questa fascia oraria. Ne è tuttavia ipotizzabile una stima verosimile, valutando la percentuale di accesso dei codici bianchi in PS nella fascia oraria 24-8 e considerando il dato applicabile anche alle prestazioni non urgenti territoriali. La percentuale di accesso dei codici bianchi in PS è estremamente variabile tra i diversi presidi, indipendentemente dalla fascia oraria, arrivando a punte massime del 50%, in un intervallo medio che va dal 12% al 30% **(7)**.

Esperienze significative, ancorché locali, indicano che nella fascia oraria 20-24 vengono valutati in PS circa il 12% dei codici bianchi totali e tra le 24 e le 8 il 4% **(8 - 9)**. Mantenendo le medesime proporzioni, se ne deduce che il 118 dovrebbe farsi carico nella fascia oraria 24-8 del 25% delle prestazioni notturne della 3 guardia medica, ovvero di circa 1.700.000 prestazioni, che aumentano ad oltre 3 milioni totali se consideriamo che l'inizio di attività del 118 è previsto alle ore 20 nei festivi. Il 118 è sufficientemente impegnato nelle ore notturne da non poter gestire, in un contesto isorisorse, questo ulteriore carico di lavoro: la sua attività 20-8 è compresa, a seconda delle postazioni, tra il 30% ed il 50% del totale.

La differenza tra le varie sedi è rilevante perché il sistema d'emergenza territoriale risponde con un offerta sostanzialmente omogenea e statica ad una domanda estremamente variabile. Pur essendoci postazioni in sedi rurali con indice di attività, soprattutto notturno, basso, va ricordato che il 118 è servizio sostanzialmente di attesa: l'indice di utilizzo della capacità produttiva di un mezzo affinché non venga compromessa la capacità di risposta deve essere compreso tra il 16% ed il 17%. Nelle aree urbane questo indice supera il 35%, aumentando il rischio di non garantire risposte adeguate **(10)**.

Va poi considerato che l'organizzazione del lavoro dei medici del 118 è estremamente variabile sul territorio nazionale: in alcune regioni i sanitari lavorano in turno attivo in PS, lasciando la postazione in DEA ad ogni chiamata dal territorio (Emilia Romagna), si occupano dei trasporti secondari urgenti tra ospedali (Piemonte), stanno già adesso coprendo l'attività di continuità assistenziale nelle aree geograficamente più remote. Difficile assegnare nuovi compiti se non togliendone altri.

Il 118 in Italia e in Europa Il servizio di soccorso 118 riveste una particolare importanza per le sue caratteristiche di universalità e tempestività di intervento, nonché per il suo impatto mediatico, che può influenzare il giudizio sul sistema sanitario tutto. Il servizio di emergenza-urgenza territoriale è ormai diffuso capillarmente in Europa, in tutti i paesi è fornito o almeno coordinato e supervisionato dal governo locale, regionale o nazionale. Il tipo di organizzazione si distingue in modello anglo-americano, dove l'emergenza è gestita da paramedici formati, e franco-tedesco, dove invece sui mezzi di soccorso è presente il medico.

Ovunque nell'attività di soccorso territoriale il tempo di intervento è criterio di qualità del servizio, più che fattore di efficienza, e il risultato non è un output codificabile alla stregua dei DRG perché, per esempio, il tasso di sopravvivenza di pazienti colpiti da arresto cardiaco diminuisce del 10% per ogni minuto trascorso senza un trattamento **(11)**.

In Italia i tempi di intervento previsti per legge per un codice giallo o rosso sono 8 minuti in area urbana, 20 minuti in area extraurbana, ma la percentuale di risposte entro 8 minuti è solo del 60%, contro il 78.3% del Regno Unito, l'85,3% della Danimarca e ben l'88% degli USA **(12)**. Difficilmente si otterrà un miglioramento dei tempi di risposta sui codici ad alta gravità affidando al 118 anche i compiti del medico di C.A. in una determinata fascia oraria.

La capacità produttiva del 118 Il numero annuo di chiamate per MSA (Mezzo di Soccorso Avanzato), calcolato sul tendenziale degli ultimi 5 anni, è compreso tra 700 e 1.200 interventi diurni e 500-700 notturni. In letteratura è descritto come su base annuale sia prevista una chiamata ogni 30 abitanti **(12)**. I volumi di attività aumentano poi nei grandi centri urbani, dove si contano oltre 3900 chiamate/anno per mezzo, di cui il 48,6% nella fascia notturna 20-8 **(13)**.

