

**Editoriale****Le cure primarie: una priorità per il servizio sanitario**di *Aldo Ancona***pagina 3****Focus on | Le cure primarie****Il nuovo ruolo dei medici di medicina generale nell'assistenza primaria in Italia**di *Giacomo Milillo***pagina 6****Le strategie per la riorganizzazione della medicina generale e delle cure primarie**di *Claudio Cricelli***pagina 20****Il ruolo del Distretto nelle cure primarie**di *Rosario Mete***pagina 29****Il ruolo degli infermieri nelle cure primarie**di *Annalisa Silvestro***pagina 35****L'assistenza primaria in Emilia Romagna**di *E. Di Ruscio, C. Curcetti, M. Rolfini, M. Morini, E. Spinozzi***pagina 39****Le cure primarie in Friuli Venezia Giulia**di *Giorgio Simon***pagina 44****Le cure primarie in Toscana - Focus sulla Ausl I I Empoli**di *Piero Salvadori***pagina 48****L'esperienza dell'Azienda Ulss n. 4 "Alto Vicentino"**di *P.P. Benetollo, C. Ghiotto, S. Caffi***pagina 56****Lo sviluppo delle cure primarie nella Regione Marche**di *M. Magi, P. Misericordia, I. Paolini***pagina 68****L'assistenza domiciliare integrata in Basilicata e il modello Venosa**di *G.B. Bochicchio, G. Corona***pagina 76****Prendersi cura per procurare salute: il Progetto Leonardo in Puglia**di *A. Aquilino, E. Mola, A. Musilli, M. Panfilo, R. Rollo***pagina 82****Progetto Ragusa: un modello innovativo di assistenza primaria in Sicilia**di *C. Mandarà, S. Brugaletta***pagina 94****L'Agenzia on line****Lavori in corso in Agenzia****pagina 98**



**Elementi di analisi  
e osservazione  
del sistema salute**

Trimestrale dell'Agenzia Nazionale  
per i servizi sanitari regionali

Anno VII Numero 20 2008

**Direttore**

Aldo Ancona

**Direttore responsabile**

Chiara Micali Baratelli

**Comitato scientifico**

Coordinatore: Gianfranco Gensini

Componenti: Anna Banchemo,  
Antonio Battista, Norberto Cau,  
Francesco Di Stanislao, Nerina Dirindin,  
Gianluca Fiorentini, Elena Granaglia,  
Roberto Grilli, Elio Guzzanti, Carlo Liva,  
Sabina Nuti, Francesco Ripa di Meana,  
Federico Spandonaro, Francesco Taroni

**Editore**

Agenzia Nazionale  
per i servizi sanitari regionali  
Via Puglie, 23 - 00187 ROMA  
Tel. 06.427491  
www.assr.it

**Progetto grafico, editing  
e impaginazione**



Health Communication srl  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via V. Carpaccio, 18  
00147 Roma

**Stampa**

Cecom  
Bracigliano (Sa)

Registrazione  
presso il Tribunale di Roma  
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare  
nel mese di febbraio 2008

Agenzia Nazionale  
per i servizi sanitari regionali

Periodico associato  
all'Unione Stampa  
Periodica Italiana

*L'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale. Questa funzione si articola nelle seguenti specifiche attività: la valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza; la rilevazione e l'analisi dei costi; la formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari; l'analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell'assistenza; lo sviluppo e la diffusione di sistemi per la sicurezza delle cure; il monitoraggio dei tempi di attesa; la gestione delle procedure per l'educazione continua in medicina.*

**L'Agenzia oggi** | Presidente Renato Balduzzi; Direttore Aldo Ancona

**Consiglio di amministrazione** Carlo Lucchina, Pier Natale Mengozzi,  
Filippo Palumbo, Giuseppe Zuccatelli

**Collegio dei revisori dei conti** Emanuele Carabotta (Presidente),  
Nicola Begini, Bruno De Cristofaro

**I settori di attività dell'Agenzia** | Monitoraggio della spesa sanitaria

- Livelli di assistenza • Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento
- Innovazione, sperimentazione e sviluppo • Documentazione, informazione e comunicazione • Affari generali e personale • Ragioneria ed economato

**www.assr.it** | Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di



# Le cure primarie: una priorità per il servizio sanitario

di **Aldo Ancona**

Direttore Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali

**L**o sviluppo del Servizio sanitario nazionale in questi ultimi anni è stato caratterizzato da un lato da una costante contrazione del peso dell'assistenza ospedaliera e, contemporaneamente, da un progressivo aumento dell'incidenza dell'assistenza territoriale, che assorbe ormai il 50% delle risorse generali in media nazionale. Siamo di fronte, quindi, ad una significativa inversione di tendenza, conseguenza soprattutto dell'evoluzione stessa del sistema, prima ancora che di scelte programmatiche.

Per sua natura, infatti, l'ospedale sta gradatamente acquistando il suo ruolo di erogatore di interventi per acuti ad alto contenuto tecnologico e professionale; un ruolo che si traduce nei fatti in una riduzione della durata delle degenze medie, in un compattamento dei percorsi diagnostici e terapeutici e in una progressiva diminuzione delle prestazioni erogate in regime inappropriato.

Sebbene non si tratti di una tendenza omogenea su tutto il territorio nazionale, va rilevato come, nelle regioni più avanzate, oggi lo standard di 4,5 posti letto per mille abitanti si mostra come eccessivo.

L'ospedale, quindi, non è più la sede dove viene fornita una risposta indistinta e di livello medio basso a tutti i bisogni di una comunità, ma si caratterizza ormai come sede di percorsi assistenziali complessi in cui diventano prioritarie le scelte di integrazione interprofessionale, la rapidità e l'interconnessione delle procedure.

Le conseguenze di questo processo sul territorio sono evidenti: la necessità di selezionare il bisogno, fornendo in loco le risposte che non richiedono il ricovero ospedaliero; l'organizzazione strutturata di attività rivolte a quella che

viene comunemente definita come *Long Term Care* (LTC); la necessità di assicurare la continuità assistenziale (verticale) tra i diversi livelli di risposte al bisogno, sia a livello di territorio che di ospedale.

Bisogna però rilevare che, se le linee di sviluppo dell'assistenza ospedaliera sono, da questo punto di vista, chiare e facilmente definibili, non lo sono altrettanto quelle dell'assistenza territoriale, che soffre ancora oggi, a trenta anni dalla riforma, di un'eccessiva "compartimentazione" dei servizi.

Luci ed ombre sull'assistenza territoriale, quindi. Infatti, da un lato abbiamo assistito in questi ultimi anni allo sviluppo dei servizi della residenzialità, attraverso il superamento della RSA, in direzione di strutture multifunzionali con maggior contenuto sanitario a vario titolo definite: ospedale di comunità, country hospital, hospice, cure palliative ecc., tutte forme di assistenza orientate a raggiungere il superamento della residenzialità tradizionale.

È anche da rilevare come si sia verificato un costante sviluppo e una crescita esponenziale dell'assistenza specialistica e della diagnostica ambulatoriale, in conseguenza dell'"espulsione" delle prestazioni inappropriatamente erogate in ospedale.

Tuttavia, senza dubbio, si riscontra ancora una separazione, in assenza di un adeguato coordinamento, di servizi che pure sono fortemente radicati sul territorio, come quelli relativi alla salute mentale, alle dipendenze, così come si registra l'esigenza, da più parti reclamata, di linee omogenee condivise per lo sviluppo dell'assistenza riabilitativa, che si caratterizza ancora in forme fortemente diversificate tra regione e regione.

Permane infine una criticità nella relazione tra i bisogni complessivi di una comunità nella sua interezza e il Distretto, che appare a volte

marginale rispetto ai percorsi assistenziali relativi ai bisogni maggiormente diffusi della popolazione.

Un peso tutto particolare nella riorganizzazione dei servizi territoriali assume la figura del medico di medicina generale, per il quale – e ne sono testimonianza i contributi pubblicati in questo numero di *Monitor* – la tradizionale attività di attesa nel proprio ambulatorio appare sempre più inadeguata rispetto alle nuove esigenze poste dal crescere delle patologie croniche che richiedono – a fini preventivi e di controllo – una funzione "attiva" del medico, lo sviluppo cioè di quella che viene chiamata "medicina di iniziativa".

Non è difficile prevedere che la nuova sfida del sistema sanitario nell'immediato futuro sarà riuscire a mettere ordine nell'insieme delle attività territoriali partendo da percorsi assistenziali integrati, ormai ben conosciuti, relativi alle patologie croniche di maggiore impatto.

Le coordinate di questa riorganizzazione – che d'altra parte costituiscono esse stesse "problemi" – sono abbastanza chiare: da una parte l'adozione di terminologie e definizioni condivise e comuni che consentano di confrontare esperienze e sperimentazioni; dall'altra lo sviluppo di sistemi informativi efficienti per valutare le risorse impiegate, l'attività svolta, gli esiti delle cure.

Ma, soprattutto, l'elemento che costituisce il maggior impegno che abbiamo di fronte è l'individuazione di modalità e strumenti per l'integrazione trasversale delle competenze e dei servizi.

In questo quadro, il Distretto dovrà trovare il modo di affermare un proprio ruolo nella lettura dei bisogni di una popolazione e di sviluppare la capacità di indirizzare e avviare il cittadino verso percorsi assistenziali guidati che non rap-

presentino più vere e proprie corse ad ostacoli.

In questo senso è ineludibile la necessità di trovare nuove modalità relazionali tra il Distretto, con il suo patrimonio assistenziale medico-infermieristico e socio-sanitario, e il medico di medicina generale, anche al fine di meglio definire e sviluppare quella funzione che oggi viene definita di *care* o *case management*.

Su questo terreno in molte realtà regionali si sono realizzate sperimentazioni ed esperienze innovative, alcune delle quali sono presentate in questo numero della rivista; è necessario, tutta-

via, renderle confrontabili, valutarle, estrarne – salvaguardando la “sacralità” delle autonomie regionali – i principi comuni utili a definire una strategia nazionale di sviluppo delle cure primarie.

Non è facile, perché molto diversificati sono i mondi professionali coinvolti, i punti di vista, i portatori di interessi; una chiave unificante dei processi di integrazione necessari potrebbe essere quella di mettere al centro l’interesse del cittadino, assumendo il suo punto di vista come elemento guida di riorganizzazione dei servizi.



# Il nuovo ruolo dei medici di medicina generale nell'assistenza primaria in Italia

di **Giacomo Milillo**

Segretario generale nazionale Fimmg

L'analisi del ruolo del medico di medicina generale (mmg) oggi in Italia deve necessariamente essere contestualizzata nell'ambito di una serie di significativi cambiamenti concettuali, strutturali e organizzativi dell'intero Ssn, che prevedono la riorganizzazione e il potenziamento dell'assistenza sanitaria prestata dai mmg nell'ambito del livello essenziale di assistenza distrettuale, in relazione sia all'evoluzione demografica ed epidemiologica, sia alle norme che prevedono una riconfigurazione della rete ospedaliera con la conseguente riduzione dei posti letto.

In effetti, il nuovo ruolo del mmg nell'assistenza primaria si ritiene possa collegarsi concettualmente al livello di assistenza previsto nel Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", in particolare all'articolo 3, comma 2. "Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie (...), nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali".

Più recente riferimento, quanto in merito previsto dal disegno di legge collegato alla manovra di finanza pubblica 2008, presentato dal Ministro della Salute Livia Turco "Interventi per la qualità e sicurezza del Servizio sanitario nazionale. Deleghe al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza

sanitaria territoriale, riorganizzazione degli enti vigilati, farmacie, riordino della normativa di settore”, che all’articolo 1 comma 6, individua quali livelli essenziali di assistenza:

- a) l’assistenza sanitaria collettiva e la promozione della salute in ambiente di vita e di lavoro;
- b) l’assistenza primaria e socio-sanitaria;
- c) l’assistenza ospedaliera.

Pertanto, le difficoltà di definizione del ruolo dei professionisti che, in regime di convenzione, operano a livello territoriale, dipendono dalla necessità di ridefinire l’assistenza sanitaria prestata da tali professionisti, oltre a quanto previsto dal cosiddetto sistema delle cure primarie, e integrarla con gli aspetti socio-sanitari, per rispondere appropriatamente ed efficacemente ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità e integrazione dell’assistenza nei confronti degli assistiti. Tali esigenze derivano dal cambiamento demografico della popolazione inteso come aumento della speranza media di vita, associato alla condizione di fragilità che essa comporta, e dall’aumento di prevalenza e incidenza delle patologie croniche e invalidanti.

Alla luce del profondo mutamento dei bisogni assistenziali della popolazione e dei conseguenti cambiamenti strutturali e organizzativi che il Ssn deve affrontare, la Fimmg ha ritenuto necessario avviare una riflessione orientata verso un profondo cambiamento dell’assetto della Medicina Generale, che ha trovato un significa-

tivo momento di espressione nell’elaborazione del documento “Ri-fondazione della Medicina Generale”.

Il documento è stato redatto da un gruppo di lavoro composto da dirigenti nazionali della Fimmg nel gennaio 2007 e approvato nel giugno 2007 dal Consiglio Nazionale, massimo organo deliberativo del sindacato comprendente tutti i segretari provinciali e regionali d’Italia. È in corso una ulteriore revisione dei contenuti del documento, alla luce sia delle considerazioni e proposte derivanti dal confronto con le Istituzioni e altre organizzazioni mediche, sia dei contributi provenienti dal gruppo di lavoro istituito presso la Fimmg che vede la collaborazione della Card (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto).

Il documento propone una innovativa visione dell’assetto della medicina generale alla luce dei seguenti obiettivi:

- favorire la collaborazione fra professionisti attraverso forme di aggregazione;
- garantire nel tempo la continuità e l’integrazione dell’assistenza;
- offrire alti livelli di flessibilità e adattabilità a sistemi regionali o locali di organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Il tutto, nella consapevolezza più volte ribadita nel testo, che:“(…) Il cambiamento non deve naturalmente compromettere i grandi valori positivi della medicina generale attuale – il rapporto fiduciario medico/assistito e l’autonomia

professionale – che solo la condizione di libero professionista convenzionato può garantire. Deve, invece, migliorare le nostre condizioni di lavoro e la possibilità di esprimere le nostre potenzialità professionali nel Ssn”.

Il presente articolo propone una sintesi dei punti chiave del documento:

- la Medicina Generale oggi: stato giuridico del mmg, accesso, i settori della MG;
- limiti attuali della Medicina Generale;
- il progetto di ri-fondazione: proposte della Fimmg;
- l'Unità di Medicina Generale.

#### LA MEDICINA GENERALE OGGI: STATO GIURIDICO DEL MMG, SETTORI DELLA MG

##### Stato giuridico del mmg

I mmg sono liberi professionisti convenzionati con il Ssn, non inquadrati tramite un rapporto di lavoro dipendente, ma attraverso un accordo collettivo nazionale.

Le convenzioni sono stipulate fra la Conferenza Stato-Regioni e le organizzazioni sindacali (OO.SS.) rappresentative della categoria e devono rispondere a specifiche caratteristiche previste dal D.lgs 502/92 e successive modifiche e integrazioni, comma 1 dell'articolo 8.

Gli Accordi Collettivi Nazionali (AA.CC.NN.)

hanno attualmente un carattere regolamentare con validità *erga omnes* su tutto il territorio nazionale e possono essere completati con la successiva stipula di Accordi integrativi regionali (AIR).

Gli AA.CC.NN. definiscono la disciplina giuridica ed economica dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni.

Le Regioni definiscono l'organizzazione e le modalità di erogazione da parte dei medici convenzionati delle prestazioni ricomprese nel Lea dell'Assistenza distrettuale (Medicina di base, Pediatria di libera scelta e Assistenza specialistica ambulatoriale).

Le Aziende sanitarie assicurano, attraverso i Servizi e i Medici convenzionati, il livello di assistenza erogata dalla Medicina di base, Pediatria di libera scelta e Assistenza specialistica ambulatoriale.

I tre livelli di contrattazione costituiscono fasi di un unico procedimento per il rinnovo degli AA.CC.NN.

Per effetto di questa collocazione giuridica, il mmg non è soggetto alla gerarchia tipica della dipendenza ed è tenuto a rispondere alla dirigenza aziendale esclusivamente per l'applicazione delle norme convenzionali nazionali, regionali e aziendali.

- **Legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 52, comma 27**, di istituzione della struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il SSN (SISAC).
- **Legge 26 maggio 2004, n. 138, art. 2 - nonies**, che attribuisce efficacia *erga omnes* al nuovo ACN.
- **Legge 30 dicembre 2004, n. 311, comma 177**, per la trasformazione del rapporto di lavoro degli Specialisti Ambulatoriali Interni da tempo determinato a tempo indeterminato.
- **Legge 30 dicembre 2004, n. 311, comma 178**, sulla durata degli accordi: quadriennale per la parte normativa e biennale per la parte economica

### Accesso ai settori della medicina generale

La medicina generale è attualmente formata da quattro settori: assistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi, emergenza sanitaria territoriale, l'accesso ai quali ha caratteristiche comuni, ma è sostanzialmente indipendente.

Per l'accesso a tutti questi settori è richiesto l'attestato di formazione in medicina generale (D.lgs. 368/1999) o titolo equipollente (accesso consentito come da normativa europea ai medici senza attestato abilitati entro il 31/12/1994 - DM 15/12/1994).

La formazione specifica è rappresentata da un corso teorico pratico di durata triennale a carattere regionale, alla fine del quale viene rilasciato un attestato di formazione in medicina generale abilitante all'esercizio della medicina generale nell'ambito del Ssn (articolo 1 comma 2 e articolo 2 comma 2 del D.lgs. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.lgs 368/99 e 277/03).

Il Corso di idoneità all'emergenza territoriale, di cui all'art. 96 ACN Medicina Generale del 23 marzo 2005, è della durata di quattro mesi per un orario complessivo non inferiore a trecento ore, da svolgersi prevalentemente in forma di esercitazione e tirocinio pratico.

Come percorso di formazione ulteriore per l'emergenza sanitaria, anche in considerazione dell'evoluzione a contratto di dipendenza dell'area (D.lgs 229/99), è in via di realizzazione il processo di istituzione della Scuola di Specializzazione di Medicina di Emergenza e Urgenza (G.U. 23 maggio 2006 n 118).

Alla titolarità dell'incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale si accede per titoli in base ad una graduatoria regolamentata dall'ACN. Per l'Emer-

genza Sanitaria Territoriale esiste invece un diritto di priorità di accesso regolato dall'anzianità di servizio in Continuità Assistenziale, che precede l'accesso attraverso la graduatoria regolamentata dall'ACN. Alla Dirigenza Medica Territoriale non è possibile l'accesso essendo l'area ad esaurimento, ai sensi del D.lgs 502/92 e successive modificazioni.

