

Codici bianchi ... un equivoco molto ... troppo italiano ...

Paola Maria Mandelli, Saffi Giustini

Medici di Medicina Generale, SIMG Pistoia

La rubrica "Il sassolino", che prende avvio da questo numero, intende raccogliere opinioni di colleghi intorno ad alcuni aspetti della realtà professionale quotidiana.

In particolare, ci interessa stimolare un contributo su quelle che possono essere considerate criticità/ostacoli che si frappongono a un migliore e più soddisfacente esercizio della nostra professione di medici di medicina generale. Gli articoli pubblicati nella rubrica non avranno il carattere della esaustività riguardo agli argomenti affrontati ma piuttosto quello della osservazione puntuale e, se vogliamo, un po' provocatoria. Tale, appunto, da stimolare riflessioni e dibattito.

"Il sassolino": piccolo osservatorio sulla professione, originale, stringato, stimolante. Attendiamo contributi!

Alessandro Rossi

Cosa essere

Codice Bianco nessuna urgenza – il paziente non necessita del Pronto Soccorso (PS) e può rivolgersi al proprio medico.

Codice Verde urgenza minore – il paziente riporta delle lesioni che non interessano le funzioni vitali ma vanno curate.

Fazio, da medici famiglia piccole emergenze per svuotare pronto soccorso

Roma, 31 mag. (ADNKronos Salute, ed. 31-5-2011)

Spostare le piccole emergenze dall'ospedale al territorio, facendole prendere in carico ai medici di famiglia, per ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso.

Su questo progetto sta lavorando il Ministero della Salute, come ha spiegato il Ministro Fazio ...

"Il progetto si inquadra nella direzione – afferma Fazio – di rendere il sistema sanitario meno ospedalocentrico e coinvolgere i medici di medicina generale sul territorio, facendogli gestire una parte delle emergenze del pronto soccorso", per esempio i codici bianchi.

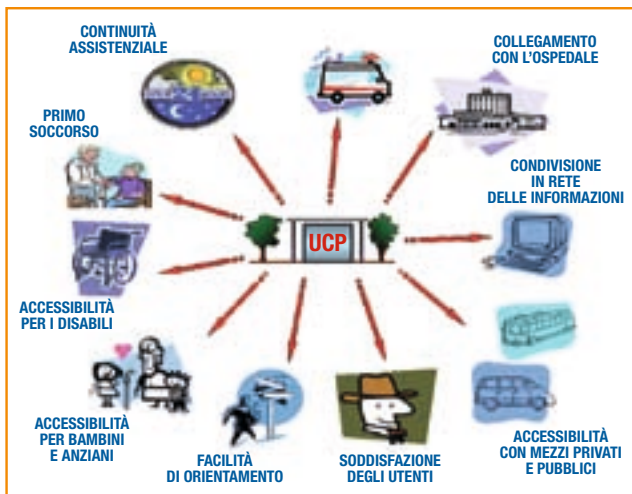


Figura 1

Operatori UCP (configurazione minima)

- Medici di medicina generale (min. 10)
- Ore minime di servizio: 6 ore/gg
- Guardia medica (dove previsto)
- Personale infermieristico
- Personale amministrativo

(bacino di utenza: 10.000-5.000)



Le UCP baseranno il loro operato sull'associazionismo dei MMG e dei pediatri di libera scelta oltre che sulla collaborazione con le altre professioni sanitarie; la cooperazione e la mutualità sono infatti strumenti essenziali di riorganizzazione sostenibile all'interno della riforma di welfare del nostro Paese

L'informatizzazione della cartella clinica ad esempio consentirebbe a tutti i medici di ogni singola UCP di avere un rapido e chiaro quadro sanitario dei pazienti afferenti alla struttura; in pratica, qualunque sia il medico di turno per i servizi di primo soccorso, egli sarà sempre nelle condizioni di avere informazioni dettagliate di qualunque paziente necessiti assistenza

Elementi valutativi per l'attivazione di una UCP in strutture esistenti

- Mq minimi ≥ 1000
- Piani: massimo 2
- Comodità di parcheggio
- Presenza del servizio pubblico di trasporto
- Accessibilità con mezzi di soccorso
- Presenza di spazi d'attesa non angusti

Figura 2

Da S. Ermini, F. Melani, *Le Unità di Cure Primarie: un nuovo modello per l'assistenza territoriale*, Toscana Medica, n. 1, anno XXVI, gennaio 2008, pp. 24-6.

1. Domandiamoci se le piccole emergenze (l'abrasione, la contusione, la febbre a 37.4, il mal di orecchi, ...) – emergenze per che cosa – sono da essere “curate e trattate” da un medico e da un medico di medicina generale (MMG) o, *come pare avvenga* da molti anni nei paesi industrializzati, da infermieri con un particolare bagaglio di conoscenze e di esperienza sul campo. D'altra parte ai tempi di quando eravamo “piccini” gran parte dei codici bianchi che succedevano a noi, non li trattava né l'infermiere (che ci faceva le punture ...), né il signor dottore, ma la “nonna” o la mamma.

Altro ... vorremmo fare i dottori, i medici ... non altro.

Uno dei problemi gestionali del Pronto Soccorso (PS), uniformemente diffuso in tutta Italia e nel mondo, è l'affollamento delle strutture, dovuto in larga parte alle richieste di prestazioni che potrebbero essere effettuate a livello territoriale dai MMG. In genere, al triage questi pazienti corrispondono ai codici bianchi e ai codici verdi a minor impegno¹.

2. Perché i MMG, spesso con 20-30 anni di esperienza dovrebbero trattare e prendersi cura “di codici bianchi e/o verdi di *minore impegno* ...”, tralasciando inevitabilmente (il giorno è di 24 ore e io noi siamo soli, solo MMG) i cronici, gli acuti gravi, le dimissioni cd protette spostate da tempo sul territorio ... , mentre nei nostri PS vengono mandati non i medici più esperti e navigati ma sovente i nuovi assunti e lì (al PS) questi colleghi sono aiutati da analisi (tante ... non bastano mai), radiografie ed eco e

quant'altro rinviato poi sistematicamente alla nostra prescrizione/ trascrizione/copiatura?

Altro ... vorremmo fare i dottori, i medici ... non altro.

3. Risulta che circa il 73% degli intervistati si è rivolta all'Ospedale a prescindere dal proprio medico, dagli orari di studio e dai modelli organizzativi seguiti.

Circa l'11% degli intervistati è stato inviato dal MMG¹. ...

Se i MMG non chiederanno e otterranno strutture (ambienti, stanze, luoghi fisici, ecc., Figg. 1, 2) e personale di supporto soprattutto infermieristico sia per la gestione dei pazienti cronici (*Chronic Related Group* o *Cronic Care Model*) sia per il management “controllato” di eventi patologici acuti risolvibili senza l'intervento di particolari tecnologie né “urgente” in senso letterale, sarà assai difficile mutare il nostro destino di personale sanitario affidabile solo per “problemi di minor impegno professionale”.

In fondo o tutto sommato vorremmo fare i dottori, i medici ... non altro. Forse ci sbagliamo, ma non di tanto. Il dibattito sarebbe aperto. Forse.

Bibliografia

- ¹ Nati G, Ialongo A, Fucito G, et al. *Il management dei codici bianchi e verdi da parte dei medici di medicina generale in un Pronto Soccorso di Roma: lo studio MAPS*. Rivista SIMG 2010;(3):18-22.