I costi del 118 I dati a riguardo sono parziali, frammentari e per lo più datati. Il servizio di emergenza urgenza territoriale 118 incide per non oltre il 1,5% **(14)** sulle risorse destinate alla sanità pubblica, con fortissime variabilità regionali legate al tipo di gestione ed organizzazione. Vi sono infatti Regioni in cui il sistema di soccorso è gestito su base provinciale, mentre in altre (Lazio e Lombardia) è affidato ad Aziende regionali; allo stesso modo in alcune realtà c'è un'elevata presenza di Associazioni, Enti e Cooperative del soccorso, mentre in altre si utilizza per lo più personale dipendente.

La FIASO (Federazione ASL e Ospedali) insieme all'università di Trento ha calcolato la spesa ottimale per i servizi di soccorso ed emergenza-urgenza basandosi sui dati del 118 di quattro regioni: Lazio, Lombardia,

Basilicata ed Emilia-Romagna, per un totale di oltre 20 milioni di potenziali utenti **(14)**. Dal lavoro è stato calcolato che il costo standard orario di un medico del 118 è di 72,9 euro ed il costo per la copertura h 24 del servizio di 638.785 euro. Tali valori portano ad individuare per un MSA H24 con equipaggio di medico infermiere e autista una spesa standard annua pari a 1.257.000 euro.

Il confronto tra il costo standard del personale calcolato dalla FIASO e quello di un sistema regionale a campione, unico raffronto possibile data l'incompletezza dei dati disponibili, appare significativo: i costi riferiti al 2009 in Piemonte per MSA H24/anno risultano di 1.169.000 euro, dunque inferiori rispetto allo standard, ed il costo del personale medico per postazione H24 è di 580.000/anno, anche questo minore di quanto calcolato dalla FIASO **(13)**.

Dallo studio emerge inoltre che il costo del personale rappresenta la componente largamente più onerosa, oscillando tra il 75 e l'89% del totale.

Il blocco del turn over, aumentando l'anzianità media di servizio e obbligando a ricorrere a straordinari e turni aggiuntivi, fa poi aumentare sensibilmente i costi dovuti a stipendi e indennità. L'utilizzo di personale non dipendente e l'impiego di specializzandi fanno ulteriormente lievitare la spesa. Molti medici lavorano infatti ancora in regime di convenzione, non essendo avvenuto per tutti il passaggio alla dipendenza, per un totale di medici occupati nel sistema 118 di oltre 15.000.

Conclusioni I dati economici e di attività ci descrivono l'emergenza-urgenza territoriale 118 come un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà. Comunque tale da non potere sostenere l'affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento. Sicuramente sarebbe indispensabile una maggiore omogeneità di organizzazione sul territorio nazionale, l'assunzione di personale sanitario con il passaggio alla dirigenza dei medici del 118, l'utilizzo di centrali d'acquisto per ridurre i costi delle forniture. Non pare pertanto realistica la proposta di affidare l'assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza - urgenza senza prevedere di investire risorse economiche nell'assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro. Rischiando peraltro di affastellare servizi e professionisti in assenza di una analisi puntuale delle evidenze e dei bisogni espressi nella fascia 24- 8.

E' invece indispensabile una reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio ad uno i ben 2340 numeri di telefono della Guardia Medica Italiana. Ricordiamo infine che la scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse economiche, deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite: per fare questo sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che ad oggi nell'ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente.

Domenico Montemurro

Responsabile Nazionale Settore Anaaio Giovani

Chiara Rivetti

Segreteria Regionale Anaaio Assomed Piemonte

Bibliografia

1 *Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models BMC 2009 9:105 Linda Huibers, Paul Giesen, Michel Wensing, Richard Grol*

2 *GPs and access to out-of-hours services in six European countries (Germany, Spain, France, Italy, the United Kingdom and Sweden)*

Laurence Hartmann, Philippe Ulmann, Lise Rochaix

3 *The Commonwealth Fund. 2013 International Health Policy Survey in Eleven Countries. Robin Osborn and Cathy Schoen.*

4 *Ministero della salute 2014 – “Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle aziende ospedaliere” - anno 2011*