### I settori della medicina generale italiana

#### *Assistenza primaria*

I medici di medicina generale di assistenza primaria sono anche denominati medici di famiglia (mdf); rappresentano il primo punto di accesso al Ssn per le persone assistite che li hanno liberamente scelti.

Le caratteristiche fondamentali del settore assistenza primaria sono:

1. Rapporto ottimale, che regola la distribuzione dei medici di famiglia sul territorio. Per un determinato ambito territoriale viene inserito un medico ogni 1.000 abitanti di età superiore a 14 anni (fino a 6 anni è obbligatoria e fino a 14 anni è garantita l'assistenza pediatrica). Ultimamente in diverse Regioni si è scelto di aumentare il rapporto ottimale in misura diversa, prevedendo l'inserimento di un medico di famiglia ogni 1.100 o 1.200 o 1.300 abitanti.
2. Lista di assistiti, massimale, rapporto fiduciario: in conseguenza della libera scelta, il medico di famiglia - così come il pediatra di libera scelta - è l'unica figura medica del Ssn scelta "ad personam" dal cittadino: il rapporto fiduciario è dunque elemento fondante e insostituibile della medicina di famiglia. Ogni cittadino ha diritto a scegliere liberamente il proprio medico fra quelli che operano nel suo ambito territoriale e può

modificare la scelta in qualsiasi momento. Per effetto delle scelte, ogni medico ha una lista di assistiti. Il numero massimo di iscritti alla sua lista (massimale) è di 1.500 persone, salvo specifiche deroghe.

L'eventuale raggiungimento del cosiddetto massimale nella maggior parte dei casi avviene circa a metà della vita professionale, mediamente dopo 10-15 anni di attività.

I dati attualmente disponibili in merito sono contenuti nell'Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale, elaborato a cura della Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, "Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende Ospedaliere" riferito all'anno 2005.

Stando ai suddetti dati, si registra che:

- in media a livello nazionale ogni mmg ha un carico potenziale di 1.080 adulti residenti (dai 14 anni in su), con notevoli differenziazioni a livello regionale, con scostamenti positivi rispetto al valore medio nazionale al Nord, fino all'estremo rappresentato dalla Provincia Autonoma di Bolzano, con 1.611 residenti adulti per mmg (in tale Provincia Autonoma il contratto di convenzione con il Ssn stabilisce un massimale di scelte pari a 2.000, rispetto al valore massimo nazionale di 1.500), mentre nel Lazio si registra il valore minimo di 966 residenti adulti per mmg, e nelle Regioni del Sud si oscilla intorno a valori pari al valore nazionale previsto;
- rispetto al carico assistenziale effettivo, pari al numero degli iscritti al Ssn per ciascun mmg, in tutte le Regioni tale indicatore evidenzia che il numero di scel-

te per mmg è maggiore della popolazione adulta residente, mentre per il numero di scelte per pediatra è sempre inferiore al numero di bambini residenti, pertanto per molti bambini è stata scelta l'assistenza erogata dal mmg e si registra in tutte le Regioni una forte carenza di pediatri in convenzione con il Ssn, ad eccezione di Lazio e Abruzzo; sempre presso la Provincia Autonoma di Bolzano il caso limite, con 1.490 bambini per pediatra;

3. disponibilità oraria: il mdg esprime la sua attività in un arco temporale compreso fra le 8 e le 20 nei giorni feriali e fino alle 10 nei giorni prefestivi. È tenuto ad effettuare in giornata le visite domiciliari richieste entro le ore 10 ed entro le ore 12 del giorno successivo quelle pervenute dopo le ore 10. Le visite urgenti recepite devono essere erogate nel più breve tempo possibile. Il mdg è tenuto ad avere un orario di accesso in studio non inferiore a 5 ore settimanali fino a 500 scelte, non inferiore a 10 ore fino a 1.000 scelte e non inferiore a 15 ore fino a 1.500 scelte per 5 giorni alla settimana;
4. struttura della remunerazione: il trattamento economico dei medici convenzionati per l'assistenza primaria, secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 1, lett. d), del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche e integrazioni, si articola in:
  - a) quota capitaria per assistito ponderata, per quanto stabilito dall'art. 8, negoziata a livello nazionale;
  - b) quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, com-

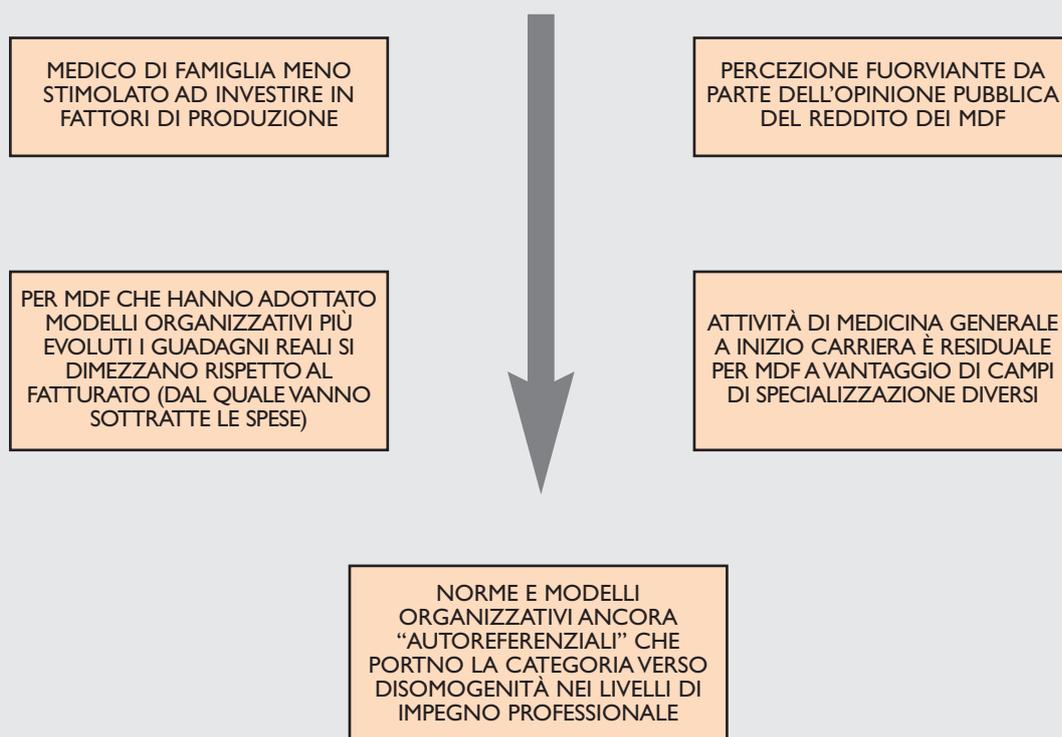
presi la medicina associata, l'indennità di collaborazione informatica, l'indennità di collaboratore di studio medico e l'indennità di personale infermieristico;

c) quota per servizi calcolata in base al tipo e ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza programmata, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni e attività in ospedali di comunità o strutture alternative al rico-

vero ospedaliero, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

Pertanto, il compenso del mmg è ancora prevalentemente su base capitaria. Il mmg riceve un importo costante annuo per ogni assistito iscritto nella sua lista omnicomprensivo di tutte le spese necessarie ad esercitare l'attività professionale. Inoltre, l'incasso mensile del medico è versato al lordo delle imposte sul reddito con la sola ritenuta dell'acconto Irpef (20%) e del versamento previdenziale a suo carico del 5,625% (Enpam).

**Figura 1 - Conseguenze della struttura del compenso su base capitaria**



Negli ultimi 10 anni alla quota capitaria esclusivamente legata alla scelta del paziente si sono aggiunte altre quote capitarie, di minore entità, vincolate all'attuazione di caratteristiche organizzative:

1. indennità per incentivare l'assunzione di collaboratori di studio e/o infermieri;
2. quota per le forme associative: piccola quota capitaria annuale aggiuntiva finalizzata ad incentivare le seguenti alternative forme associative di complessità crescente:
  - associazione semplice: quota remunerativa rispetto agli impegni assunti;
  - medicina in rete: quota che copre i costi e, in qualche caso, minimamente remunerativa;
  - medicina di gruppo: quota che non copre i costi e non è remunerativa (salvo in qualche Regione dove è stata aumentata con gli accordi regionali).

#### *Continuità Assistenziale (CA)*

Precedentemente denominati medici di guardia medica, ai medici di continuità assistenziale è attribuito il compito di garantire l'assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale e in strutture assistite nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive attraverso una organizzazione che va ricompresa nella programmazione regionale, rispondendo così alle diversità assistenziali legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche. I professionisti sono retribuiti con compenso orario.

Il rapporto ottimale definito dall'ultimo ACN prevede l'inserimento di un medico di continuità assistenziale ogni 5.000 abitanti, con una variabilità del 30%, in eccesso o in difetto, a seconda della programmazione regionale; in base a tali parametri il numero dei medici di CA a li-

vello nazionale dovrebbe essere di circa 12.000-13.000 unità. Si registra, in modo particolare nelle Regioni del Nord, una crescente difficoltà a reperire medici per questo servizio.

Sono presenti modelli di coinvolgimento dei medici di CA nei processi assistenziali propri delle cure primarie (assistenza in Rsa, a pazienti fragili, coinvolgimento nell'Adi, ambulatori per i codici bianchi, ecc.).

Tra gli operatori incaricati a tempo indeterminato circa il 40% dei medici presenta un doppio incarico (assistenza primaria e continuità assistenziale).

Per ragioni diverse tra le Regioni del Nord (difficoltà a reperire medici disponibili) e le Regioni del Sud (ritardi nelle assegnazioni di incarichi), il settore presenta circa il 30% di medici temporaneamente incaricati, con conseguente mancanza di formazione specifica e di una efficace possibilità di continuità e integrazione dell'assistenza, anche con gli stessi mmg di assistenza primaria.

Stando ai dati dell'Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale, elaborato a cura della Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica del Ministero della Salute, le "Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere" riferito all'anno 2005, sono stati rilevati in Italia 2.996 punti di guardia medica, con 13.532 medici titolari, pari a 23 medici ogni 100.000 abitanti. La densità dei punti di guardia medica risulta molto diversificata sul territorio nazionale, come anche il numero dei medici titolari per 100.000 abitanti.

#### *Medicina dei Servizi e Dirigenza territoriale*

È un settore di cui il D.lgs 502/92 e successive modifiche e integrazioni ha previsto l'in-

terruzione dell'accesso; è costituito da medici in regime di dipendenza e di convenzione operanti all'interno dei distretti e dei presidi territoriali, retribuiti con compenso orario.

Alcune Regioni hanno registrato una notevole riduzione del numero dei medici in regime convenzionale per il passaggio a rapporto di dipendenza (D.lgs. 229/99); il rapporto di tipo convenzionale resta prevalente in Toscana e Lazio, mentre è residuale in Campania, Sicilia e Puglia. Solo con l'ultimo ACN i medici in regime di convenzione possono assumere incarichi a tempo pieno (38 h/settimana), svolgono funzioni diverse nell'ambito dei distretti, sia di supporto sia di responsabilità nell'organizzazione e nelle attività di medicina legale, prelievi, assistenza domiciliare, assistenza alle tossicodipendenze, igiene pubblica, attività sanitarie di comunità, ecc.

### *Emergenza sanitaria territoriale*

Rappresenta una delle fasi operative del sistema dell'emergenza sanitaria, dove l'integrazione delle varie competenze professionali coinvolte consente un collegamento funzionale dei vari momenti organizzativi della catena dei soccorsi.

I medici dell'emergenza sanitaria territoriale, originariamente tutti convenzionati a 38 ore settimanali con esclusività di rapporto e provenienti dalla Continuità assistenziale, si sono gradualmente differenziati per motivi organizzativi legati alle diverse esigenze espresse dai singoli ambiti regionali o aziendali: in alcune regioni sono diventati dirigenti inquadrati nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'urgenza e accettazione (D.lgs 229/99); in altre sono medici dell'emergenza territoriale convenzionati secondo l'ACN Medicina Generale, nelle more del passaggio al-

la dirigenza medica (D.lgs 229/99). Per coprire carenze d'organico spesso vengono impiegati anche medici a rapporto libero professionale.

Attualmente l'accesso all'area convenzionata è subordinato al possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, integrato da uno specifico corso in Emergenza territoriale; successivamente la Scuola di Specializzazione di medicina di Emergenza-Urgenza, oltre a caratterizzare la figura del medico d'urgenza, determinerà il percorso unico per l'accesso al Ssn.

I medici dell'emergenza sanitaria territoriale convenzionati sono retribuiti con compenso orario.

### **LIMITI ATTUALI DELLA MEDICINA GENERALE**

L'impostazione attuale della medicina generale si può far risalire alla legge 833/78 istitutiva del Servizio sanitario nazionale. In quella cornice normativa il mmg aveva sul piano teorico una giusta collocazione: al centro del Servizio e al fianco del cittadino. Tuttavia la configurazione del ruolo del mmg ha presentato nel tempo, già dalla sua prima applicazione, e ancor più con i vari mutamenti strutturali e organizzativi del complesso del Ssn seguiti, gravi limiti.

- I criteri di dimensionamento del rapporto ottimale, un medico ogni 1.000 assistibili e possibilità di ciascun medico di acquisire un numero molto maggiore di scelte (1.500), allo scopo di favorire una concorrenza qualitativa fra i singoli medici. Di fatto ciò ha piuttosto determinato una competizione tra mmg, spesso condizionata dalla soddisfazione di bisogni espressi da parte della persona assistita, ma non sempre appropriati rispetto a criteri di *clinical governance*.

- Ne sono derivati isolamento e autoreferenzialità dei mmg, rendendoli così “*solisti*” privi di un confronto di riferimento tra professionisti; ciò ha determinato la possibilità del costituirsi di una variabilità assistenziale e la difficoltà di orientare l’azione professionale verso obiettivi condivisi e programmati.
- La mancata possibilità di una efficace partecipazione dei mmg nelle sedi regionali e aziendali di programmazione, governo e gestione di obiettivi di assistenza primaria, in particolare per quanto riguarda la continuità dell’assistenza in termini di integrazione tra ospedale e territorio e socio-sanitaria. Ciò è confermato dalla difficoltà da parte degli Uffici di Coordinamento Distrettuale ad esprimere un’azione caratterizzata da incisività decisionale e sinergia tra le varie componenti, aziendale e mmg.
- Modello retributivo fondato prevalentemente sulla quota capitaria comprensiva delle spese necessarie all’erogazione delle prestazioni contenute nella convenzione, che non ha consentito il supporto a investimenti strutturali, tecnologici e organizzativi, in assenza di finanziamenti specificamente dedicati da parte del Ssn.
- Mantenimento del rapporto libero professionale, a garanzia per il cittadino della possibilità di libera scelta del medico di sua fiducia, come di fatto accade nella maggior parte dei Paesi nel mondo, a partire dai Paesi dell’Ocse, Spagna esclusa, dove non tutte le comunità autonome attuano lo stesso principio.
- Definizione dell’area di medicina generale quale area costituita da MG cui sono affidati, nell’ambito dell’assistenza primaria, compiti di promozione ed educazione alla salute, prevenzione, diagnosi e cura sia individuale che collettiva, nonché di management, didattica, formazione, sperimentazione e ricerca. Rispetto alla sperimentazione, va sottolineato che, in particolare sul farmaco, la MG può svolgere un prezioso e quotidiano lavoro di ricerca orientato alla massima appropriatezza rispetto alle indicazioni terapeutiche, all’ambito di prescrivibilità, alla verifica dell’efficacia, alla verifica dell’innovatività, per la costruzione di un percorso di farmacovigilanza che, in una dimensione dinamica, consenta una rivalutazione del rapporto costo-beneficio nel tempo. La MG può svolgere quindi Studi Osservazionali e Studi di Sperimentazione dei Farmaci, la cui realizzazione fa riferimento, sul piano normativo, ai seguenti provvedimenti:

#### IL PROGETTO DI RI-FONDAZIONE: PROPOSTE DELLA FIMMG

Alla luce dei limiti identificati, la Fimmg ha individuato nel documento di “Ri-fondazione della Medicina Generale” una serie di proposte riguardanti provvedimenti di carattere normativo, organizzativo e gestionale, ritenuti quali premesse indispensabili ad un cambiamento radicale del ruolo del mmg nell’assistenza primaria.

- Decreto 10 maggio 2001 sulla sperimentazione dei farmaci in medicina generale e pediatria di libera scelta, in fase III e IV;
- Circolare del Ministero della Salute del 2/9/2002, che definisce, in linea generale, i criteri per la valutazione degli stu-

- di clinici osservazionali (o non sperimentali o non interventistici);
- D.Lgs. 24 giugno 2003, n. 211 “Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico”, e successive modifiche e integrazioni;
  - Decreto del Ministero della Salute 12 Maggio 2006 che istituisce e regola il funzionamento dei Comitati etici;
  - Decreto legislativo 6 novembre 2007 n. 200 “Attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali”, in particolare facendo riferimento a quanto previsto al capo IV, “Il fascicolo permanente della sperimentazione e l'archiviazione”, articolo 18 “Conservazione dei documenti essenziali”.
  - Riconduzione alla Medicina Generale di tutti i livelli essenziali inquadrati come assistenza primaria, in particolare per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, residenziale e la gestione delle patologie croniche.
  - Accesso unico all'area della Medicina Generale riservato ai medici con attestato di formazione e ai medici equipollenti.
  - Unica figura professionale per i mmg di assistenza primaria, di continuità assistenziale e della medicina dei servizi, che possa svolgere i diversi compiti nell'ambito di un articolato assetto professionale, di cui si prevede una evoluzione nel tempo, anche in relazione all'esperienza maturata e alla formazione certificata. Si avverte fortemente, oggi, la necessità di riscrivere tutte queste funzioni che ruotano attorno all'attività “core” del mmg (il prendersi cura del paziente, della salute della comunità, della gestione delle cure primarie), fondamentali per favorire la crescita professionale.
  - Differenziazione di modalità e sistemi di retribuzione dell'attività del mmg: attività di tipo fiduciario (quota capitaria), attività di tipo non fiduciario (quota oraria o per obiettivo). La compatibilità fra i diversi tipi di attività verrebbe regolamentata attraverso il riconoscimento di una complementarità fra attività oraria e attività fiduciaria, in modo che all'aumento del numero delle scelte in carico corrisponda una proporzionale riduzione delle ore da effettuare e viceversa.
  - Individuazione dell'Unità di Medicina Generale quale unità operativa elementare in cui i singoli mmg, ferma restando l'attività assistenziale fiduciaria identificata dal rapporto individuale di libera scelta, possano concorrere alla realizzazione di obiettivi comuni di assistenza primaria, contribuendo ciascuno secondo attitudini e competenze coordinate.
  - Creazione delle condizioni necessarie a realizzare una efficace e incisiva partecipazione dei mmg ai momenti di programmazione e gestione del Ssn, attraverso un riconosciuto ruolo consulenziale nell'ambito dei vari organismi, qua-

li ad esempio il Collegio di Direzione aziendale e l'Ufficio di Coordinamento dell'Assistenza Distrettuale.