5 *Agenas- Monitor 27*

6 *La riorganizzazione della continuità assistenziale in Italia e nelle Marche-Franco Pesaresi- 2014*

7 *Valutazione dell'impatto prodotto nelle Regioni monitorate per la riduzione degli accessi impropri in Pronto soccorso. Gianluca Fiorentini, Matteo Lippi Bruni, Irene Mammi e Cristina Ugolini. Dipartimento di Scienze Economiche e Scuola Superiore di Politiche per la Salute. Università di Bologna.*

8 *Ricerca sull'accesso di codici verdi e bianchi non stp nei pronto soccorso di cinque aziende ospedaliere della provincia di Bergamo. Quaderno del Dipartimento di Economia Aziendale N° 8/2009*

9 *Cure primarie, attività di PS e d esperienza dei codici bianchi . AO Desio e Vimercate. Dr . Bosio*

10 *Il sistema d'emergenza territoriale 118 piemontese nella crisi: una risorsa straordinaria talvolta sottoutilizzata – S.Agostini, C.Rivetti. MEPSA-CORIFE. Università degli Studi di Torino.*

11 *European Resuscitation Council- BLS*

12 *Ministero della salute. Progetto mattoni SSN. Pronto soccorso e sistema 118*

13 *Dipartimento Interaziendale Emergenza Sanitaria Territoriale 118: Riorganizzazione dell' Emergenza Sanitaria Territoriale 118 sul territorio della Regione Piemonte; Revisione del 23/02/2011*

14 *Quaderni FIASO. Analisi comparata dei costi del soccorso sanitario con autoveicoli Studio pilota su quattro regioni italiane per la definizione dei costi standard dei servizi di soccorso 01.2015*

Martedì, 31 Maggio 2016, 07:46

Doctor33

POLITICA E SANITÀ

mag
30
2016

Assistenza H16, Anaao: modello da ripensare. Due milioni di prestazioni in più per 118

TAGS: ANAEO-ASSOMED, 118, ASSISTENZA H16, MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE



Con l'entrata in vigore dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità nell'aprile scorso, ci sarebbero «quasi 2 milioni di prestazioni in più a carico del 118 nella fascia oraria 24-8, ovvero il 25% delle prestazioni notturne lasciate in eredità dalla guardia medica che arriverebbero ad oltre 3 milioni totali se si considera che l'inizio di attività del 118 nei festivi è alle ore 20». È questo il bilancio dell'Anaao sulla proposta di riforma H16 che, come noto, «prevede l'apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale (l'ex guardia medica). Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l'assistenza verrebbe affidata al 118».

Secondo lo studio Anaao «l'emergenza-urgenza territoriale 118 è un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà, ma tale da non poter sostenere l'affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento». In più «non pare realistica l'ipotesi di affidare l'assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza -urgenza senza prevedere di investire risorse economiche per assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro. Peraltro, in nessun Paese

oltralpe la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale, esistendo ben nove differenti tipi di offerta di cure primarie territoriali negli orari di chiusura degli studi dei medici di famiglia.

L'Anaao Assomed, sottolinea la nota, «ritiene misura indispensabile, una reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio ad uno i ben 2340 numeri di telefono della Guardia Medica Italiana. La scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse economiche» conclude Anaao «deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite piuttosto che dall'orario di apertura dei servizi: per fare questo sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che ad oggi nell'ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente».



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Non è presente ancora una discussione su questo articolo.
Vuoi inviare un commento?



Redazione DottNet (./././Social.aspx?idu=794130)
30/05/2016 20:02:56 Sanità pubblica (/Articoli/?cat=49&Title=Sanita-pubblica-)

Come cambia l'ospedale con l'H16 degli Mmg: proiezione Anaa

[f](http://www.facebook.com/share.php?u=http://www.dottnet.it/Articolo.aspx?Id=18776&Title=Come-cambia-l-ospedale-con-l-H16-degli-Mmg-proiezione-anaa) ([http://www.facebook.com/share.php?](http://www.facebook.com/share.php?u=http://www.dottnet.it/Articolo.aspx?Id=18776&Title=Come-cambia-l-ospedale-con-l-H16-degli-Mmg-proiezione-anaa)

[u=http://www.dottnet.it/Articolo.aspx?Id=18776&Title=Come-cambia-l-ospedale-con-l-H16-degli-Mmg-proiezione-anaa](http://www.dottnet.it/Articolo.aspx?Id=18776&Title=Come-cambia-l-ospedale-con-l-H16-degli-Mmg-proiezione-anaa)

[t](http://twitter.com/share?url=http://www.dottnet.it/Articolo.aspx?Id=18776&Title=Come-cambia-l-ospedale-con-l-H16-degli-Mmg-proiezione-anaa) ([http://twitter.com/share?](http://twitter.com/share?url=http://www.dottnet.it/Articolo.aspx?Id=18776&Title=Come-cambia-l-ospedale-con-l-H16-degli-Mmg-proiezione-anaa)

Quasi 2 milioni di prestazioni in più a carico del 118 nella fascia oraria 24-8, ovvero il 25% delle prestazioni notturne lasciate in eredità dalla guardia medica che arriverebbero ad oltre 3 milioni totali se si considera che l'inizio di attività del 118 nei festivi è alle ore 20. Questo lo scenario che si realizzerebbe se entrasse in vigore a risorse invariate il fatto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità nell'aprile scorso, che prevede l'apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale (ex guardia medica).

Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l'assistenza verrebbe affidata al 118. Numeri alla mano, elaborati dall'Anaa Assomed in uno studio pubblicato nel 2014, il sistema attuale non viene dimostrato che l'emergenza-urgenza territoriale speciale con l'118 è un sistema contenuto, adeguatamente utilizzato e da potenziare. **Non viene realizzata secondo il sindacato**, l'ipotesi di affidare l'assistenza notturna territoriale con il 118, che prevede di **investire risorse economiche per assumere altri medici** in più, che potrebbe invece essere considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro.

L'Anaa Assomed ritiene misura indispensabile, "una reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio ad uno i ben 2340 numeri di telefono della Guardia Medica Italiana". La scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse economiche, infine, "deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite piuttosto che dall'orario di apertura dei servizi: per fare questo - prosegue il sindacato - sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che ad oggi nell'ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente".

Ma vediamo i dati nel dettaglio:

I numeri della continuità assistenziale italiana

Dai dati ministeriali del 2014 risulta che in Italia sono impiegati nel servizio di C.A. 11.921 medici titolari, distribuiti in 2881 postazioni. I medici di C.A. lavorano in media 19.522.835 ore all'anno, per un costo complessivo di circa mezzo miliardo. **Ogni postazione di guardia medica fornisce una prestazione ogni due ore ovvero 5,5 prestazioni per turno (4), di cui il 60% sono visite ambulatoriali** mentre le visite domiciliari sono più rare (5). La distribuzione dei vari tipi di prestazione è stata rilevata in uno studio del 2009 dell'ex ASL di Senigallia, secondo il quale le visite ambulatoriali costituirebbero il 52,8% del totale, le domiciliari il 31,2% e le consulenze telefoniche il 16% (6). In un anno in Italia si calcolano un totale annuo di 5.368.779 visite ambulatoriali, per un costo stimato di oltre 260 milioni di euro.

Carico di lavoro fascia oraria 24-8

Per il comitato di settore Regione-Sanità i medici formati per gestire le emergenze territoriali dovrebbero dunque farsi carico dalle ore 24 alle 8 di prestazioni non urgenti, ambulatoriali, domiciliari e telefoniche. Dai dati disponibili non è possibile riferire il volume di attività del medico di C.A. in questa fascia oraria. **Ne è tuttavia ipotizzabile una stima verosimile, valutando la percentuale di accesso dei codici bianchi in PS** nella fascia oraria 24-8 e considerando il dato applicabile anche alle prestazioni non urgenti territoriali. La percentuale di accesso dei codici bianchi in PS è estremamente variabile tra i diversi presidi, indipendentemente dalla fascia oraria, arrivando a punte massime del 50%, in un intervallo medio che va dal 12% al 30% (7).

Esperienze significative, ancorché locali, indicano che nella fascia oraria 20-24 vengono valutati in PS circa il 12% dei codici bianchi totali e tra le 24 e le 8 il 4% (8 - 9). Mantenendo le medesime proporzioni, se ne deduce che il 118 dovrebbe farsi carico **nella fascia oraria 24-8 del 25% delle prestazioni notturne della 3 guardia medica**, ovvero di circa 1.700.000 prestazioni, che aumentano ad oltre 3 milioni totali se consideriamo che l'inizio di attività del 118 è previsto alle ore 20 nei festivi. **Il 118 è sufficientemente impegnato nelle ore notturne da non poter gestire, in un contesto isorisorse, questo ulteriore carico di lavoro:** la sua attività 20-8 è compresa, a seconda delle postazioni, tra il 30% ed il 50% del totale.