La rifondazione delle cure primarie si realizza quindi attraverso la costruzione di un modello flessibile, basato su identità a riconoscimento del ruolo della medicina generale più integrata nel sistema delle cure primarie ma fondato su basi solide. Ciò richiede modifiche normative che definiscano con chiarezza l'area professionale della medicina generale e il ruolo e i compiti dei medici appartenenti, nuove modalità di finanziamento della medicina generale a garanzia del percorso realizzativo e del cambiamento, la ristrutturazione radicale degli accordi convenzionali inseriti in un quadro complessivamente diverso.

### L'UNITÀ DI MEDICINA GENERALE (UMG)

Si ritiene opportuno approfondire nel presente articolo uno degli aspetti più innovativi e caratterizzanti del documento di "Ri-fondazione della Medicina Generale". L'attivazione della Umg rappresenta infatti uno strumento di valorizzazione del ruolo della medicina generale nell'ambito dell'Assistenza primaria.

L'Unità di Medicina Generale andrà configurata quale sistema di relazioni fra mmg; mentre non va considerata un modello organizzativo alternativo ai diversi che si stanno sperimentando nel nostro Paese (Casa della Salute, Utap, Gruppi di Cure primarie, ecc.).

Andrà pertanto articolata come una unità operativa elementare estremamente flessibile, rispetto alla quale potrà essere strutturato qualsiasi modello organizzativo, identificato in relazione agli orientamenti delle singole Regioni, alle caratteristiche oro-geografiche e ai bisogni della popolazione assistita.

Dovrà assolvere l'importante funzione di garantire uniformità nazionale alla disciplina della medicina generale in termini di erogazione di livelli essenziali di assistenza e della relativa qualità.

L'Umg potrà pertanto rappresentare uno strumento contrattuale finalizzato a consentire il coordinamento dell'azione dei singoli mmg, in modo da garantire la massima sinergia e la realizzazione efficace ed efficiente di quei livelli di assistenza che il professionista non può assicurare in un assetto da solista, il tutto nel pieno rispetto della necessaria autonomia professionale individuale.

Una descrizione sintetica dell'Umg può essere espressa dai seguenti punti:

- la Umg è composta indicativamente da 15 a 25 medici di mmg (a seconda del contesto oro-geografico e della programmazione regionale e aziendale);
- la Umg assiste la popolazione individuata dall'insieme di iscritti alle liste dei mmg che la compongono (quindi da 15 a 25.000 cittadini);
- ciascun mmg è titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato con previsione di piena occupazione, articolabile in attività oraria e attività fiduciaria;
- nell'ambito dell'Umg, ciascun mmg garantisce agli assistiti che lo hanno scelto le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura previste nell'ambito del rapporto fiduciario e contribuisce in modo coordinato ad erogare le prestazioni che gli accordi nazionali, regionali e aziendali affideranno all'Umg (continuità dell'assistenza, Adi, gestione delle patologie croniche e integrazione ospedale/territorio, ecc.);
- la Umg è priva di personalità giuridica, ma

può essere supportata da società di servizio, quali società di medici di medicina generale di tipo cooperativo, che svolgano la funzione di garantire ai mmg dell'Umg l'acquisizione efficiente dei fattori di produzione.

L'attività del mmg nella Umg potrebbe comprendere diverse modalità e relativi sistemi di retribuzione:

### *Attività di tipo fiduciario (quota capitaria)*

Connesse alla scelta elettiva del cittadino, sulla base di un rapporto di fiducia nei confronti del singolo professionista. Il mmg acquisisce assistiti in carico secondo modalità corrispondenti all'ultimo Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 previste per i mmg del settore assistenza primaria, rispettando un meccanismo flessibile di compensazione scelte/ore. Tale attività andrà organizzata dal mmg secondo criteri di congruità che risultino funzionali al complesso dei compiti assistenziali da erogare nei confronti delle persone assistite.

### *Attività di tipo non fiduciario (oraria o per obiettivo)*

Non direttamente connesse alla scelta elettiva da parte di un cittadino, ma necessarie sia a supportare efficacemente le attività di assistenza fiduciaria, sia a realizzare attività assistenziali comuni a tutta la popolazione assistita dall'Umg.

L'attività oraria, organizzata all'interno dell'Unità, potrebbe comprendere:

- attività di continuità assistenziale notturna, diurna, feriale e festiva, domiciliare e ambulatoriale;
- attività di assistenza domiciliare programmata, integrata e residenziale, attività assistenziali programmate quali progetti prevenzione, ambulatori dedicati a malattie croniche, prelievi o prestazioni PPIP (ecg, eco, TAO);
- attività di *audit*, all'interno e al di fuori dell'Umg;
- attività relative alla gestione del sistema informativo (analisi epidemiologiche, ecc.);
- attività di formazione;
- attività di docenza;
- attività organizzative e gestionali all'interno dell'Umg (coordinatore Umg) e al di fuori dall'Umg (partecipazione alle attività di programmazione e gestione distrettuali e aziendali);
- *tutoring* e attività seminariale universitaria e di formazione specifica, attività valutativa per l'esame di stato;
- attività di ricerca.

Le attività potrebbero essere remunerate a quota oraria o con indennità correlate alle funzioni.

L'integrazione fra i diversi tipi di attività, in particolare quella fiduciaria rispetto alle altre, richiederà una regolamentazione quale, ad esempio, la previsione di una complementarietà fra attività oraria e attività fiduciaria, in modo che all'aumentare del numero delle scelte diminuisca proporzionalmente il carico orario da svolgere e viceversa, prendendo spunto dal meccanismo al riguardo già previsto dall'ultimo ACN 23 marzo 2005, articolo 39 comma 5.

A regime, tutti i mmg dovrebbero arrivare ad articolare la propria attività professionale fra attività fiduciaria e non fiduciaria.

Una certa flessibilità sarà comunque necessaria, data la natura di unità funzionale dell'Umg, e questa potrà essere garantita solo attraverso l'autodeterminazione dei professionisti nell'ambito di un coordinamento demandato all'Umg stessa. Fermi restando i livelli di assistenza che l'Umg deve necessariamente garantire, la soluzione ottimale potrebbe essere individuata nella possibi-

lità di personalizzare l'impegno del singolo professionista tenendo conto anche di sue specifiche esigenze (età, maternità, condizioni di salute, ecc.).

Per lo svolgimento delle attività attribuite è necessario che ogni Umg:

- possieda un proprio sistema informativo con collegamento in rete, ove possibile collegato al sistema aziendale e/o regionale;
- sia coordinata da un mmg, che svolga anche funzioni di interfaccia tra l'Umg e la struttura aziendale di riferimento (Distretto, ufficio di coordinamento delle attività distrettuali);
- preveda, al suo interno, figure di coordinamento di specifiche attività (informative, formative, progetti assistenziali, ecc.), tutte figure di ordine funzionale e non gerarchico, liberamente e collegialmente indicate dai componenti delle Umg e con incarichi definiti nel tempo.

I compiti affidati dagli accordi alle Umg potranno essere:

- garantire la continuità dell'assistenza domiciliare nelle 24 ore e tutti i giorni della settimana;
- garantire un ampliamento degli orari di accesso alla consultazione ambulatoriale della medicina generale;
- realizzare progetti di medicina di iniziativa su patologie croniche rilevanti (diabete, rischio cardiovascolare, Bpco, ecc.);
- valutare i bisogni della popolazione assistita e la qualità dell'assistenza erogata (governance clinica);
- sviluppare un sistema di relazioni tra professionisti delle cure primarie e delle cure specialistiche e professionisti degli altri profili professionali, che riconosca da un lato

gli ambiti di responsabilità professionale della medicina generale, come condizione per assicurare continuità ai percorsi diagnostico-terapeutici degli assistiti, e valorizzi dall'altro la competenza specifica degli specialisti nell'ambito di linee guida condivise;

- attivare la partecipazione a iniziative di formazione/ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione.

È evidente che l'Umg da sola non potrebbe garantire quanto sopra elencato, ma dovrà essere collocata all'interno di un modello organizzativo che preveda la presenza di personale amministrativo di segreteria e la collaborazione integrata di altre figure professionali, nonché di tecnologie e strutture adeguate.

A seconda quindi delle scelte regionali e aziendali e in relazione alle esigenze della popolazione e del contesto, i mmg di una Umg possono concentrare la loro attività in un'unica sede fisica, anche insieme ad altre Umg e ad altri servizi, oppure essere distribuiti in studi singoli sparsi sul territorio a seconda delle necessità orogeografiche, della programmazione locale e di quella propria dell'Umg stessa.

L'Umg comporta il superamento di due delle attuali forme associative previste dall'Acn, la medicina in associazione semplice e quella in rete, mentre la medicina di gruppo potrebbe conservare, nel caso di modelli organizzativi a rete, la sua utilità.

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il presente articolo ha illustrato una sintesi del documento di "Ri-fondazione della medicina

generale” che esprime il pensiero della Fimmg rispetto al ruolo del medico di medicina generale nell'assistenza primaria.

La presentazione del documento al mondo istituzionale e alle organizzazioni mediche e di altre categorie di professionisti è avvenuto in un momento caratterizzato da profondi cambiamenti, nonché da una serie di difficoltà legate all'applicazione del Titolo V della Costituzione.

Peraltro, la stesura del documento ha costituito uno spunto innovativo che ha consentito di avviare un articolato dibattito, attraverso cui la categoria ha maturato in modo diffuso la consapevolezza della necessità di un cambiamento significativo della medicina generale.

Inoltre, va sottolineato che il disegno di legge collegato alla manovra di finanza pubblica 2008 (ai sensi dell'articolo 126-bis del Regolamento), presentato dal Ministro della Salute Livia Turco “Interventi per la qualità e sicurezza del Servizio sanitario nazionale. Deleghe al Go-

verno in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale, riorganizzazione degli enti vigilati, farmacie, riordino della normativa di settore”, approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 novembre 2007, ha recepito in più punti alcune delle proposte contenute nel documento di “Ri-fondazione della Medicina Generale”.

In particolare all'articolo 6, “Delega al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale e definizione del ruolo delle farmacie”, si prevede l'istituzione dell'Area omogenea della medicina generale e, al suo interno, la presenza delle Umg.

Sono questi preziosi incoraggiamenti nei confronti di un lavoro dedicato a elaborare una proposta che, se pure aperta ad ulteriori contributi e perfezionamenti, costituisce la traccia di un percorso di cambiamento ormai avviato e orientato al recupero del ruolo, dell'identità e della dignità del mmg nell'ambito dell'assistenza primaria.

# Le strategie per la riorganizzazione della medicina generale e delle cure primarie

di **Claudio Cricelli**

Presidente Società Italiana di Medicina Generale - Simg

20

monitor

La medicina generale del territorio (in alcuni Paesi denominata medicina di famiglia) è un settore professionale dei sistemi sanitari moderni di recente istituzione.

Essa assume, nei vari contesti nazionali, connotazioni ricorrenti: assistenza primaria, primo accesso ai servizi sanitari, sostanziale uniforme erogazione dei processi di cura a tutti i cittadini clienti, laicità del rapporto medico/paziente, indipendente da censo, religione, età, sesso e reddito.

Nella realtà italiana dei sistemi sanitari i servizi di Medicina Generale rappresentano un'evoluzione e integrazione dei servizi di Cure Primarie presenti prima e immediatamente dopo la seconda guerra mondiale. Tali servizi non prevedevano l'accesso universale ad un medico di primo contatto, bensì servizi medici e sanitari differenziati per fasce di reddito ed enti previdenziali e settori lavorativi di appartenenza. Le cure primarie italiane erano organizzate intorno alle condotte mediche e solo negli anni '50 assistiamo alla nascita della Medicina Generica Mutualistica.

La medicina generale inglese nasce nel corso della 2a guerra mondiale all'interno della riforma universalistica del nuovo sistema sanitario. Nel Regno Unito i medici di medicina generale, *general medical practitioners*, si sono fatti peraltro carico dell'assistenza ospedaliera nei piccoli ospedali di campagna (*General Practice Hospital*) attivi fino alla fine degli anni Sessanta, che rappresentavano veri e propri presidi di cure primarie comprendendo l'assistenza farmaceutica – *Dispensing Practices* – in campagna.

## CURE PRIMARIE PRIMA DELLA 833/78

Nel dopoguerra i primitivi e sommari servizi di cure primarie – articolati intorno all'assistenza compassionevole nei confronti delle fasce più povere della popolazione, ai servizi di igiene pubblica e vaccinali, all'assistenza materno in-

fantile, alla lotta alla tubercolosi ecc. – vedono in tutta Europa la comparsa dei medici di famiglia. In alcuni Paesi si conferma il sistema mutualistico, ad esempio in Germania e in Olanda, mentre in altri i medici di famiglia sono dipendenti del servizio sanitario e operano in centri sanitari spesso para-ospedalieri (Spagna, Portogallo, Grecia, Paesi Scandinavi). In Francia, infine, persiste un modello di libero accesso calmierato ai medici convenzionati che consente ai cittadini la fruizione di cure generalistiche e specialistiche a rimborso calmierato.

In altri contesti nazionali prevale infine il modello inglese del *gatekeeper*, che comporta la creazione di una lista di pazienti per ciascun medico, di modo che tutta la popolazione, all'interno di un Servizio sanitario nazionale, abbia un medico di riferimento “dalla culla alla tomba”. Tale figura professionale viene immaginata come “agente intermediario” tra il paziente e la sua famiglia, i servizi territoriali e le cure specialistiche (cure secondarie).

Tale modello viene adottato in Italia dalla Legge di riforma sanitaria del 1978, che trasforma i medici generici mutualistici in medici di medicina generale, inserendoli nelle neonate cure primarie distrettuali e nelle Usl.

### LA 833/78 E L'EVOLUZIONE DEL SSN

La Legge 833 del 1978 prefigura un processo di integrazione progressivo teso al superamento del dualismo distretto (pubblico) / mmg (medico convenzionato indipendente). In realtà tale integrazione non si è mai del tutto avverata, per carenza di un passaggio evolutivo che consenta il superamento di ambedue gli Istituti (Distretto e medicina generale) e che presupponga la creazione dei Centri di cure primarie, da una parte articolati in unità operative di erogazione dei ser-

vizi territoriali, integrate con Unità autonome di medici di medicina generale.

Dove tale processo è stato compiuto, ad esempio nel Regno Unito, sono comparsi i *Primary Care Trusts* (Cure primarie – integrazione socio sanitaria – Case della Salute) al cui interno operano i Gruppi di Medicina generale con contrattazione decentrata del budget e dei servizi (*Commissioning*).

### MEDICINA GENERALE E CURE PRIMARIE

La variabilità di significato del termine “cure primarie” discende dunque dall'oggettiva assenza di connotazione esclusiva del concetto. Nato in ambiente di salute pubblica come primo rozzo strumento di sorveglianza sanitaria e di assistenza medica alle fasce povere e miserevoli della popolazione, è stato poi integrato da servizi medici alla persona che nei sistemi sanitari hanno assunto le connotazioni della medicina generale.

Affermava negli anni '90 il Direttore Generale dell'Oms Nakajima: “dobbiamo impegnarci a creare in ogni Paese un sistema di Cure Primarie (*Primary Care*) che affronti i grandi problemi sanitari di base delle popolazioni povere”.

Non c'è ormai dubbio, tuttavia, che dopo tale fase iniziale, l'aumento del tasso di ricchezza generi la richiesta di servizi di cure primarie alla persona, del tipo di quelli ampiamente diffusi nei Paesi occidentali. Tale bisogno è spontaneo e naturale e impone un'attenta revisione del sistema di cure primarie che deve integrare la medicina generale, superando il concetto sia di medicina delle comunità che quello speculare di evoluzione dei servizi sanitari primari, verso la medicina territoriale / *Primary Care*.

Tale processo è facilmente riconoscibile anche nel nostro Paese. Da professione ancillare,

la medicina generica (nata, come abbiamo visto, per compensare le insufficienze del sistema ospedaliero e dei servizi sanitari del dopoguerra, per offrire servizi medici alla persona e ai lavoratori dell'industria e del comparto pubblico) nella società progressivamente affluente assume con la 833 una connotazione ed un ruolo assai meglio definito e inizia a farsi carico di prestazioni e servizi personali ma di natura eminentemente pubblica. La medicina generica sviluppa negli anni anche le funzioni basilari dell'assistenza domiciliare, le vaccinazioni non obbligatorie, l'assistenza alle cronicità; si fa carico dell'interfaccia con l'ospedale, con il distretto e con la medicina specialistica. Tenta, a volte senza successo, di sviluppare una complessità di servizi che compensi, in maniera economica, la crescente inefficienza dell'ospedale nei servizi di base, messa definitivamente in crisi dall'introduzione dei Drg.

Il sistema ospedaliero italiano, infatti, aveva compensato fino ad allora l'inefficienza e la limitatezza delle cure primarie attraverso una pleora di piccoli ospedali e posti letto che prolungavano la degenza sopperendo così alla carenza di assistenza a domicilio e di assistenza agli anziani, di Rsa, di lungodegenze e servizi domiciliari.

Una volta saltato il sistema di finanziamento, si sono immediatamente evidenziate tutte le carenze del sistema delle cure primarie italiane, interamente affidate alla medicina generale e assai limitatamente ai servizi distrettuali del territorio.

Entra in crisi, senza che apparentemente programmatori ed economisti ne siano consapevoli, il principio di programmazione sanitaria che prevede il continuo riequilibrio e riorganizzazione dei comparti non appena uno degli ele-

menti che lo compongono viene profondamente mutato.

### EVOLUZIONE DELLA MEDICINA GENERALE ED ELEMENTI DI CRITICITÀ DEL MODELLO ATTUALE

Si verifica, quindi, una crisi del modello di finanziamento che determina il paradosso di un finanziamento analitico e per pesatura di servizi e isoprocessi nel comparto ospedaliero, mentre si affida alla quota capitaria nazionale parzialmente pesata per "pagare" la medicina generale.

La quota capitaria non viene mai pensata come un investimento in conto capitale e nella sua determinazione, malgrado alcuni tentativi maledistri, essa viene vista come onorario professionale dal quale il medico deve attingere per autofinanziare i servizi erogati.

Questo obbrobrio organizzativo, abbinato alla politica di bassi salari degli ultimi anni, determina una crescente sperequazione tra salario incassato e quota destinata agli investimenti professionali in medicina generale.

Emerge, e aumenta nello stesso tempo, il divario tra bisogni medici e sanitari emergenti (funzioni preventive, servizi per i sani, cure ai cronici, assistenza domiciliare ecc.) e l'oggettiva capacità finanziaria di organizzare tali servizi in mancanza di investimenti in conto capitale separati dall'onorario professionale e allocati sulla base di un "Piano di programmazione nazionale delle cure primarie".

Un processo antinomico che genera l'individualizzazione della medicina generale, parzialmente temperato da incentivi al lavoro in gruppo e cooperativa, la carenza di personale sanitario non medico (l'Italia è all'ultimo posto in Europa per numero e specializzazione di infermie-

ri e personale di studio in MG), la fatiscenza di molti ambulatori, la pressoché totale assenza di innovazione tecnologica e di servizi diagnostici di primo livello (*testing in office*, Ecg, telemedicina, ecografia, piccola chirurgia).

Si nota infine (come per effetto di astruserie organizzative) che la gestione del personale infermieristico per le cure domiciliari viene affidata a personale dipendente della pianta organica del Distretto, e le risorse umane per i servizi sociali sono erogati erraticamente da Regione e Regione, dalle autorità di governo locali (Comuni, comunità e Regioni) per dare un'idea compiuta di come e quanto la medicina generale non sia nelle condizioni di sopportare l'assetto organizzativo derivante dalle ispettive e dai bisogni della società del nostro Paese.

La crisi, in assenza di correzioni profonde e di innovazioni strutturali, è destinata ad aggravarsi nell'immediato futuro.

L'evoluzione rapida e decisa del comparto ospedaliero verso l'alta intensità, l'alta specializzazione e l'elevata complessità determina variazioni a ricaduta sia nelle modalità di interfaccia che sulla organizzazione sanitaria della sanità territoriale.

L'intensità di cure da prevedere per far fronte a processi di cura lunghi e complessi, a pazienti anziani e a crescenti disabilità, fanno il paio con la presa in carico di cittadini con dimissioni ospedaliere sempre più precoci.

L'estensione della chirurgia non invasiva, dell'ospedalizzazione abbreviata, del day hospital, dell'intensità delle terapie, la scarsità dei posti letto, esigono che il cittadino sia realmente preso in carico dal sistema di cure primarie per non cadere in un terribile limbo di assenza di cure e di assistenza. Una terra di nessuno dove confluiscono tutti i non servizi, la non as-

sistenza, la non cura, la non prevenzione, la non riabilitazione e gli abbandoni, un buco nero determinato dalla cecità programmatica e finanziaria.

### PROSPETTIVE DI RIORGANIZZAZIONE DEL COMPARTO

Un limbo e un buco nero nei quali sono precipitate le cure primarie, quindi; la soluzione per riemergere dal precipizio è rappresentata da un inventario analitico dei servizi mancanti e di quelli carenti, dall'identificazione delle risorse umane, organizzative, manageriali e strutturali necessarie per colmare l'assenza di servizi e il relativo finanziamento in conto capitale, definito per obiettivi, bisogni e fabbisogno.

L'ultimo passo consiste nella parallela organizzazione dell'infrastruttura di sistema, fatta di ICT, formazione di base e permanente del personale, adozione dei sistemi di management.

L'obiettivo è la trasformazione strutturale del sistema della medicina generale da comparto residuale a comparto leader delle cure primarie e l'integrazione con gli altri livelli del comparto.

La cultura manageriale consente l'affidamento alla medicina generale di interi blocchi di servizi secondo il modello del *Commissioning* inglese e la presa in carico globale di interi pezzi del sistema e della filiera dei servizi da parte delle Unità di Medicina Generale, con relativa contrattazione del finanziamento.

I modelli di allocazione necessari fanno parte di un più ampio sistema di costruzione di modelli medici e gestionali che individuino le caratteristiche dei singoli processi di cura, scomponendoli in isoprocessi, analizzandoli e pesandoli per isocomplessità e finanziandoli per risorse.

Una separazione del finanziamento dall'onorario comporta inevitabilmente che il primo sia determinato dalla programmazione sanitaria da un lato e dal dimensionamento dei servizi dall'altro.

Il secondo, sottratto alla logica perversa di finanziare con lo stipendio i costi del sistema, impone l'avvio di un processo di remunerazione per qualità dei servizi, per qualità organizzativa della struttura, per efficienza gestionale delle prestazioni, per capacità di gestione finanziaria e infine per risultati ottenuti oltre che dalla struttura anche dal singolo operatore.

Un siffatto sistema si basa quindi su un'elevata capacità di *governance* delle cure primarie da parte delle reti di operatori che, oltre che erogare i servizi, li gestiscono e li organizzano.

Il compenso degli operatori è legato al *Payment for performance* ed è quindi composto da una componente di onorario professionale, sempre più legato alla qualità delle prestazioni e da una componente di profittabilità di struttura legata all'efficienza gestionale che genera profitto di efficienza.

### INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA DI CURE PRIMARIE

Il processo che noi prevediamo di attuare è costituito da tre componenti inseparabili:

- decisioni politiche di sistema;
- decisioni di allocazione;
- decisioni di revisione del modello professionale.

Le tre revisioni debbono necessariamente partire da una visione centrale del sistema che riconosca la crisi del modello attuale e ponga le basi per la sua soluzione.

Esso deve essere, tuttavia, immediatamente affiancato da una serie di elementi tecnici che con-

sentano la costruzione parallela dei sistemi di management, d'informazione, di eccellenza professionale e di efficienza finanziaria.

Un sistema di cure primarie rappresenta dunque, oggi, l'armonica integrazione di servizi e funzioni presenti sul territorio, legate al domicilio e all'erogazione di cure della salute delle persone, alla prevenzione delle malattie, all'assistenza a domicilio, alla cura delle cronicità e disabilità.

Le cure primarie non rappresentano in tale contesto una componente ideologica dei sistemi sanitari, come sostenuto in passato da alcuni teorici della sanità pubblica centrata sulla Medicina di Comunità, bensì l'insieme di funzioni cliniche, sociali e assistenziali legate alla salute delle persone e delle comunità.

Una visione funzionale deve stare alla base della reingegnerizzazione del comparto, lucidamente fondata su principi e regole di efficienza allocativa (le cure primarie consentono la liberazione di risorse specialistiche), di efficienza organizzativa ed erogativa (le cure primarie offrono servizi e cure dove si generano i bisogni ed evitano la dispersione dell'erogazione, causa di costi indiretti e sociali) e di efficienza clinica (una eccellente organizzazione dei processi di cura produce tassi di salute e *outcomes* in grado di modificare in maniera sostanziale i profili di morbidità e mortalità delle patologie acute e croniche più frequenti).

Tutto questo può avvenire alla condizione che si predisponga un gigantesco motore di promozione dell'efficienza qualitativa basato su un uso intensivo dei sistemi informativi che determini, oltre che l'integrazione delle funzioni, anche una capacità di analizzare e valutare la performance degli operatori e del sistema.

Questo insieme di processi va in genere sot-

to il nome di *Managed Care* e comprende un'evoluzione dei modelli di efficienza professionale basati sulla valutazione della performance delle prestazioni.

Non vi è dubbio che ciò debba avvenire esclusivamente all'interno di un contesto di lavoro associato che consenta la copertura di tutte le esigenze e i bisogni medici e sanitari del territorio. L'aumento dell'intensità e complessità di cure richiesto alle cure primarie di oggi e del futuro ha portato in Gran Bretagna all'identificazione all'interno dei gruppi di medici associati di particolari figure professionali denominate *General Practitioners with special interests*.

Si tratta di medici di medicina generale specializzati (non specialisti) nella gestione di patologie e processi e in grado di costituire l'interfaccia della medicina di secondo livello (diabete, malattie CV, malattie respiratorie) che costituiscono le prime applicazioni di una nuova articolazione della MG nelle cure primarie.

## REVISIONE DEL MODELLO PROFESSIONALE

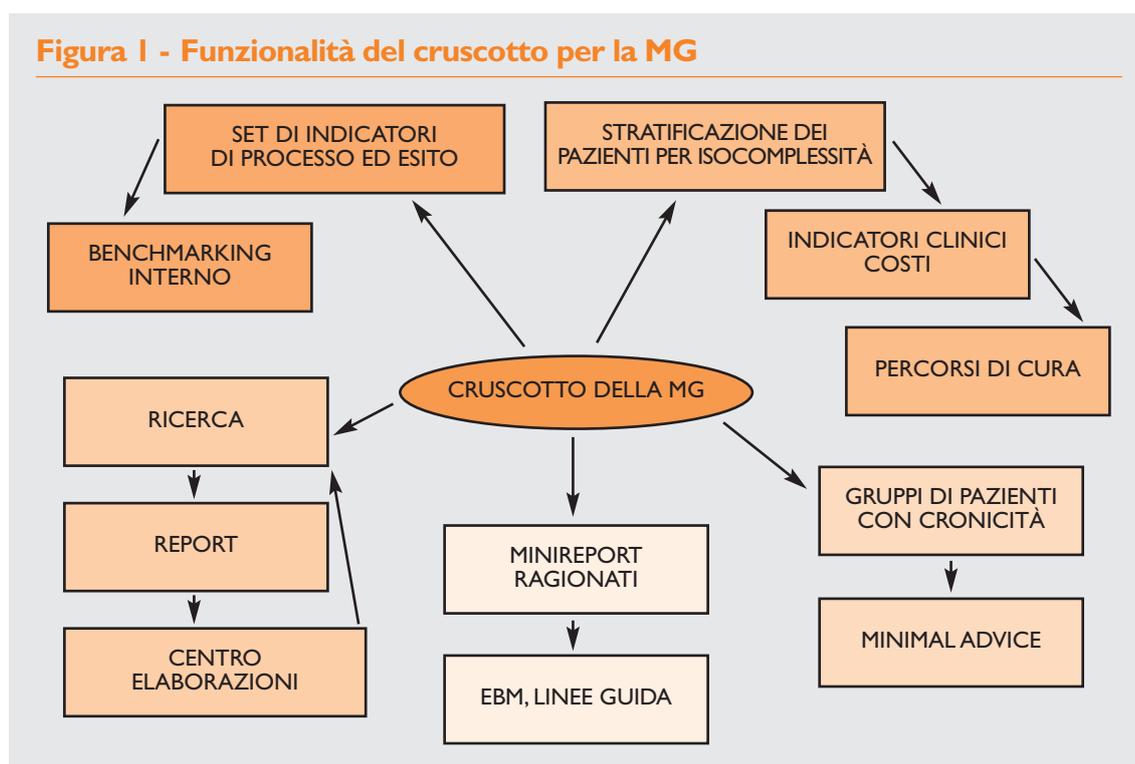
### La medicina generale, la clinical governance, la valutazione della qualità della performance, gli outcomes

Prende corpo inoltre una crescente consapevolezza ed utilizzazione delle funzioni di *governance* in MG. Da un'analisi epidemiologica estesa dei processi di cura più frequenti emerge la possibilità di identificare indicatori sintetici e analitici di performance, di processo e di esito.

L'analisi e la comparazione tra indicatori di una popolazione selezionata di medici e comportamenti individuali consente di evidenziare la variabilità professionale e di selezionare soluzioni in grado di risolvere in maniera guidata il problema.

È quindi possibile oggi creare veri e propri cruscotti di *governance* dei processi clinici e tenere sotto controllo valutativo i principali processi di cura (vedi Fig. 1).

Figura 1 - Funzionalità del cruscotto per la MG



Riportiamo di seguito come, dall'analisi dei dati dei medici di un distretto, viene generato un set di indicatori di processo e di esito (vedi Figg. 2-3).

Gli indicatori di seguito rappresentati sono riferiti ai processi di cura del diabete mellito e hanno l'obiettivo di dare una valutazione dell'appropriatezza clinica dell'*outcome* "controllo glicemico del diabete mellito di tipo 2".

L'analisi degli indicatori consente di comprendere le criticità di cura e predisporre corre-

zioni mirate alla correzione di processo e miglioramento del risultato.

L'analisi per indicatori offre inoltre l'opportunità di valutare le performance dei singoli membri del gruppo di professionisti rispetto ai comportamenti medi e ad un *benchmark* atteso.

Nell'esempio riportato si evidenziano gli indicatori di performance di un medico rispetto ad un gruppo omogeneo di professionisti di un network nazionale di ricerca in MG (*Health Search Database-mm*) (vedi Fig. 4).

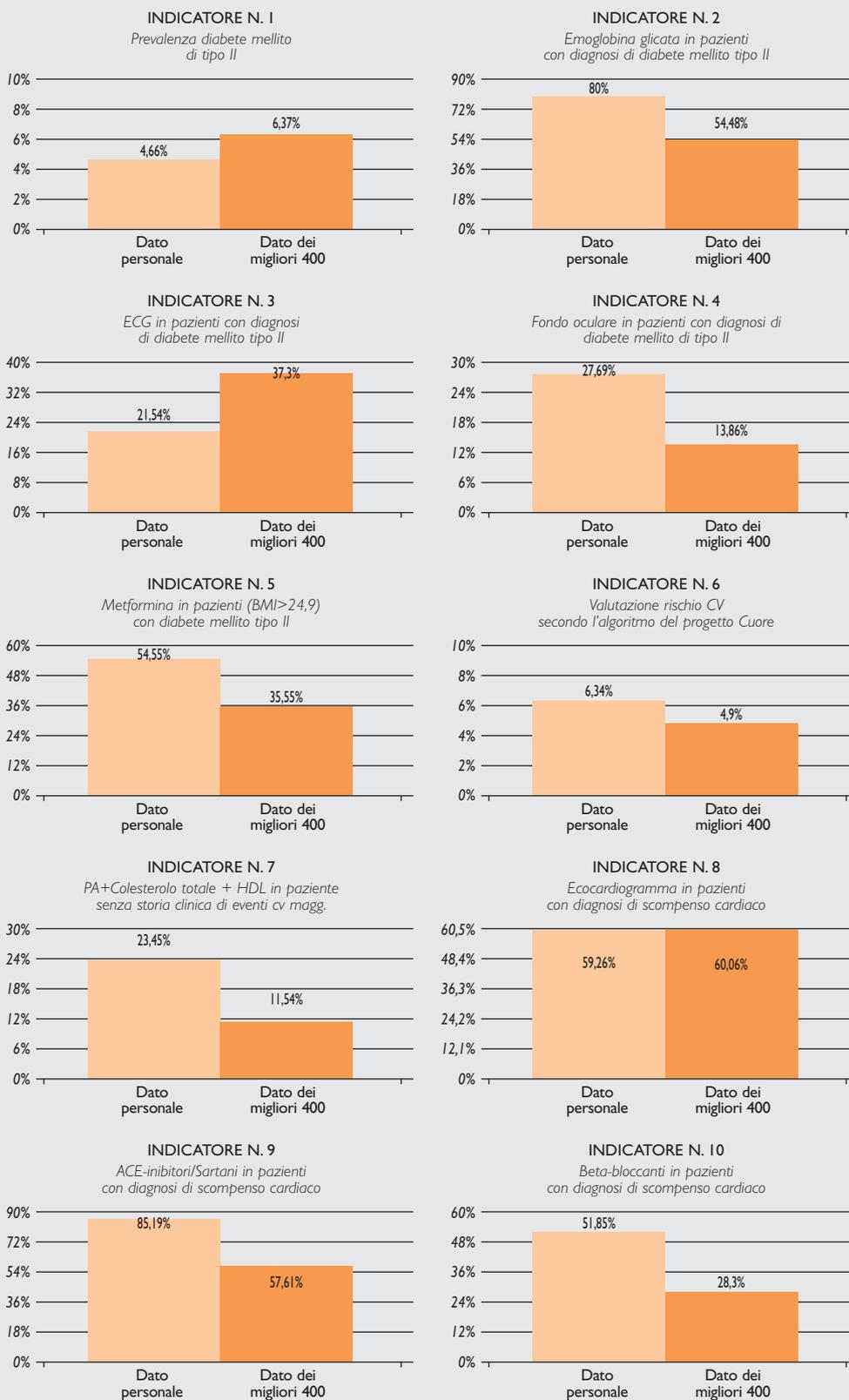
Figura 2 - Indicatori di processo

Indicatore	Docca	Max Docca	Task	Golden Standard 2017
<b>Prevalenza diabete (HbA1c, assist. 7641)</b>			31	47%
Scadenza (n=88)	86	67	67	
% Finestre	57,71%	35,58%	43,07%	
% Massi	38,09%	38,42%	56,29%	
% Pat. con HbA1c registrato (ultimo anno)	11,73%	7,00%	8,63%	
% Pat. con almeno 2 registrazioni / ultimo anno di HbA1c	27,78%	35,08%	31,32%	70%
% Pat. con almeno 1 registrazione / ultimo 12 mesi di monitoraggio	55,56%	48,36%	48,36%	80%
% Pat. con almeno 1 registrazione / ultimo 12 mesi di controllo finale	68,54%	39,58%	67,74%	67%
% Pat. con almeno 1 registrazione / ultimo 12 mesi di controllo di L1	47,07%	31,32%	35,76%	
% Pat. con almeno 1 registrazione / ultimo 12 mesi del controllo L1	63,64%	50,68%	67,74%	80%
% Pat. con almeno 1 registrazione / ultimo 12 mesi di GCG o/o V cardiologica	58,33%	38,42%	68,14%	
% Pat. con almeno 3 controlli glicemici / ultimo anno	19,44%	18,01%	13,96%	
% Pat. che compiono l'autocontrollo glic	38,71%	8,77%	13,25%	
media accessi / ultimo anno presso lo studio del MMG (n=700)	14,31	12,14	12,91	
% Pat. con almeno 1 visita diabetologica / ultimo anno	22,22%	14,04%	17,2%	
% Pat. rientro medico al tavolo del gruppo	10% (26/7)	24,96% (66/7)	15,07% (21/7)	

Figura 3 - Indicatori di esito

% Pat. con HbA1c < 7% (ultimo valore / anno)	4,29% (1/1)	0,26% (0/1)	4,29% (1/1)	
% Pat. con HbA1c < 8% (ultimo valore / anno)	0% (0/1)	1,75% (1/1)	1,06% (1/1)	
Media HbA1c ultimo anno (n=27)	6,75 (24/1)	8,34 (22/1)	8,00 (8/1)	
Media HbA1c ultimo anno (n=10)	10,04 (10/1)	12,01 (11/1)	10,25 (10/1)	
Media % di controllo ultimo anno (n=11)	78,02 (10/1)	77,26 (11/1)	78,14 (10/1)	
% Pat. con HbA1c < 7 (ultimo valore / anno)	72,22% (10/1)	42,00% (28/1)	64,60% (8/1)	80%
% Pat. con HbA1c < 7 (ultimo valore / anno)	21,22% (8/1)	14,34% (10/1)	17,21% (7/1)	
% Pat. con HbA1c < 7,5 (ultimo valore / anno)	27,78% (10/1)	14,34% (10/1)	31,25% (7/1)	80%
% Pat. con HbA1c < 8 (ultimo valore / anno)	18,67% (8/1)	14,34% (10/1)	31,25% (7/1)	
% Pat. con L1L < 10 (ultimo valore / anno)	11,73% (1/1)	18,62% (8/1)	30,70% (7/1)	80%
% Pat. con L1L < 130 (ultimo valore / anno)	22,22% (8/1)	18,62% (8/1)	35,00% (7/1)	
% Pat. con L1L < 130 e MOI < 1 senza con altre vie illoali	10,37% (2/1)	25% (10/1)	41,27% (8/1)	
% Pat. con macroalbuminuria patologica (ultimo valore / anno)	1,70% (1/1)	14,04% (10/1)	2,05% (2/1)	
% Pat. con microalbuminuria patologica (ultimo valore / anno)	10,37% (2/1)	10% (10/1)	10,25% (7/1)	
% Pat. con almeno 1 visita diabetologica / ultimo anno	22,22% (8/1)	28,07% (10/1)	28,71% (10/1)	
% Pat. con recorsi presso il tavolo del gruppo / ultimo anno	0% (0/1)	0% (0/1)	0% (0/1)	

**Figura 4 - Indicatori di performance (Health Search Database - MMG)**



Come si può vedere dagli esempi riportati, l'analisi professionale finalizzata alla *clinical governance* costituisce l'infrastruttura e il metodo di valutazione efficace per:

- analizzare e controllare la qualità degli operatori in rapporto alla performance;
- valutare l'appropriatezza delle prestazioni in rapporto agli obiettivi di cura;
- individuare le carenze di processo;
- creare un *audit* individuale e di gruppo;
- definire gli strumenti per una retribuzione di performance basata sugli *outcomes* clinici.