Seguici su

<https://www.youtube.com/channel/UC5e073>

Scrivici per

Chiedere assistenza
(mailto:redazione@mercurio.it?)
subject=Richiesta assistenza)
Inviare un commento
(mailto:redazione@mercurio.it?)
subject=Commenti)

[Aggiorna Profilo \(/Profilo\)](#)
[Logout](#)

Raffaella Rossano
(./././Social.aspx?Idu=7019083)

[Privacy \(/Privacy\)](#)
[Richiedi la posta DottNet \(/DottNetMail\)](#)
[Richiedi la Pec \(/Pec\)](#)

Publicità

Video più visti



Intervista al Prof. Paolo Ascierio, Istituto Nazionale dei Tumori "Fondazione G. Pascale", Napoli (video/10416/intervista-al-Prof-Paolo-ascierio-istituto-Nazionale-dei-Tumori-Fondazione-G-Pascale-Napoli/)



Intervento Dott.ssa Margherita Nannini (video/9843/intervento-Dott-ssa-Margherita-Nannini/)

Publicità



(<https://www.healthonnet.org/HONcode/ConduHONConduct777672>) This site complies with the HONcode standard for trustworthy health (<http://www.healthonnet.org/HONcode/ConduHONConduct777672>) information: verify here. (<https://www.healthonnet.org/HONcode/ConduHONConduct777672>)

La differenza tra le varie sedi è rilevante perché il sistema d'emergenza territoriale risponde con un'offerta sostanzialmente omogenea e statica ad una domanda estremamente variabile. Pur essendoci postazioni in sedi rurali con indice di attività, **soprattutto notturno, basso, va ricordato che il 118 è servizio sostanzialmente di attesa: l'indice di utilizzo della capacità produttiva di un mezzo** affinché non venga compromessa la capacità di risposta deve essere compreso tra il 16% ed il 17%. Nelle aree urbane questo indice supera il 35%, aumentando il rischio di non garantire risposte adeguate (10).

Va poi considerato che l'organizzazione del lavoro dei medici del 118 è estremamente variabile sul territorio nazionale: in alcune regioni i sanitari lavorano in turno attivo in PS, lasciando la postazione in DEA ad ogni chiamata dal territorio (Emilia Romagna), **si occupano dei trasporti secondari urgenti tra ospedali (Piemonte), stanno già adesso coprendo l'attività di continuità assistenziale** nelle aree geograficamente più remote. Difficile assegnare nuovi compiti se non togliendone altri.

Il 118 in Italia e in Europa Il servizio di soccorso 118 riveste una particolare importanza per le sue caratteristiche di universalità e tempestività di intervento, nonché per il suo impatto mediatico, che può influenzare il giudizio sul sistema sanitario tutto. **Il servizio di emergenza-urgenza territoriale è ormai diffuso capillarmente in Europa, in tutti i paesi è fornito o almeno coordinato e supervisionato dal governo locale, regionale o nazionale.** Il tipo di organizzazione si distingue in modello anglo-americano, dove l'emergenza è gestita da paramedici formati, e franco-tedesco, dove invece sui mezzi di soccorso è presente il medico.

Ovunque nell'attività di soccorso territoriale il tempo di intervento è criterio di qualità del servizio, più che fattore di efficienza, e il risultato non è un output codificabile alla stregua dei DRG perché, per esempio, il tasso di sopravvivenza di pazienti colpiti da arresto cardiaco **diminuisce del 10% per ogni minuto trascorso senza un trattamento.**

In Italia i tempi di intervento previsti per legge per un codice giallo o rosso sono 8 minuti in area urbana, 20 minuti in area extraurbana, ma la percentuale di risposte entro 8 minuti è solo del 60%, contro il 78.3% del Regno Unito, l'85,3% della Danimarca e ben l'88% degli USA (12). **Difficilmente si otterrà un miglioramento dei tempi di risposta sui codici ad alta gravità affidando al 118 anche i compiti del medico di C.A. in una determinata fascia oraria.**

La capacità produttiva del 118 Il numero annuo di chiamate per MSA (Mezzo di Soccorso Avanzato), calcolato sul tendenziale degli ultimi 5 anni, è compreso tra 700 e 1.200 interventi diurni e 500-700 notturni. In letteratura è descritto come su base annuale sia prevista una chiamata ogni 30 abitanti (12). I volumi di attività aumentano poi nei grandi centri urbani, dove si contano oltre 3900 chiamate/anno per mezzo, di cui il 48,6% nella fascia notturna 20-8.