### CONCLUSIONI

Abbiamo la crescente consapevolezza di essere giunti al completamento di un ciclo dell'organizzazione sanitaria del nostro Paese iniziato trenta anni fa.

Tale ciclo presuppone oggi aggiustamenti e interventi di razionalizzazione sia sul piano della revisione del modello organizzativo delle cure ospedaliere che di una parallela radicale riforma della medicina generale.

Una riforma del genere si fonda su un'ipotesi di forte integrazione di tutti i servizi e delle funzioni presenti sul territorio in un'ottica evolutiva e finalizzata non alla giustapposizione dei processi esistenti bensì alla loro radicale revisione in termini gestionali, di modalità erogative, di allocazione delle risorse, di costruzione di soluzioni strutturali.

Dobbiamo considerare che i processi di ar-

monizzazione dei servizi sanitari e sociali definiscono al livello più alto il contenitore politico e amministrativo di riferimento. Le Case della Salute, le Società della Salute, i *Primary Care Trusts*, sono differenze denominative di una comune esigenza di integrazione dei servizi per il territorio non più rimandabile.

Nel sistema delle cure primarie occorre, quindi, avviare sperimentazioni gestionali che consentano di tarare modellistiche fortemente orientate alle esperienze e alle visioni locali, ma ispirate al principio del lavoro in associazione, alla divisione del lavoro clinico, alla non duplicazione delle funzioni, all'investimento in conto capitale finalizzato a destinare risorse strutturali, tecnologiche ed umane di cui la medicina generale e le cure primarie hanno forte carenza.

Le cure primarie devono essere in grado di farsi carico di tutti i bisogni e i fabbisogni del territorio, del domicilio e delle persone nella loro condizione comune di esistenza e di lavoro.

Un sistema di tal genere fonda il proprio successo su una potente infrastruttura informativa in grado di riconoscere, valutare e premiare l'eccellenza nel raggiungimento degli obiettivi tra gruppi di cura e tra professionisti diversi all'interno delle Unità di cura.

Le cure primarie evolvono dunque verso un modello che abbandoni la marginalità approssimativa dell'intervento e si doti di tutte le complessità necessarie a garantire in maniera efficace la salute dei cittadini.

# Il ruolo del Distretto nelle cure primarie

di **Rosario Mete**

Presidente Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD)

**I**l dibattito sulla realizzazione dei Distretti e sull'integrazione dei servizi ha avuto un forte sviluppo dopo il 1975, quando sono state elaborate le prime proposte della legge di Riforma Sanitaria. In questo periodo operatori e amministratori locali hanno avuto un ruolo importante nei processi di modifica dell'organizzazione sanitaria, incidendo sulla stesura e sui tempi di approvazione della legge 833 che ha istituito nel 1978 il Servizio Sanitario. Per la prima volta una normativa nazionale ha previsto la realizzazione dei Distretti sanitari di base definendoli come "strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento". Negli anni successivi i Distretti sono stati realizzati solo in alcune aree del territorio nazionale e, in questi casi, con scarsa autonomia e con forti aspetti settoriali dovuti alla presenza di specifici Servizi.

Il Decreto Legislativo n. 502 del 1992 ha definito i Distretti come "articolarzioni delle unità sanitarie locali" senza specificarne le caratteristiche organizzative. Questo limite ha determinato l'istituzione, per la gran parte dei casi, di Distretti sanitari solo sul piano formale e senza prevedere un'effettiva autonomia operativa e gestionale.

Il Decreto Legislativo n. 229 del 1999 ha segnato una svolta per la sanità di territorio attribuendo al Distretto, per la prima volta, quell'autonomia indispensabile al fine del raggiungimento degli obiettivi di salute. Inoltre, la parte del decreto riferita ai servizi territoriali è divenuta componente determinante degli strumenti normativi gestionali per il completamento dell'aziendalizzazione attraverso elementi descrittivi sull'organizzazione e sulla struttura distrettuale quali: "La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale"; "Il distretto è individuato dall'atto aziendale"; "Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie"; "nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale". Questa cornice normativa ha avuto l'obiettivo di legare a logiche

aziendalistiche l'istituzione dei Distretti.

Negli anni successivi al Decreto Legislativo n. 229/99 la realizzazione dei processi di autonomia regionale secondari a specifiche normative, fra le quali ha assunto notevole rilevanza la Legge Costituzionale dell'Ottobre 2001 di modifica al titolo V della Costituzione, ha determinato una forte diversificazione delle organizzazioni nelle singole Regioni. I processi devolutivi hanno inciso solo in parte sulla rete distrettuale. I Distretti, pur in questo contesto, sono stati sempre presenti nelle organizzazioni sanitarie e si sono inseriti in tutti i modelli regionali, anche fra loro fortemente diversificati. Nel periodo devolutivo la rete distrettuale è divenuta la soluzione organizzativa migliore per recepire e per avviare i nuovi modelli di gestione delle malattie croniche ed è stata la sede più adatta per l'applicazione di nuove forme di assistenza sanitaria per la presenza di una rete capillare di *Presidi territoriali*. Il Distretto, in questo contesto devolutivo, è divenuto spesso il motore per la mobilitazione delle risorse della comunità, il collegamento con il livello istituzionale e il centro di valutazione dei risultati attesi dalle singole azioni assistenziali.

### IL DISTRETTO E IL NUOVO CORSO DELLE CURE PRIMARIE

Nel 2006, con il nuovo assetto politico, il Ministero della Salute ha manifestato una forte attenzione sulla sanità distrettuale e in particolare sulle cure primarie. Nel Documento "New Deal", presentato il 27 Giugno 2006 durante l'audizione del Ministro della Salute alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, si legge: "bisogna partire dai distretti, che non sono diventati ciò che dovevano diventare" per "realizzare esperienze nelle quali costituire team fra medici di famiglia, medici di distretto, specialisti am-

bulatoriali, professioni sanitarie in un lavoro che deve essere a rete e non gerarchico e frammentato". Questo è stato un primo importante segnale di attenzione al quale ne sono seguiti altri, come l'insediamento della Commissione ministeriale per le cure primarie e per l'integrazione sociosanitaria del febbraio 2007. In quest'occasione è stato presentato un Documento di servizio sulla costruzione del "secondo pilastro della sanità da affiancare all'ospedale" nel quale il Distretto è definito come:

1. il punto di incontro tra domanda di salute dei cittadini e offerta di cure benessere e nuova socialità;
2. il luogo della programmazione integrata delle attività sanitarie e assistenziali, reso possibile dalla corrispondenza del distretto con la zona sociale e dalla condivisione, da parte della ASL e dell'Ente locale, del Piano delle Attività Territoriali (PAT) e del Piano Sociale di Zona (PSZ) o delle loro forme evolutive (Piani per la salute, Piani comunitari per la salute, Piani integrati di salute);
3. l'area-sistema ricomprensivo in un modello a rete presidi e servizi, ora dispersi, finalizzati a dare risposte territoriali ai problemi di salute e di cura dei cittadini, compresi quelli per la tutela del materno-infantile, della salute mentale, delle dipendenze, delle disabilità (l'esatta definizione qualitativa di questi bisogni potrebbe essere demandata ad un apposito "Piano regolatore dei presidi sociosanitari");
4. lo spazio privilegiato per la presa in carico del cittadino e per l'integrazione tra le attività sanitarie e quelle di tipo sociale, con la definizione del percorso assistenziale individuale per le persone portatrici di bisogni complessi (dipendenze, disagio mentale, fa-

miglie in difficoltà) e/o in condizioni di non-autosufficienza per le quali la presa in carico deve procedere di pari passo con la prevenzione e il rallentamento di tale condizione;

5. il luogo della partecipazione del cittadino competente, non più solo utente, ma agente della propria salute, individuale e collettiva, alla definizione degli obiettivi di salute e alla valutazione dei risultati ottenuti;
6. il luogo nel quale promuovere la prevenzione intesa come evento orizzontale, che interessa tutta la vita del cittadino e che si estende nella logica più ampia del “guadagnare salute” e delle politiche della prevenzione sempre.

Altro importante momento è stato il Documento “Territorio, continuità dell’assistenza, cure primarie” approvato nell’ottobre 2007 dal Consiglio Superiore di Sanità, nel quale è sostenuta la necessità di avere un Distretto maturo e capace di svolgere pienamente le funzioni di programmazione, di committenza e di produzione di servizi. Nello stesso documento si auspica l’applicazione di modelli organizzativi divisionali nei quali le cure primarie sono organicamente inserite nel Distretto.

È parte determinante del nuovo corso delle cure primarie il Disegno di legge concernente “*interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale*” collegato alla manovra di finanza pubblica per il 2008. La crisi di Governo del gennaio 2008 determinerà, quasi certamente, il rinvio alla prossima legislatura di ogni decisione in merito.

L’articolo 9 del Disegno di Legge, che propone la modifica del comma 2 dell’articolo 3-quarter del decreto Legislativo 229/99, assegna al Distretto la funzione di “assicurare, attraverso la predisposizione di programmi delle attività territo-

riali, l’organizzazione e l’erogazione delle attività di assistenza primaria, delle prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria e delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale; esso opera in collaborazione con i presidi ospedalieri al fine di garantire l’integrazione delle attività specialistiche e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio nell’ambito di percorsi assistenziali integrati, in collaborazione con la rete dei servizi e degli interventi sociali previsti dalla legge 8.11.2000, n. 328. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell’ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia economica e tecnico-gestionale. Al fine di consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali di competenza degli enti locali e di rendere la programmazione delle attività territoriali coerente con i bisogni di salute della popolazione, le Regioni possono disciplinare ulteriori modalità di partecipazione degli Enti Locali al governo dei servizi territoriali utilizzando gli strumenti associativi e cooperativi previsti dalla normativa vigente anche ed integrazione degli strumenti partecipativi e di rappresentanza previsti dal presente articolo”.

Il Distretto, quindi, tenuto conto delle indicazioni dei citati documenti e delle normative nazionali proposte, diviene pilastro essenziale del Ssn configurandosi quale:

- *macrostruttura dell’Azienda a valenza dipartimentale* in quanto committente ed erogatore diretto dei servizi, con funzioni d’integrazione dei servizi sanitari territoriali tra loro e con quelli ospedalieri, nonché principale attore istituzionale nei rapporti con gli enti locali in funzione dei bisogni della popolazione. Inoltre, il Distretto si propone come organizzatore e gestore dell’assi-

stenza primaria in stretta integrazione con i mmg e pls;

- *macrostruttura con un congruo numero di strutture complesse* tali da garantire un miglior governo clinico di tutte le linee di attività assegnate nell'ambito delle cure primarie e intermedie.

### LE CURE PRIMARIE NELL'ORGANIZZAZIONE DISTRETTUALE

Il termine “cure primarie” è utilizzato nel nostro Paese per indicare la *Primary Health Care*, ampiamente descritta dall'Oms e ritenuta fulcro del servizio sanitario. Bisogna ricordare la storica Conferenza di Alma Ata del 1978 convocata dall'Oms nella quale, in un consesso molto ampio, sono stati posti in essere forti collegamenti fra i temi della salute con quelli dello sviluppo. La Conferenza ha approvato un documento che è divenuto negli anni successivi un punto di riferimento per le politiche sanitarie anche dei Paesi industrializzati.

In Italia le cure primarie comprendono l'assistenza erogata dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici della specialistica ambulatoriale territoriale, nonché l'assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare, ambulatoriale per specifiche categorie di persone (aree materno-infantile, anziani, disabili, malati cronici, psichiatrici, tossicodipendenti), nella quale sono coinvolti numerosi professionisti medici (di sanità pubblica, pediatri, ginecologi, geriatri, fisioterapisti) e di altre professioni sanitarie e sociali (infermieri, terapisti, dietisti, psicologi, assistenti sociali, assistenti tutelari) e dell'educazione (educatori negli inserimenti scolastici, lavorativi).

Sono attività di cure primarie tutte quelle orientate, prioritariamente, a promuovere la salute e a prevenire le malattie e che intervengono per la diagnosi, per la cura, per la riabilitazione

con forme di assistenza erogate nei luoghi più vicini a quelli in cui i cittadini vivono (domicilio dei pazienti, ambulatori territoriali, strutture residenziali), in una visione d'integrazione delle risorse e di coordinamento dei processi. La continuità delle cure, l'integrazione professionale e la partecipazione di paziente e famiglia alla tutela della salute sono i principi su cui si fondano le cure primarie.

Il DM 29.11.2001 riconosce le cure primarie come livello di assistenza, riconducendole più precisamente al Lea 2 (Assistenza Distrettuale). Il Distretto rappresenta pertanto la specifica macrostruttura che garantisce l'organizzazione e la produzione delle cure primarie.

Da questa definizione emergono la *mission* delle cure primarie (tutela della salute globale del cittadino, presa in carico dei pazienti complessi), la *vision* (equità, accessibilità, partecipazione comunitaria, sostenibilità costi, continuità assistenziale, integrazione, multiprofessionalità), la sua *organizzazione* (distrettuale, basata su UO multiprofessionali che operano in strutture ambulatoriali comprese quelle dei medici di medicina generale, domiciliari, residenziali, semiresidenziali), i *processi assistenziali* (percorsi di cura continui e integrati basati sulle indicazioni del DPCM 14.2.2001).

Vista la rilevanza che le cure primarie assumono nel livello di Assistenza Distrettuale, è indispensabile prevedere, nell'ambito della “Macrostruttura Distretto” e del modello organizzativo divisionale suggerito dal Consiglio Superiore di Sanità, una specifica “Struttura Complessa per le Cure primarie”.

### LE CURE PRIMARIE E I NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI

Si è ormai consapevoli che oggi i servizi sani-

tari distrettuali offerti alla popolazione non rispondono adeguatamente ai nuovi bisogni di salute, in quanto il sistema è orientato all'attesa di un evento su cui intervenire, su cui mobilitarsi per risolvere il problema. Applicare in modo prevalente per le cure primarie il paradigma assistenziale delle malattie acute provoca danni incalcolabili. Ciò significa che il "sistema" si mobilita davvero solo quando il paziente cronico si aggrava, si scompensa, diventa "finalmente" un paziente acuto rinunciando, conseguentemente, non solo alla prevenzione e alla rimozione dei fattori di rischio, ma anche al trattamento adeguato della malattia cronica di base.

Permane, inoltre, un'organizzazione di cure che vede l'ospedale al centro della sanità e tutto il resto corollario di un sistema che risponde alle logiche legate alle patologie acute. Anche le Regioni, che hanno trasferito in modo rilevante risorse al territorio, risentono ancora di un'adeguata organizzazione delle cure primarie per la presa in carico della cronicità e di insufficienti interventi sanitari estensivi e integrati con l'area socio-assistenziale.

Tutti i Congressi della Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto (Card), e in particolare quelli del 2003 sulla continuità assistenziale e del 2005 sulla gestione delle malattie croniche, hanno messo in risalto la necessità di modificare gli attuali assetti organizzativi tramite la realizzazione di una diffusa rete per le cure primarie, capace di recepire queste nuove esigenze della sanità. Diviene indispensabile che si avvii un periodo di concreta operatività, di reali decisioni per la riorganizzazione e il miglioramento dei servizi offerti attraverso un potenziamento della rete dei servizi di Distretto e, quindi, del sistema delle stesse cure primarie. La modulazione deve interessare anche gli ospedali che, in questo nuo-

vo assetto, devono assumere la funzione di luogo di offerta delle prestazioni ad alta intensività governando l'efficienza, l'appropriatezza degli interventi, riducendo al massimo i tempi di degenza e costituendo con il Distretto processi d'integrazione finalizzati alla continuità assistenziale.

Non sono più rinviabili le decisioni per la realizzazione di una nuova rete di servizi territoriali, che ha costi decisamente più bassi di quella ospedaliera ed è di maggior gradimento da parte dei cittadini. Questo processo deve avvenire al più presto per rispondere alle nuove esigenze della sanità legate all'aumento delle malattie croniche e al bisogno sempre più espresso del mantenimento dello stato di salute/benessere attraverso attività di prevenzione rivolte alla collettività e al singolo individuo. In altre parole, bisogna implementare un sistema sanitario distrettuale che riduca al massimo gli sprechi e che strutturi una rete di servizi vicini alla popolazione, modulabili, rispondenti ai bisogni di salute con costi più sostenibili, introducendo forme di partecipazione attiva del cittadino e della comunità attraverso anche percorsi di autocura.

La Card ha proposto nel 2005 l'istituzione dei *Presidi Integrati di Cure Primarie (PICuP)* "presidio, organizzato dal distretto e inserito nella rete dei servizi distrettuali, formato da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici della continuità assistenziale, medici specialisti, medici dirigenti di distretto, psicologi, infermieri, assistenti sociali, terapisti e personale di supporto amministrativo" per la "presa in carico di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche e per la riduzione dei ricoveri impropri e dei codici bianchi in pronto soccorso". "I Presidi Integrati per le cure primarie dovrebbero diventare un riferimento del cittadino per l'erogazione delle prestazioni a bassa intensività assistenziale

come l'ospedale è ormai da lungo tempo il riferimento certo per gli eventi acuti".