I costi del 118 I dati a riguardo sono parziali, frammentari e per lo più datati. Il servizio di emergenza urgenza territoriale 118 incide per non oltre il 1,5% (14) sulle risorse destinate alla sanità pubblica, con fortissime variabilità regionali legate al tipo di gestione ed organizzazione. **Vi sono infatti Regioni in cui il sistema di soccorso è gestito su base provinciale, mentre in altre (Lazio e Lombardia) è affidato ad Aziende regionali;** allo stesso modo in alcune realtà c'è un'elevata presenza di Associazioni, Enti e Cooperative del soccorso, mentre in altre si utilizza per lo più personale dipendente.

La FIASO (Federazione ASL e Ospedali) insieme all'università di Trento ha calcolato la spesa ottimale per i servizi di soccorso ed emergenza-urgenza basandosi sui dati del 118 di quattro regioni: Lazio, Lombardia, Basilicata ed Emilia-Romagna, **per un totale di oltre 20 milioni di potenziali utenti (14). Dal lavoro è stato calcolato che il costo standard orario di un medico del 118 è di 72,9 euro** ed il costo per la copertura h 24 del servizio di 638.785 euro. Tali valori portano ad individuare per un MSA H24 con equipaggio di medico infermiere e autista una spesa standard annua pari a 1.257.000 euro.

Il confronto tra il costo standard del personale calcolato dalla FIASO e quello di un sistema regionale a campione, unico raffronto possibile data l'incompletezza dei dati disponibili, appare significativo: i costi riferiti al 2009 in Piemonte per **MSA H24/anno risultano di 1.169.000 euro, dunque inferiori rispetto allo standard,** ed il costo del personale medico per postazione H24 è di 580.000/anno, anche questo minore di quanto calcolato dalla FIASO.

Dallo studio emerge inoltre che il costo del personale rappresenta la componente largamente più onerosa, oscillando tra il 75 e l'89% del totale.

Il blocco del turn over, aumentando l'anzianità media di servizio e obbligando a ricorrere a straordinari e turni aggiuntivi, fa poi aumentare sensibilmente i costi dovuti a stipendi e indennità. L'utilizzo di personale non dipendente e l'impiego di **specializzandi fanno ulteriormente lievitare la spesa.** Molti medici lavorano infatti ancora in regime di convenzione, non essendo avvenuto per tutti il passaggio alla dipendenza, per un totale di medici occupati nel sistema 118 di oltre 15.000.

Conclusioni I dati economici e di attività ci descrivono l'emergenza-urgenza territoriale 118 come un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà. Comunque tale da non potere sostenere l'affidamento di **ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento.** Sicuramente sarebbe indispensabile una maggiore omogeneità di organizzazione sul territorio nazionale, l'assunzione di personale sanitario con il passaggio alla dirigenza dei medici del 118, **l'utilizzo di**

centrali d'acquisto per ridurre i costi delle forniture. Non pare pertanto realistica la proposta di affidare l'assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza - urgenza senza prevedere di investire risorse economiche nell'assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro. Rischiando peraltro di affastellare servizi e professionisti in assenza di una analisi puntuale delle evidenze e dei bisogni espressi nella fascia 24-8.

E' invece indispensabile una reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio ad uno i ben 2340 numeri di telefono della Guardia Medica Italiana. Ricordiamo infine che la scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse economiche, deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite: per fare questo sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che ad oggi nell'ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente.

fonte: anaa

Commenta

Publica



Stefano Giussani

altra 'genialata' partorita da cervelli all'ammasso.

1 ora fa



Bambini sani nati dopo transfer in utero di embrioni con aneuploidie
 (/articolo/17911/Bambini-sani-nati-dopo-transfer-in-utero-di-embri-
 on-con-aneuploidie/) I risultati dello studio Italiano pubblicato sul New England Journal of Medicine. Continua a leggere...
 (/articolo/17911/Bambini-sani-nati-dopo-transfer-in-utero-di-embri-
 on-con-aneuploidie/)



Onda 10 anni di attenzione alla salute femminile
 (/articolo/18126/onda-10-anni-di-attenzione-alla-salute-
 femminile/) Le donne italiane e la salute: due indagini a confronto. Continua a leggere...
 (/articolo/18126/onda-10-anni-di-attenzione-alla-salute-
 femminile/)



La terzietà del medico fiscale
 (/articolo/17257/La-terzietà-del-medico-fiscale-/) Terzietà che non determina solo l'indipendenza del professionista rispetto al datore di lavoro, ma anche l'autonomia rispetto all'INPS. Continua a leggere...
 (/articolo/17257/La-terzietà-del-medico-fiscale-/)

SALUTE & PERSONE**ANAAO: ECCO PERCHÈ È DA RIPENSARE IL MODELLO H16**

(30/05/2016) - Quasi 2 milioni di prestazioni in più a carico del 118 nella fascia oraria 24-8, ovvero il 25% delle prestazioni notturne lasciate in eredità dalla guardia medica che arriverebbero ad oltre 3 milioni totali se si considera che l'inizio di attività del 118 nei festivi è alle ore 20.



Questo lo scenario che si realizzerebbe se entrasse in vigore a risorse invariate l'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità nell'aprile scorso, che prevede l'apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale (l'ex guardia medica). Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l'assistenza verrebbe affidata al 118.

Numeri alla mano, elaborati dall'Anaa Assomed in uno studio sugli effetti e sui costi di queste disposizioni, viene dimostrato che l'emergenza-urgenza territoriale 118 è un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà, ma tale da non poter sostenere l'affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento.

Non pare realistica l'ipotesi di affidare l'assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza -urgenza senza prevedere di investire risorse economiche per assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro. Peraltro, in nessun Paese oltr'alpe la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale, esistendo ben nove differenti tipi di offerta di cure primarie territoriali negli orari di chiusura degli studi dei medici di famiglia.

L'Anao Assomed ritiene misura indispensabile, una reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio ad uno i ben 2340 numeri di telefono della Guardia Medica Italiana.

La scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse economiche, infine, deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite piuttosto che dall'orario di apertura dei servizi: per fare questo sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che ad oggi nell'ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente.

IMGPress tutti i diritti riservati. Reg. Trib. ME n.1392 del 18/06/92

La scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse economiche deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite piuttosto che dall'orario di apertura dei servizi

Roma, 31 maggio 2016 – Quasi 2 milioni di prestazioni in più a carico del 118 nella fascia oraria 24-8, ovvero il 25% delle prestazioni notturne lasciate in eredità dalla guardia medica che arriverebbero ad oltre 3 milioni totali se si considera che l'inizio di attività del 118 nei festivi è alle ore 20.00.

Questo lo scenario che si realizzerebbe se entrasse in vigore a risorse invariate l'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità nell'aprile scorso, che prevede l'apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale (l'ex guardia medica). Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l'assistenza verrebbe affidata al 118.

Numeri alla mano, elaborati dall'Anaao Assomed in uno studio sugli effetti e sui costi di queste disposizioni, viene dimostrato che l'emergenza-urgenza territoriale 118 è un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà, ma tale da non poter sostenere l'affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento.

Non pare realistica l'ipotesi di affidare l'assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza-urgenza senza prevedere di investire risorse economiche per assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro. Peraltro, in nessun Paese oltralpe la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale, esistendo ben nove differenti tipi di offerta di cure primarie territoriali negli orari di chiusura degli studi dei medici di famiglia.

L'Anaao Assomed ritiene misura indispensabile, una reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio ad uno i ben 2.340 numeri di telefono della Guardia Medica Italiana.

La scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse economiche, infine, deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite piuttosto che dall'orario di apertura dei servizi: per fare questo sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che ad oggi nell'ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente.

fonte: ufficio stampa

Ultimo aggiornamento: 31-05-2016 14:59

[HOME](#) [ARCHIVIO M.D.](#) [VIDEO](#) [AUDIO](#)

Cerca...