Il modello proposto dalla Card è un modello culturale basato sui principi dell'Oms, che sa dare una risposta non solo ai problemi acuti o riacutizzati, ma, soprattutto, ai bisogni legati alle patologie croniche, attraverso l'attività di un team multiprofessionale competente in grado di gestire sul territorio polipatologie e multiproblematicità sanitarie e socio-assistenziali, evitando il ricovero ospedaliero.

Questo modello prevede l'applicazione operativa della medicina d'iniziativa con i suoi tre principali elementi:

- a. la valutazione dei bisogni della comunità e l'attenzione ai determinanti della salute (anche quelli cosiddetti "distali", ovvero quelli socio-economici, che sono alla base delle crescenti disuguaglianze nella salute, anche sul versante dell'utilizzazione e qualità dei servizi, nei portatori di malattie croniche);
- b. la propensione agli interventi di prevenzione, all'utilizzo di sistemi informativi e alla costruzione di database, alle attività programmate e agli interventi proattivi (es. costruzione di registri di patologia, stratificazione del rischio, richiamo programmato dei pazienti, ecc.);
- c. il coinvolgimento e la motivazione degli utenti, l'attività di counselling individuale e di gruppo, l'interazione con le risorse della comunità (associazioni di volontariato, gruppi di autoaiuto, ecc.).

## CONCLUSIONI

Il cambio di paradigma della sanità distrettuale, dall'attesa all'iniziativa, è un'operazione complessa e di lunga lena perché deve mettere al centro del sistema i bisogni dei cittadini; un'operazione che può essere vincente solo con l'adesione convinta di tutti gli attori, dai professionisti ai decisori politici e alle comunità locali, dalle istituzioni accademiche agli amministratori.

Il cambio di paradigma, peraltro culturalmente maturo e già collaudato in varie realtà internazionali e adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (in un recente documento ha indicato nella *Community Oriented Primary Care*, cure primarie orientate verso la comunità, la forma più evoluta di organizzazione dell'assistenza sanitaria di base), prevede una nuova organizzazione dove le cure primarie sono integrate da un approccio di sanità pubblica gestito dal Distretto. Questo nuovo modo di "fare sanità" consiste nella valutazione sistematica dei bisogni della comunità, nell'identificazione dei principali problemi, nell'implementazione di interventi sistematici rivolti a gruppi target di popolazione e nel monitoraggio dell'impatto di tali interventi per essere certi che i servizi siano stati utili e congruenti con i bisogni della popolazione.

La Card continuerà a svolgere un'azione di cambiamento culturale verso tutti gli attori del sistema, sperando che l'adeguamento dei servizi distrettuali possa avvenire in tempi rapidi fornendo, in questo modo, una risposta adeguata ai nuovi bisogni di salute.

# Il ruolo degli infermieri nelle cure primarie

di **Annalisa Silvestro**

Presidente della Federazione nazionale Collegi Infermieri

**I**n questi ultimi anni, il progresso culturale e scientifico della medicina e delle scienze sanitarie, associati ad una rilevante evoluzione tecnologica, hanno profondamente ridefinito gli spazi di intervento dei servizi sanitari e reso sempre più evidente il raggiungimento di importanti “guadagni di salute”.

Contestualmente si è verificato un costante aumento delle malattie a carattere cronico degenerativo e un riposizionamento altrettanto rilevante dei bisogni di cura e assistenza dei cittadini; cittadini che oltre a tutto rivendicano con sempre più forza il diritto di essere coinvolti nei processi di cura e di assistenza e di poter scegliere e decidere ciò che incide direttamente sulla loro qualità e aspettativa di vita.

In un tale quadro contestuale i sistemi sanitari e i professionisti sono proattivamente coinvolti nella ricerca di modelli organizzativi e assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti e che ruotino sulla centralità della persona assistita e dei bisogni che manifesta.

Le cure primarie rappresentano il primo livello di risposta alla domanda dei cittadini e delle comunità rispetto alla richiesta di avvicinare il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove la popolazione vive e lavora.

In Europa i processi di assistenza territoriale stanno ricevendo un forte impulso basato sull'impegno che i diversi sistemi sanitari pongono in essere affinché i professionisti (medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.) possano positivamente assumere le specifiche e peculiari responsabilità correlate al mantenimento della salute e del benessere delle persone che assistono.

Anche nel nostro Paese si manifesta un sempre maggiore impegno nel progettare e nel prepararsi a modalità di erogazione delle cure e dell'assistenza che siano basate sulla continuità, sulla multiprofessionalità, sull'interazione dei professionisti e sull'integrazione dei processi, oltre che sulla sistematicità dei rapporti con i cittadini e con le loro aspettative.

## **L'INFERMIERE E L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLE CURE PRIMARIE**

L'evoluzione e l'innovazione delle Scienze infermieristiche che si riferiscono sia alla specificità delle malattie sia, e soprattutto, ai problemi che esse determina-

no sulle persone, rendono l'infermiere un professionista capace di fornire un contributo specifico e peculiare, all'interno delle cure primarie, nei modelli di gestione della malattia cronica, delle fragilità e delle disabilità.

Gli interventi infermieristici, rivolti a gruppi di pazienti o alla comunità per il supporto e il buon controllo della malattia, possono essere agiti in modo trasversale nei diversi setting assistenziali sia attraverso interventi di tipo intra o iter professionale, sia garantendo la continuità assistenziale, sia agendo il ruolo di "case manager" per il singolo assistito.

In quest'ottica i percorsi formativi infermieristici dovranno essere indubbiamente rivisti e ripensati per poter fornire ai futuri professionisti o agli infermieri già impegnati nei diversi luoghi di cura e assistenza quelle competenze, scientificamente avanzate e basate sull'evidenza, che permettano loro di agire il proprio e ridefinito ruolo professionale e di porsi con una progettualità specifica ed un proprio sapere nell'ambito dei team socio-sanitari.

Le peculiarità dell'assistenza primaria e gli orientamenti organizzativi assunti per garantire la corretta risposta alla domanda di salute dei cittadini inducono a ritenere che l'infermiere, supportato dalla sua organizzazione professionale, organizzativa e formativa dovrà approfondire e sviluppare ulteriori competenze tecnico scientifiche, educative e relazionali che lo mettano in grado di porre in essere azioni inerenti:

- la prevenzione e la promozione della salute;
- la valutazione, l'identificazione e la decodifica dei bisogni degli assistiti;
- l'assistenza diretta comprensiva della gestione dei disturbi cognitivi e del rischio derivante dalle condizioni di lunga assistenza,

soprattutto di tipo complesso;

- l'assistenza nella terminalità di vita (cure palliative);
- l'educazione terapeutica orientata a supportare l'autoassistenza per il mantenimento dell'autosufficienza;
- la comunicazione e l'utilizzo di modalità di lavoro integrate e di partnership;
- l'utilizzo dei dati epidemiologici a supporto delle decisioni proprie e dell'équipe.

Attualmente, la presenza di infermieri nelle attività territoriali risulta gravemente carente e ciò inficia significativamente ogni innovazione coerente con i reali bisogni della collettività e le ipotesi progettuali che vengono presentate.

Il problema derivante dallo scarso numero di infermieri impegnati nel territorio o comunque nelle cure primarie deve essere rigorosamente affrontato pena l'inevitabile mancata realizzazione di tutte le ipotesi presentate e l'aumento delle criticità ampiamente manifestate dai singoli cittadini, dalle famiglie e dai servizi socio-sanitari territoriali che non riescono a dare risposte soddisfacenti alle fasce più fragili e deboli della società.

Inutili sarebbero tutte le riflessioni, i propositi e i progetti per modificare e implementare l'attuale sistema delle cure territoriali con particolare riferimento alle cure primarie.

Nell'ambito delle cure primarie, comunque, l'orientamento della collettività professionale infermieristica italiana è di adoperarsi affinché l'infermiere possa assumere le funzioni previste dall'Oms con l'attivazione della figura dell'infermiere di famiglia.

L'Oms, infatti, definisce l'infermiere, insieme al medico, il "perno della rete dei servizi". Il ruolo dell'infermiere di famiglia è quello di un professionista che "aiuterà gli individui ad adattarsi

alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del suo tempo al domicilio dei pazienti con le loro famiglie (*omissis*). Può facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio e agire da tramite tra la famiglia e il medico di base”.

Le attività che l’infermiere di famiglia potrà porre in essere in stretta collaborazione con il medico di medicina generale e per gruppi di famiglie vengono individuate nell’ambito:

- della prevenzione dei fattori di rischio;
- dell’assistenza diretta;
- della continuità assistenziale;
- dell’orientamento per l’uso ottimale dei servizi sanitari;
- della formazione e addestramento all’autocura;
- del counselling.

L’infermiere di famiglia, in base alle necessità dagli assistiti in carico e alla tipologia dei processi curativo assistenziali attivati, potrebbe inoltre svolgere, per quanto inerente la continuità assistenziale e l’adesione al progetto di cura e al piano di assistenza predefinito e costantemente personalizzato, la funzione di *case manager* e di attivatore, insieme al medico di medicina generale, degli altri professionisti sanitari e dell’area del sociale il cui inserimento nel progetto di cura e assistenza potrebbe essere necessario.

Il *case manager* (coordinatore del caso), professionista della valutazione del bisogno, è secondo la letteratura e le esperienze internazionali l’infermiere che, per le sue caratteristiche generali e specifiche, appare il professionista sanitario più idoneo ad esercitare quel ruolo, stante la sua visione assistenziale olistica e globale.

Nella sua funzione di coordinatore del caso e di responsabile complessivo del percorso/proget-

to di assistenza, l’infermiere potrebbe inoltre impegnarsi a:

- aiutare non solo l’assistito in condizioni di fragilità/cronicità ma anche la sua famiglia;
- garantire il mantenimento e l’implementazione della rete dei servizi presenti in quel territorio;
- facilitare il raccordo e l’intervento anche delle associazioni di volontariato o comunque delle “risorse” presenti in quel territorio.

È evidente che, in coerenza con l’ipotesi presentata, sarebbe necessario disporre all’interno del Distretto/Dipartimento delle cure primarie di infermieri formati sulla valutazione del bisogno (la valutazione multidimensionale) in grado di raccogliere anche la domanda di non autosufficienza, sia a livello di territorio che di ospedale (dimissione protetta) e di risolverla con le strutture/servizi del distretto o, comunque, della più ampia rete di macrostruttura sanitaria e sociale.

In questa logica e secondo la proposta dell’infermiere di famiglia, l’intervento assistenziale infermieristico dovrebbe inoltre essere finalizzato a far sì che l’assistito assuma un ruolo centrale nella gestione della propria patologia attraverso il trasferimento concordato di informazioni a sostegno del processo di autocura e nell’acquisizione delle abilità necessarie per ridurre e/o migliorare i problemi quotidiani derivanti dalla cronicità. Problemi che potrebbero essere: il controllo dell’alimentazione; la gestione delle condizioni di acuzie; la gestione della terapia farmacologica; lo sviluppo di stili di vita adeguati ecc.

Inoltre, la capacità dell’infermiere di fornire le indicazioni utili per accedere ai diversi servizi e per trovare e utilizzare le giuste informazioni potrebbe essere un ulteriore valore aggiunto in quanto è fondamentale, in interventi assistenzia-

li di questo tipo, dare all'assistito e alla famiglia la certezza di punti di riferimento precisi all'interno dell'équipe da poter contattare in caso di necessità.

Esistono sul territorio nazionale esperienze così impostate già in atto; il loro studio, la disseminazione degli strumenti, delle modalità e dei percorsi utilizzati potrebbero essere assolutamente di

generale interesse anche per uscire dalle ideologie, da ruoli stereotipati e modelli ormai inadeguati e avvicinarsi davvero alle esigenze dei singoli cittadini, delle famiglie e di quelle collettività sociali che vivono con sempre maggiore disagio e frustrazione le difficoltà di dare un'adeguata risposta ai bisogni manifestati dai loro appartenenti.

# L'assistenza primaria in Emilia Romagna

di **Eugenio Di Ruscio, Clara Curcetti, Maria Rolfini, Mara Morini, Ester Spinozzi**

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Regione Emilia Romagna

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socioeconomico (invecchiamento della popolazione, aumento delle persone immigrate, aumento dei nuclei familiari con esigua rete parentale) richiedono un significativo cambiamento delle politiche poiché i bisogni, sempre più articolati e complessi, non consentono risposte settoriali, ma richiedono risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, anche di relazione e che sappiano garantire assistenza senza soluzione di continuità.

Per perseguire questo obiettivo, il Piano regionale sociale e sanitario 2008-2010 dell'Emilia Romagna promuove politiche e interventi in un'ottica di forte integrazione dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, rivolti alla persona e alla comunità in cui vive. Il processo di innovazione avviato riguarda non solo la capacità di introdurre innovazioni tecnologiche e biomediche, ma anche quelle innovazioni organizzative e professionali che sono richieste dai bisogni in evoluzione delle persone e delle famiglie.

In quest'ottica, il Piano regionale sociale e sanitario 2008-2010 conferma e rilancia il nuovo ruolo del Distretto quale vero e proprio garante dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) in un determinato territorio, al fine di conferire alla programmazione, monitoraggio e valutazione dell'assistenza quel carattere personalizzato e locale che è costitutivo della qualità dei servizi resi, al pari della qualità tecnica e dell'appropriatezza organizzativa e clinica. A tal fine la direzione del Distretto individua le soluzioni locali compatibili con il quadro programmatico generale, indirizza la gestione, esercitata a livello dei dipartimenti, sia ospedalieri che territoriali, orienta le modificazioni possibili, stabilendone le modalità di verifica e di aggiustamento continuo, facilitando il passaggio del paziente tra i diversi livelli assistenziali (ospedale, territorio...).

Ne consegue che la forma organizzativa dei Dipartimenti garantisce la distinzio-

ne delle funzioni di gestione, proprie dei Dipartimenti, dalla funzione di committenza esercitata dal Distretto; il carattere gestionale dei dipartimenti mira ad una maggiore responsabilizzazione degli stessi, non solo in termini di realizzazione del piano di produzione, ma individuando anche modalità di corresponsabilizzazione sull'adeguatezza del quadro generale di assistenza definito.

### LO SVILUPPO DEL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

Le cure primarie rappresentano la risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, assumendo, pertanto, una connotazione di natura preventiva, assistenziale e riabilitativa. In tale ottica, nel quadro di rinnovamento e sviluppo del sistema delle cure primarie, il modello culturale e professionale adottato si basa su un assetto organizzativo che viene garantito, da un punto di vista gestionale, da tutti i Dipartimenti territoriali: cure primarie, salute mentale e dipendenze patologiche, sanità pubblica, in modo strettamente integrato.

Nello specifico, il Dipartimento di cure primarie è quello che garantisce l'erogazione dell'assistenza primaria, la sua peculiarità è rappresentata dai Nuclei di cure primarie (Ncp) che per la loro capillarità sul territorio, rendono possibile la risposta alle necessità assistenziali dei cittadini attraverso l'azione congiunta dei medici di medicina generale (assistenza primaria e continuità assistenziale), pediatri di libera scelta, infermieri, ostetriche, a loro volta fortemente integrati con gli specialisti territoriali e gli operatori sociali e socio assistenziali.

I Ncp operano in aree territoriali omogenee, con caratteristiche geomorfologiche simili, nelle quali insiste una popolazione indicativamente di 15-30.000 abitanti; i professionisti che lo compongono operano in forte relazione, privilegian-

do nei processi di coordinamento strumenti che individuano soluzioni organizzative e modalità assistenziali centrate sul bisogno del paziente e aderenti agli standard professionali attuali, operando pertanto secondo criteri del lavoro per processi, valorizzando la loro autonomia pur privilegiando l'integrazione con gli altri professionisti, prevedendo gli strumenti di monitoraggio opportuni, adeguando le modalità d'accesso alle prestazioni sanitarie in modo che siano sensibili ai diversi gradi di bisogno dell'utenza.

L'attuazione dell'integrazione nel Ncp è voluta soprattutto in quanto funzionale al migliore soddisfacimento dei bisogni sociali e sanitari delle persone e delle famiglie, ma anche in quanto ritenuta capace di elevare il riconoscimento del valore del lavoro e degli apporti professionali, che vengono necessariamente coinvolti nella definizione di un quadro organizzativo e assistenziale più ampio.

In tale contesto la sfida maggiore è rappresentata dalle malattie cronicodegenerative, che presentano la caratteristica di prolungarsi nel tempo e perciò non trovano più solo nella cura l'unica risposta, essendo caratterizzate da problemi di natura diversa che interessano sia il portatore della patologia sia chi lo circonda.

La necessità di dare continuità alle cure impone una riflessione sul processo di assistenza in diverse situazioni di patologie a carattere cronico, dove l'impegno professionale deve garantire soluzioni assistenziali poco correlate alla semplice diagnosi clinica, ma più orientate ad approcci assistenziali che durano nel tempo.

Le condizioni che garantiscono il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica, la cui complessità richiede la predisposizione di una risposta altrettanto complessa, sono frutto della coordinata strutturazione di

uno o più approcci assistenziali, secondo un processo che si compone di tre fasi fondamentali: la presa in carico, la progettazione individualizzata, la valutazione.

Appare pertanto opportuno sviluppare un modello organizzativo basato sulla responsabilità professionale correlata al bisogno assistenziale prevalente nelle diverse fasi del processo di cura, facendo riferimento ai nuovi modelli di gestione delle malattie croniche, che rendono necessario considerare maggiormente gli aspetti concernenti l'aver cura (*care*) rispetto a quelle riguardanti la cura degli acuti. Questa nuova dimensione di gestione assistenziale può rappresentare un'importante opportunità per mettere alla prova e validare i ruoli e l'agire professionale.

### VALORIZZAZIONE DEL RUOLO INFERMIERISTICO LE PRINCIPALI ESPERIENZE

La nuova programmazione regionale proposta dal Piano sociale e sanitario individua, tra gli obiettivi strategici, la valorizzazione delle professioni sanitarie assistenziali, fra le quali assume particolare rilevanza, nell'ambito delle cure primarie, quella infermieristica, così come in alcuni Paesi europei le innovazioni organizzative hanno riguardato principalmente lo sviluppo di ruolo e competenze degli infermieri.

Il raggiungimento di tali obiettivi è reso possibile dalle modificazioni intervenute da un lato a livello legislativo, che hanno comportato un allargamento delle competenze tali da sfruttare pienamente il ruolo professionale infermieristico, dall'altro dai cambiamenti introdotti dalla programmazione regionale, che apre nuove possibilità allo sviluppo dei servizi sanitari.