Perché è da ripensare il modello H16

Categoria: [Sanità](#) Ultima modifica il Martedì, 31 Maggio 2016 15:07

Quasi 2 milioni di prestazioni in più a carico del 118 nella fascia oraria 24-8, ovvero il 25% delle prestazioni notturne lasciate in eredità dalla guardia medica che arriverebbero ad oltre 3 milioni totali se si considera che l'inizio di attività del 118 nei festivi è alle ore 20. Questo lo scenario che si realizzerebbe se entrasse in vigore a risorse invariate l'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità nell'aprile scorso, che prevede l'apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno, con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale (l'ex guardia medica). Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l'assistenza verrebbe affidata al 118.

Numeri alla mano, elaborati dall'Anaa Assomed in uno studio sugli effetti e sui costi di queste disposizioni, viene dimostrato che l'emergenza-urgenza territoriale 118 è un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà, ma tale da non poter sostenere l'affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento.

Non pare realistica l'ipotesi di affidare l'assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza -urgenza senza prevedere di investire risorse economiche per assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro. Peraltro, in nessun Paese d'Oltralpe la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale, esistendo ben nove differenti tipi di offerta di cure primarie territoriali negli orari di chiusura degli studi dei medici di famiglia.

L'Anaa Assomed ritiene misura indispensabile, una reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio ad uno i ben 2340 numeri di telefono della Guardia Medica Italiana. La scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse economiche, infine, deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite piuttosto che dall'orario di apertura dei servizi: per fare questo sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che ad oggi nell'ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente.

[Scarica PDF Studio Anaa Assomed](#)

Tweet



Anaa, ripensare Modello H16

Posted by [Redazione \(http://medicalive.it/author/webdesigner/\)](http://medicalive.it/author/webdesigner/) | Date: maggio 30, 2016



Roma – Quasi 2 milioni di prestazioni in più a carico del 118 nella fascia oraria 24-8, ovvero il 25% delle prestazioni notturne lasciate in eredità dalla guardia medica che arriverebbero ad oltre 3 milioni totali se si considera che l'inizio di attività del 118 nei festivi è alle ore 20. Questo lo scenario che si realizzerebbe se entrasse in vigore a risorse invariate l'atto di indirizzo

per la medicina convenzionata, approvato dal comitato di settore Regioni-Sanità nell'aprile scorso, che prevede l'apertura degli studi dei medici di medicina generale per 16 ore al giorno (Modello h16), con la creazione del ruolo unico di medico di cure primarie e la scomparsa dei medici di continuità assistenziale (l'ex guardia medica). Dalle 24 alle 8 dei feriali e dalle 20 alle 8 dei festivi, l'assistenza verrebbe affidata al 118. Numeri alla mano, elaborati dall'Anaa Assomed in uno studio sugli effetti e sui costi di queste disposizioni, viene dimostrato che l'emergenza-urgenza territoriale 118 è un sistema dai costi contenuti, adeguatamente utilizzato e da potenziare in certe realtà, ma tale da non poter sostenere l'affidamento di ulteriori incarichi senza un parallelo potenziamento. Non pare realistica l'ipotesi di affidare l'assistenza notturna territoriale al servizio di emergenza-urgenza senza prevedere di investire risorse economiche per assumere altri medici, sia nel 118 che nel pronto soccorso, considerato il trasferimento di carichi di lavoro da un sistema all'altro. Peraltro, in nessun Paese oltr'Alpe la gestione dei pazienti con problemi sanitari minori è affidata al servizio di emergenza-urgenza territoriale, esistendo ben nove differenti tipi di offerta di cure primarie territoriali negli orari di chiusura degli studi dei medici di famiglia.

L'Anaa Assomed ritiene misura indispensabile, una reale integrazione tra Centrale Operativa 118 e Continuità assistenziale, servizi tra loro complementari e multidisciplinari, partendo dai servizi in rete, dai supporti tecnologici e dai collegamenti telefonici, riducendo per esempio ad uno i ben 2340 numeri di telefono della Guardia Medica Italiana.

La scelta di dove allocare o dove tagliare le risorse economiche, infine, deve essere guidata dalla valutazione di efficacia dei sistemi, dall'equità di accesso, dalla qualità delle cure fornite piuttosto che dall'orario di apertura dei servizi: per fare questo sono indispensabili programmi di valutazione e monitoraggio che ad oggi nell'ambito dei sistemi di emergenza-urgenza 118 o della continuità assistenziale sembrano mancare totalmente.