I cambiamenti organizzativi promossi nella Regione Emilia Romagna sostengono nuovi mo-

delli assistenziali, prevedendo una strategia da attuare nelle diverse fasi del processo di cura alla persona, che sappia valorizzare il contributo dei diversi professionisti, integrando competenze, conoscenze e abilità specifiche, la capacità di presidiare la continuità delle cure attraverso la qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizi ed utenti, tra operatore e assistito.

A questo proposito alcuni autori ritengono che il pieno sviluppo dell'integrazione professionale, nell'ambito delle malattie croniche, richieda un complessivo ri-orientamento delle professionalità coinvolte, in quanto ci troviamo di fronte a problemi multifattoriali che necessitano di "contenitori" professionali in cui far interagire competenze di natura diversa, andando oltre i confini delle singole professionalità e coniugando la capacità di lavoro per prestazioni con quella per progetti integrati di cura.

Nel corso degli ultimi anni si sono sviluppate sul territorio regionale delle esperienze innovative di assistenza infermieristica nell'ambito delle cure primarie, che hanno reso possibile lo sviluppo della professionalità infermieristica, in particolare nella gestione della cronicità, che richiede una gestione più assistenziale che clinica. Infatti, l'esperienza maturata dagli infermieri ha permesso loro di acquisire una significativa visibilità e autorevolezza sia sotto il profilo delle competenze gestionali sia sotto il profilo delle competenze clinico assistenziali.

A tale proposito vengono di seguito illustrate alcune esperienze, scelte tra le più significative, realizzate in specifiche realtà distrettuali e che per le loro peculiarità hanno un carattere innovativo.

### Responsabilità dell'infermiere nelle cure domiciliari

Il crescente sviluppo delle competenze infer-

mieristiche in ambito domiciliare ha portato ad una sempre maggiore consapevolezza del ruolo che l'infermiere assume nell'ambito del sistema integrato di cure alla famiglia. In questo contesto l'infermiere, in piena autonomia e responsabilità, attiva interventi caratterizzati da competenze ad alta componente tecnico-scientifica, valuta e decide se operare direttamente o demandare e a chi.

Alcune realtà aziendali hanno ritenuto strategico sviluppare il tema della responsabilità infermieristica nell'ambito dell'accesso e della presa in carico.

In particolare le Aziende Usl di Modena e Imola hanno sviluppato l'area dell'accesso alle cure domiciliari, in quanto sede di valutazione del bisogno e attivazione dei percorsi di presa in carico, affidandone all'infermiere la responsabilità, con conseguente sviluppo della sua funzione di lettore/decodificatore dei bisogni e attivatore dei processi di presa in carico.

L'infermiere che ha la responsabilità del Punto unico d'accesso alle cure domiciliari (Pua) ha la funzione di indirizzare i bisogni sanitari e socio-assistenziali, facilitare l'accesso alle cure domiciliari degli utenti e delle loro famiglie, snellire le procedure d'accesso, migliorare la tempestività della risposta più appropriata, garantire le risposte assistenziali, costituire un riferimento per il paziente e la famiglia per tutta la durata dell'assistenza e per gli operatori della rete territoriale e dell'ospedale.

Il ruolo cruciale dell'infermiere nelle cure domiciliari assume ulteriore rilevanza nei casi ad alta complessità assistenziale e gestionale, come nell'Azienda Usl di Reggio Emilia, nella quale è individuato un infermiere con funzioni di case manager, responsabile del processo di integrazione nel programma della rete delle cure palliative. Garantisce infatti, oltre alla valutazione per l'av-

vio della presa in carico dei pazienti e il monitoraggio dell'assistenza, anche l'interfaccia con le équipe assistenziali che hanno gestito il caso in regime ospedaliero e/o residenziale, nonché con la famiglia e il paziente stesso, intervenendo già nella fase di ricovero e garantendo al contempo il raccordo con il medico di famiglia per la definizione del successivo piano assistenziale domiciliare.

Nella fase di ricovero in hospice, l'infermiere case manager è l'interfaccia con l'équipe professionale della struttura con la quale collabora anche per la definizione dei nuovi piani assistenziali.

### **Responsabilità dell'infermiere nella gestione di percorsi assistenziali**

L'obiettivo regionale di attivare percorsi integrati ospedale-territorio, che migliorino la presa in carico globale del paziente, rappresenta il presupposto che ha consentito all'Azienda Usl di Parma di sviluppare un programma di assistenza sanitaria per soggetti portatori di stomie, garantendo la presa in carico complessiva delle persone, la continuità assistenziale e la qualificazione degli interventi, migliorando in questo modo la qualità della vita dei malati e dei loro famigliari.

In tale contesto è perciò stata individuata una équipe multiprofessionale dedicata, che garantisce la valutazione delle condizioni della persona e la qualità della vita di relazione della stessa, predisponendo il progetto terapeutico-assistenziale-riabilitativo personalizzato, in modo adeguato e tempestivo, e monitorando l'andamento delle necessità assistenziali nel tempo.

All'interno di tale équipe l'infermiere ha il ruolo determinante di case manager sin dal momento del ricovero in ospedale, in modo da garantire la continuità assistenziale in tutte le fasi del progetto, assicurando il collegamento tra il paziente,

la sua famiglia e i diversi servizi e completando il percorso con l'educazione terapeutica, quale processo educativo che si propone di aiutare la persona malata ad acquisire e mantenere la capacità di gestire in modo ottimale la propria vita, convivendo con la malattia.

### **L'infermiere di famiglia**

La funzione infermieristica, nell'ambito delle cure primarie, può concretizzarsi attraverso l'attivazione dell'infermiere di famiglia. In proposito l'Azienda Usl di Bologna ha avviato, nell'ultimo anno, un progetto sperimentale che riguarda l'attivazione a livello distrettuale di tale figura professionale, nell'ambito di un progetto più ampio di riorganizzazione dei Ncp. La prevista riorganizzazione ha comportato modificazioni sia organizzative, individuando un infermiere nell'ambito del gruppo dell'assistenza domiciliare integrata, sia professionali per offrire risposte efficaci al cittadino.

L'infermiere di famiglia si pone, infatti, come "filtro" tra medici di famiglia, strutture territoriali, ospedaliere e a domicilio del paziente fragile. Si fa carico, insieme ai medici di medicina generale, di diversi gruppi di famiglie, e si pone come interfaccia tra la collettività e gli stessi medici cui le famiglie afferiscono.

L'infermiere di famiglia aiuta il paziente e la sua famiglia ad adattarsi ad una condizione di difficoltà, garantisce la continuità assistenziale, l'adesione sistematica al piano di cura e di assisten-

za, facilita il raccordo e l'integrazione dei professionisti coinvolti nel processo di cura, si impegna a rilevare, valutare e decodificare i bisogni di salute, a realizzare interventi informativo-educativi e ad effettuare direttamente prestazioni infermieristiche sui pazienti e le famiglie che presentano condizioni di fragilità. Espletando tali funzioni, l'infermiere di famiglia diventa il responsabile generale del percorso/progetto di assistenza.

### **CONCLUSIONI**

Le positive esperienze evidenziate dimostrano che si sono già attuati percorsi di cambiamento nel sistema delle cure, che ne permettono la sistematizzazione nelle diverse aree territoriali e comportano un ulteriore sviluppo sia della professionalità infermieristica che dell'organizzazione dell'assistenza.

In questa logica lo sviluppo delle cure primarie in Emilia Romagna passa anche attraverso la ridefinizione di un modello organizzativo che trae vantaggio dalle diverse responsabilità professionali correlate ai bisogni assistenziali, dalle loro interazioni e dall'individuazione, nelle varie fasi, della figura professionale che più opportunamente assicura la sintesi.

Valorizzare il contributo degli infermieri significa, pertanto, realizzare un importante e sicuro investimento per il successo di politiche e strategie di assistenza, in grado di rispondere ai bisogni emergenti e alle necessità della popolazione.

# Le cure primarie in Friuli Venezia Giulia

di **Giorgio Simon**

Agenzia regionale della sanità - Friuli Venezia Giulia

44

monitor

La Regione Friuli Venezia Giulia (Fvg) ha posto tra i propri obiettivi prioritari il miglioramento dell'organizzazione delle cure primarie definendo le aree più importanti di azione che sono state:

- il rafforzamento dell'assetto organizzativo dei Distretti, favorendo la nascita di autonomia e responsabilità degli stessi;
- lo sviluppo dell'integrazione tra intervento sociale e intervento sanitario;
- l'investimento sulle capacità di cura delle famiglie (Fondo regionale per la non autosufficienza);
- l'investimento sulla medicina di famiglia, puntando sulla crescita dell'accessibilità, messa in rete e responsabilità;
- l'investimento sulle strutture edilizie del territorio.

In Regione Fvg vi è stato, a partire dal 1994, un importante intervento di riduzione dell'accesso all'ospedale che ha portato in pochi anni a un sostanziale dimezzamento dei posti letto ospedalieri e a collocare la Regione tra gli ultimi posti in Italia per il tasso di ospedalizzazione.

Contemporaneamente si è assistito all'estensione delle cure primarie e in particolare alla creazione dell'assistenza domiciliare infermieristica e riabilitativa e delle residenze sanitarie assistenziali.

## L'ORGANIZZAZIONE ATTUALE

In Fvg vi sono venti Distretti suddivisi in sei Aziende territoriali che un progetto di legge attualmente in discussione in Consiglio Regionale propone di ridurre a tre.

Il funzionamento dei Distretti è stato definito con alcune disposizioni normative quali:

- l'assetto istituzionale che definisce compiti e responsabilità ed è improntato ad una forte integrazione socio sanitaria (LR 23/2004 e LR 6/ 2006);
- l'attribuzione della responsabilità diretta nella gestione delle attività (es. Adi) di funzioni dipartimentali e delle strutture intermedie (Rsa, hospice, ospedali di comunità);
- l'istituzione di un organo di coordinamento con la medicina generale (Unità distrettuale di medicina generale – Udmg).

I Distretti hanno, quali strumenti generali di programmazione integrata, il Piano delle attività territoriali e il piano di zona a valenza triennale.

Nella LR 23/2004 è stato ribadito e rafforzato il ruolo degli Enti Locali per la partecipazione alla programmazione e alla gestione delle progettualità distrettuali.

### LE POLITICHE PER LA MEDICINA GENERALE

L'Accordo integrativo regionale della medicina generale (Air) ha sviluppato alcuni indirizzi: aumento dell'accessibilità del cittadino, miglioramento dei servizi resi, informatizzazione, governo clinico e riduzione della burocrazia.

Da un lato quindi si è voluto dare maggiore strutturazione organizzativa e dall'altro perseguire il miglioramento della qualità e la semplificazione.

La Regione si era già dotata negli anni scorsi di altri due strumenti:

- il Centro regionale di formazione delle cure primarie (Cefomed) di Monfalcone che ha il compito di promuovere la

formazione e la ricerca;

- l'Ufficio distrettuale della medicina generale (Udmg) che rappresenta l'organo con funzioni di coordinamento, programmazione e valutazione della medicina generale a livello distrettuale.

Più in dettaglio l'Air si è quindi articolato su sei tematiche, che sintetizziamo di seguito.

#### **Facilitazione dell'accesso del medico di medicina generale**

Lo strumento è stato quello di favorire e aumentare la medicina di gruppo ossia più medici presenti nello stessa sede, e la medicina di rete, vale a dire medici che, pur in sedi diverse, sono collegati tra loro con una rete informatica. Al momento attuale sono in una di queste due forme il 30% dei cittadini con un incremento recentemente concordato di un altro 8%.

Tali forme comportano:

- medicina di gruppo: ciascun medico è presente nello studio per almeno 5 giorni la settimana; lo studio associato è aperto per almeno sei ore al giorno distribuite equamente tra mattino e pomeriggio; è possibile accedere sia al proprio medico che agli altri del gruppo; i medici garantiscono la continuità dell'assistenza domiciliare anche in caso di assenza di uno di essi; i medici associati si devono riunire periodicamente per valutare la qualità del proprio operato;
- medicina in rete: i vincoli dell'orario sono quelli precedenti, inoltre almeno un medico deve ogni giorno avere aperto lo studio fino alle ore 19; la medicina in rete, che si svolge in più sedi, deve prevedere il collegamento informatico tra me-

dici in modo che le schede cliniche siano visibili tra un medico e l'altro e il cittadino possa accedere anche agli altri medici oltre che al proprio.

### **Servizi per gli assistiti**

Il nuovo accordo prevede che i medici possano avere nel proprio ambulatorio il "collaboratore di studio", una figura professionale che ha il compito di: essere presente per almeno 10 o 15 ore settimanali in base al numero degli assistiti; essere disponibile a prenotare visite ed esami diagnostici presso i Cup / call center per gli assistiti anche in orari differiti rispetto al momento della prescrizione; accogliere richieste di visite domiciliari durante l'attività di lavoro ambulatoriale; organizzare per appuntamento almeno parte delle giornate di apertura dello studio.

Per le attività sanitarie è favorita la presenza anche dell'infermiere professionale con gli stessi vincoli di orario del collaboratore di studio.

### **Semplificazione e riduzione della burocrazia**

L'obiettivo in questo caso è di ridurre il tempo che il cittadino, e di conseguenza il medico, passa, anzi perde, per pratiche che non hanno influenza sullo stato di salute ma solo valenza amministrativa.

A tale proposito si sono semplificate le pratiche per le esenzioni ticket per l'ipertensione e il diabete per i quali non è più necessario farsi compilare i moduli dallo specialista, in quanto può farlo direttamente il medico di medicina generale.

Si stima che solo questa decisione faccia perdere ai cittadini dalle 30 alle 50 mila ore di meno ogni anno.

### **Governo clinico**

Il governo clinico è un sistema integrato che promuove, mantiene, misura e migliora la qualità delle attività sanitarie.

Gli interventi in questo campo derivano dall'Accordo nazionale, dall'Air, dal Programma sui tempi di attesa e da alcune sperimentazioni in atto.

Il sistema informativo ha messo a disposizione e sta perfezionando un set di indicatori che misurano "le buone cure", in particolare nelle malattie croniche a partire dal diabete. Su questo la delibera dei tempi di attesa prevede si svolga attività di valutazione e audit a livello di Udmg e Distretto.

Sono stati sviluppati consensus regionali su fibrillazione atriale e ipertensione. Sono in fase finale di definizione criteri di priorità e quindi di appropriatezza per l'accesso all'ecografia addominale e alla risonanza magnetica.

L'obiettivo è di passare da una medicina generale misurata su prestazioni ad una misurata sulla qualità dei servizi erogati ai cittadini.

### **Informatizzazione**

Tutti i medici di medicina generale, ad esclusione di quelli vicino all'età della pensione, devono essere informatizzati, tenere la scheda individuale degli assistiti e stampare almeno il 70% delle ricette con il computer.

È in fase di avvio la prova di collaudo della comunicazione tra i programmi informatici dei medici di medicina generale e i sistemi informatici degli ospedali per poter trasmettere e scambiare ricette, referti e informazioni senza far spostare il cittadino. Nell'area dell'Alto Friuli, partendo dall'esperienza storica, si sta mettendo a punto un programma di car-

tella integrata per la gestione del paziente diabetico.

### **Rapporti con i cittadini**

L'Air prevede che la medicina generale entri nella valutazione fatta da parte del cittadi-

no attraverso il metodo dell'audit civico.

Lo strumento consiste in un questionario strutturato per la verifica della presenza nello studio medico di requisiti e attività previste nell'Air e nell'accordo nazionale. Il questionario viene somministrato con una visita in loco.

# Le cure primarie in Toscana

## Focus sulla Ausl I I Empoli

di **Piero Salvadori**

Direttore Dipartimento delle Cure Primarie Ausl I I Empoli

48

monitor

La Regione Toscana è sempre stata sensibile alle problematiche delle cure primarie (CP) e in particolare a quella che si potrebbe chiamare, con una locuzione non molto elegante, ma pur sempre efficace, la “territorializzazione dell’assistenza”. In effetti: “I sistemi sanitari che si affidano di più alle cure primarie hanno *outcome* di salute, equità e condizioni di accesso, continuità delle cure, superiori a sistemi più incentrati sulle cure specialistiche, nonché costi inferiori (...) con un aumento della soddisfazione dei pazienti e senza rischi avversi su qualità e stato di salute” (Atun R., 2004, *What are the advantages and disadvantages of restructuring*, WHO Regional Office).

Anche gli indirizzi del nuovo Piano sanitario regionale toscano, partendo dal problema “cronicità” intesa come nuova emergenza se non vera “epidemia” del terzo millennio, ispirandosi ai principi del *Chronic Care Model* (vedi anche Box sulla formazione a pag. 53), individuano accanto a questi principi la sanità di iniziativa in ambito territoriale come mezzo per affrontare questo aspetto emergente dei nuovi bisogni socio-sanitari dei cittadini. Ovviamente le cure primarie da sole non possono risolvere queste problematiche ed ecco allora apparire come altro mezzo per affrontare la sfida della cronicità quello dei percorsi assistenziali (o percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali) quale ponte tra ospedale e territorio, accanto ad un buon sistema informativo di verifica e valutazione che serva ad orientare l’impiego delle risorse e a condividere e socializzare tutte le informazioni disponibili sul cittadino che afferisce ai servizi.

La storia delle CP in Regione Toscana risale, almeno nei tempi più recenti, alla Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 1204 del 17 novembre 2003, che dava inizio ad “un nuovo modello organizzativo delle cure primarie che assicuri sul territorio della Regione Toscana, in un ambito territoriale di riferimento, l’intersettorialità e l’integrazione degli interventi socio-sanitari da parte dell’assistenza primaria, della pediatria di libera scelta, della continuità assistenziale, della

specialistica ambulatoriale interna e di altre professionalità presenti nel territorio individuato”. Questa modalità, definita Unità di cure primarie (Ucp), derivava da un accordo sindacale firmato con le organizzazioni dei medici di medicina generale (mmg), i pediatri di famiglia (pdf) e gli specialisti ambulatoriali. Attualmente risultano costituite 21 Ucp in tutto il territorio della Regione Toscana, con una popolazione assistita di circa 270.000 abitanti. Tutte le esperienze sono sotto monitoraggio relativamente all’assorbimento di risorse sul versante della farmaceutica, della specialistica, dei ricoveri ospedalieri e del ricorso al pronto soccorso (codici bianchi), oltre che per valutare parallelamente i vantaggi per la comunità (maggior apertura ai cittadini, polifunzionalità, polo di attrazione socio-sanitaria...). I dati preliminari indicano per alcune esperienze dei trend interessanti volti alla razionalizzazione delle risorse bilanciate da una maggiore offerta di servizi per la popolazione ed una maggiore apertura oraria di essi stessi.

Parallelamente alla costituzione delle Ucp si è provveduto ad approntare l’accordo integrativo per la medicina generale così come previsto dall’Accordo collettivo nazionale (Acn). Un preaccordo era stato già raggiunto nel 2005 e l’accordo definitivo è poi stato siglato il 27 marzo 2006. In essi veniva definito il ruolo della medicina generale nel governo clinico sia a livello regionale che di azienda Usl. Si rafforzava la presenza dei mmg all’interno delle varie commissioni e organismi previsti in maniera tale da condividere e indirizzare con corralità le decisioni riguardanti il governo clinico. Si ribadiva l’appropriatezza delle cure e dell’uso delle risorse e nel contempo si cercava tendenzialmente di favorire e incentivare le forme associative della medicina generale classiche e nuove, come scelta strategica di cam-

po. Si approfondiva il concetto di équipe territoriale prevista come obbligatoria dall’Acn, normando la materia. Si metteva a punto una carta dei servizi sanitari territoriali di base. Venivano declinati inoltre gli obiettivi di salute che in maniera concordata erano definiti e offerti alle singole aziende Usl per gli accordi integrativi aziendali. Essi principalmente riguardavano: alcune coperture vaccinali, gli screening oncologici, le malattie cardiovascolari, il diabete mellito tipo II, la bronco pneumopatia ostruttiva (Bpco), l’ipertensione arteriosa e la prevenzione delle fratture nei soggetti a rischio.

Venivano normate anche altre parti come le verifiche da effettuare da parte delle Aziende Usl.

A proposito dell’adozione e realizzazione dei percorsi integrati ospedale territorio e in particolare i rapporti tra mmg, pdf e medici specialisti (siano essi ambulatoriali o ospedalieri) è stato approvato, invece, un protocollo d’intesa con la Deliberazione n. 1038 del 24 ottobre 2005. In esso viene affrontata tutta la problematica del percorso di salute del cittadino attraverso la rete dei servizi territoriali e ospedalieri. Il mmg e/o pdf è l’iniziatore del percorso di salute sulla base dei bisogni (sintomi, segni o altro) descritti dal cittadino assistito. Lo specialista, sia esso ospedaliero ovvero ambulatoriale (anche territoriale), prende in carico il problema di salute e analizza e approfondisce tutti i suoi aspetti, prescrivendo direttamente eventuali approfondimenti e rinviando al mmg / pdf il cittadino solo alla fine dell’iter diagnostico. Anche le tipologie di visite vengono distinte in “prima visita”, di pertinenza preponderante a cura del medico di assistenza primaria e in “controllo” di pertinenza preponderante dello specialista. La delibera prevede anche l’istituzione in ciascuna Ausl di un tavolo di concertazione tra medici di assistenza primaria e specialisti.

La deliberazione n. 402 del 26 aprile 2004 ha varato le “azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti”, ridisegnando l’offerta dei servizi, sia dal punto di vista organizzativo che di valutazione dei bisogni di questa parte sempre più consistente di cittadini. La riorganizzazione è partita dalla lettura dei bisogni, la loro valutazione e stadiazione nel complesso caleidoscopio dell’integrazione tra sanitario e sociale. Sono state gettate le basi per l’istituzione del punto unico per l’assistenza domiciliare in ciascuna zona distretto, è stata riformata, sancita e decretata la funzione centrale delle Unità di valutazione multidimensionale (Uvm), il percorso assistenziale dall’ospedale al territorio e viceversa e la rete dell’offerta assistenziale territoriale, dall’assistenza domiciliare alla residenzialità sia essa semplice ovvero affidata a strutture specializzate (ad esempio a carattere riabilitativo). Infine, grazie a questa deliberazione, è stata sperimentata una serie di test di valutazione che riguardano le tre classiche aree del bisogno socio-sanitario assistenziale: funzionale organica, cognitivo-comportamentale e socio-relazionale-ambientale.

Il 31 marzo 2006 è stata condotta un’indagine sull’associazionismo in Medicina Generale in Toscana. Da essa risulta che il 65% dei mmg appartiene ad una forma associativa. Essi hanno in carico circa il 73% degli assistibili della Regione Toscana. La forma associativa più rappresentata è l’associazione semplice che rappresenta il 32% dei medici associati, seguita subito dal gruppo con il 31%. La forma cooperativa rappresenta il 19% dei mmg a livello toscano e la rete solo il 2%.

La somma di queste ultime quattro percentuali supera il valore del 65% perché alcuni mmg possono far parte sia delle tre “classiche” forme as-

sociative (associazione, rete o gruppo) sia di una Coop Medica: per la precisione tra i mmg in rete nessuno fa anche parte di una cooperativa.

Una valutazione a parte deve essere effettuata per le Cooperative Mediche. Esse sono presenti in 5 Ausl su 12 (Massa-Carrara, Arezzo, Firenze, Empoli e Viareggio). Vi sono iscritti il 19% dei mmg toscani con in carico il 22% degli assistibili.

Nel settembre 2007 è stata infine condotta un’indagine sulle 34 Zone Distretto (ZD), di cui si riportano alcuni risultati riguardanti le cure primarie. Le équipe per la medicina generale previste dall’Acn sono funzionanti in 19 ZD, in 15 ZD sono svolte riunioni con ciascuna singola équipe per la discussione della reportistica (farmaceutica, specialistica, ricoveri o altro), con una cadenza media di 3-4 mesi. Accordi con la Medicina Generale sono stati effettuati in 25 ZD su 34, e si tratta indubbiamente dell’accordo aziendale ai sensi dell’accordo integrativo regionale. In 4 ZD sono stati effettuati accordi anche con i pediatri di famiglia.

Tutte hanno in uso un protocollo ospedale territorio anche se solo in 28 casi è stato formalmente approvato; 29 hanno attivato il Pua; 23 hanno una banca dati dei casi trattati; 28 ZD hanno una media di almeno 2-3 Unità di valutazione multiprofessionali funzionanti.

Ciascuna ZD ha in media 2 Uvm che si riuniscono mediamente ogni 11 giorni (di norma in un arco di tempo tra 7 e 15 giorni) esaminando un numero medio di 7 casi a seduta.

Inoltre la DGRT 1020 del 27.12.07 ha riorganizzato la strategia vaccinale regionale e di Ausl, precisando il calendario vaccinale, l’offerta attiva dei vaccini, i tassi di copertura, la somministrazione di tetra- ed esa- valenti ecc. Già in vigore invece da alcuni anni l’accordo con i mmg che

prevede incentivi per i medici che raggiungono un tasso di copertura uguale o superiore all'80% nei cittadini con più di 65 anni per l'influenza.

### LE CURE PRIMARIE NELL'AZIENDA USL 11 DI EMPOLI

A maggior ragione la politica della Ausl 11 di Empoli, anche e soprattutto grazie alla volontà aziendale e alla spinta dei mmg e pdf, si è incentrata e indirizzata ancor di più verso questo settore dell'assistenza.

L'accordo integrativo aziendale con la medicina generale è stato firmato il 15 dicembre 2006. Anche in questo, come in quello regionale, è individuato tra gli obiettivi principali il governo clinico del territorio. Tra gli obiettivi di salute affidati ai mmg sono previsti: l'incentivazione per il loro ruolo attivo nel favorire la partecipazione dei cittadini agli screening di prevenzione oncologica, la creazione del registro di patologia delle persone affette da diabete mellito tipo II (e in particolare di quelli con BMI > di 25) e infine anche il censimento dei soggetti fragili (intesi come soggetti anziani a rischio di divenire non autosufficienti).

Altri punti salienti e per certi versi innovativi dell'accordo sono di seguito riportati sinteticamente.

*Le funzioni amministrative delegate:* l'Ausl riconosce ad alcune forme associative di mmg, essenzialmente i gruppi e le Ucp, l'opportunità di delegare funzioni amministrative aziendali quali le prenotazioni, l'informazione sulle pratiche amministrative, la consegna di stampati per domande di invalidità, la concessione di ausili ecc.

La *valutazione delle performance dei mmg* attraverso il budget non si basa più finalmente soltanto sugli obiettivi di spesa quali l'assorbimento di risorse (come singolo, ma anche come équipe)

relativamente alla farmaceutica alla specialistica e al tasso di ricovero, ma anche sulla appropriatezza e sui servizi forniti alla popolazione. Ecco quindi che si valuta il numero di ambulatori capillarmente sparsi sul territorio, il numero di cellulare fornito ai propri assistiti e pubblicato sul sito web aziendale, i ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza così come previsti dal DPCM del 29 novembre 2001 modificati e ampliati dalla deliberazione della RT 252/06, il numero di prenotazioni effettuate al Cup direttamente dal mmg o dal suo studio rispetto al totale di quelle effettuate dai suoi assistiti. Il cellulare stesso viene concesso dalla Ausl a tutti i mmg con possibilità di effettuare tutte le telefonate gratuitamente a tutti i numeri della rete aziendale e a tutti i professionisti, ovviamente mmg compresi.

Nell'ambito delle *priorità di accesso alla prenotazione delle prestazioni specialistiche* (visite ed esami diagnostici) le visite entro 10 giorni, codice verde o di attenzione, sono riservate ai mmg che, attraverso un canale telefonico diretto, possono prenotare direttamente la prestazione per il proprio assistito. Questo meccanismo di prenotazione ha ridotto notevolmente fin quasi a farle scomparire le ricette con la dizione "urgente".

Nell'ambito dei *rapporti tra mmg, pdf e specialisti*, anche ai sensi della citata DGRT 1038/05 della Regione Toscana, nella Ausl 11 si è provveduto ad una campagna di sensibilizzazione verso questi professionisti cercando di precisare i rapporti e le "spettanze" di ciascuno all'interno della rete dei servizi e nelle tappe del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale rivolto al cittadino. La figura 1 (pag. 54) riporta la locandina "simbolo" della campagna di comunicazione relativa ai percorsi assistenziali.

Una particolare enfasi e attenzione è stata posta per l'Ict (*Information & Communication Tech-*

nology). Il cittadino può prenotare direttamente qualsiasi tipo di visita inserita nel Cup attraverso l'accesso al portale dell'Azienda Usl, oppure può avere la prenotazione durante la visita dal suo medico. Anche per i referti emato-chimici, oltre ad avere le risposte per posta al proprio domicilio, il cittadino può stamparle comodamente in qualsiasi luogo (es. casa) dal portale internet della Ausl attraverso un codice di identificazione particolare; in alternativa può recarsi dal proprio mmg che acquisisce i risultati (previo suo consenso) direttamente nel suo software e decidere direttamente eventuali altre terapie o approfondimenti.

Anche il mmg trae vantaggi dall'Ict perché può avere l'aggiornamento diretto, on line, della sua anagrafe assistiti, può inviare on line (in qualsiasi momento) la segnalazione dell'effettuazione degli accessi a domicilio (Adp, assistenza domiciliare programmata, Adi, integrata, Adr, in Rsa e le prestazioni aggiuntive, flebo, medicazioni ecc.) senza dover effettuare il rendiconto mensile cartaceo. Tali attività entrano direttamente nel sistema informativo territoriale e da esso (previa verifica) nella contabilizzazione degli stipendi per i pagamenti delle attività dovute. È in essere anche lo scambio con la Ausl delle vaccinazioni in maniera da costituire una anagrafe vaccinale integrata. Parte di queste attività costituiscono un vantaggio diretto anche per la Ausl che risparmia personale, spese postali e ne ottiene un data base molto preciso e aggiornato.

Sempre come Ict è presente per tutti gli altri operatori del territorio (infermieri, assistenti sociali, Oss, medici di distretto, fisioterapisti, ostetriche, farmacisti, assistenti sanitarie) un software che integra tutte le altre attività territoriali e dialoga con i software dei mmg. Esso riporta tutte le prestazioni che i cittadini effettuano nel distretto

(consultorio, vaccinazioni, certificazioni, salute mentale, farmaceutica integrativa, concessione di ausili, invalidità civili, ecc.) e tutte quelle effettuate al domicilio.

Particolare cura viene riservata alle associazioni di mmg, incentivando l'associazionismo sia dei gruppi che delle cooperative mediche. Nella Ausl 11 l'associazionismo raggiunge ormai quasi il 70% dei mmg (al di sopra della media regionale): da alcune indagini svolte si è percepito che la popolazione servita non conosce ancora appieno i vantaggi di tali forme assistenziali, pertanto in accordo con i sindacati dei mmg si è messa a punto una campagna di comunicazione per i cittadini. In questo ambito è stata messa a punto una locandina da collocare in tutte le sedi associative dei mmg e nei Distretti socio sanitari e altri luoghi di aggregazione della popolazione (vedere figura 2 a pag. 55). Con le Cooperative mediche in particolare (2 nella Ausl di Empoli) sono in essere accordi sia di budget sulle performance che su progetti: ad esempio il progetto denominato pre-diabete, presentato all'Istituto Superiore di Sanità, mira a diminuire l'incidenza dei nuovi casi di diabete mellito nella popolazione diagnosticando i casi di intolleranza al glucosio (prediabete) e con azioni di counseling da parte del mmg a evitare l'evoluzione in diabete conclamato. Punta di diamante dell'associazionismo medico insieme all'integrazione con gli altri professionisti sono le Unità di cure primarie (Ucp), delle quali quattro sono già funzionanti nella Ausl.

Con alcune Ucp è attivo, inoltre, un percorso diagnostico terapeutico sullo scompenso cardiaco, basato sul *follow up* di questa malattia, con l'obiettivo di evitare il ricovero e soprattutto il ricovero attraverso il monitoraggio del paziente scompensato o a rischio di scompenso cardiaco

mediante collegamento di telemedicina con la U.O. Cardiologia del nostro ospedale.

Sul versante degli accordi con i pediatri di famiglia c'è da dire che ormai da circa 10 anni tutte le vaccinazioni dei bambini fino a 6 anni di età sono eseguite direttamente da ciascun pdf al proprio assistito, ovviamente con l'aiuto gestionale e strutturale dell'Azienda Usl. Tale attività rafforza il legame di fiducia tra pediatra e bambino/a e con la sua famiglia e permette, quindi, di raggiungere tassi di copertura vaccinale praticamente per tutte le vaccinazioni obbligatorie e consigliate tra il 90 e il 99%.

Infine, una quinta Ucp sta nascendo all'interno di un grosso centro direzionale con l'ambizione di divenire Umg – Casa della Salute, già censita dal Ministero della Salute (vedi: <http://www.ministerosalute.it/curePrimarie/curePrimarie.jsp>).

Si tratta della prima sperimentazione, per la quale abbiamo menzione, dell'inserimento di una Casa della Salute (Cds) con proposta di ef-

fettuare una sperimentazione di Umg nel contesto di un Centro Direzionale. Ovviamente la struttura architettonica della Cds risulta staccata ed è indipendente come ingresso e quanto altro dal resto del Centro Direzionale, che però ha funzione di polo di aggregazione e di riferimento per la comunità della città di Empoli. I mmg e i pdf che aderiranno stipuleranno un contratto con l'Azienda che prevedrà un canone d'affitto e l'adesione ai progetti assistenziali dell'Azienda. La Cds è funzionalmente collegata con gli altri presidi e ambulatori dello stesso Comune e del Distretto. Saranno presenti nella struttura 8 mmg, mentre 22 mmg saranno collegati funzionalmente e 8 medici di continuità assistenziale avranno la loro sede presso la struttura stessa. Gli specialisti saranno diversi, appartenenti alle seguenti branche: cardiologo, ginecologo, oculista, ortopedico, odontoiatra e svolgeranno lì la propria attività.

È previsto un servizio di ecografia internistica svolto da mmg. È prevista l'attivazione delle pro-

### Box 1 - 10 anni di formazione sulle cure primarie a Empoli

Come da più parti è già stato fatto notare, l'anno 2008 è un anno di anniversari. Basti pensare ai 30 anni dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale in Italia e ai 30 anni della dichiarazione dell'Oms di Alma Ata proprio sulle cure primarie. Nel 2008 si celebra ad Empoli anche il decimo anno di un evento che classicamente si tiene in maggio (quest'anno sarà l'8, 9 e 10 maggio) proprio sulle cure primarie. Questo evento, nato inizialmente come confronto di esperienze a livello di territorio con particolare riguardo all'assistenza domiciliare, si è evoluto e trasformato negli anni divenendo sempre più punto di riferimento, di dibattito e di presentazione di esperienze non solo locali, regionali o nazionali ma anche, ormai negli ultimi 5 anni, internazionali. Basti pensare al dibattito sul *Chronic Care Model* presentato lo scorso maggio da medici Usa appartenenti alla Hmo (*Health Maintenance Organization*) denominata *Kaiser Permanente*, citata anche nel film documentario di Michael Moore "Sicko".

Anche quest'anno sono previsti relatori stranieri (inglesi, olandesi) e relatori italiani che discuteranno l'organizzazione delle cure primarie anche con particolare riguardo al nuovo Psr toscano e ovviamente medici di medicina generale. Il tema di quest'anno è sintetizzato nella frase: "Contenuti e contenitori per la cronicità".

Il programma può essere richiesto a Servizio Comunicazione e Marketing - Agenzia per la formazione AUSL I I Empoli, Via Oberdan 13 - 50059 Sovigliana (FI) tel. 0571 704301 fax 0571 704339 e mail [comunicazione.agef@usl11.tos.it](mailto:comunicazione.agef@usl11.tos.it) oppure scaricato dall'indirizzo web:

[http://formazione.usl11.toscana.it/sif/menu\\_sett.php](http://formazione.usl11.toscana.it/sif/menu_sett.php)

Tutti gli atti dei precedenti Congressi, la galleria foto ecc. possono essere visionati all'indirizzo web [http://formazione.usl11.toscana.it/sif/menu\\_sett.php](http://formazione.usl11.toscana.it/sif/menu_sett.php)

fessionalità presenti all'interno dei mmg che partecipano al progetto per rendere più efficace l'azione di filtro per l'invio alle prestazioni specialistiche. La turnazione di 11 infermieri renderà possibile l'apertura per 12 ore su 5 giorni e il sabato mattina per 6 ore di un ambulatorio dedicato alle piccole ferite e ai codici bianchi. La continuità assistenziale medica (8 medici) insieme alla reperibilità infermieristica coprirà i festivi, pre-festivi e le notti. Avranno la propria sede presso

la struttura anche alcune associazioni di volontariato legate all'ambito socio-sanitario quali: Lega Italiana per la lotta contro i Tumori, Associazione Diabetici, Alcolisti Anonimi, Lega Ambiente, Associazione Misericordia, Associazione Pubblica Assistenza. La struttura, che verrà completata (finiture interne) entro il 28 febbraio 2008, ha una superficie di 1.250 metri, è dotata di ampio parcheggio ed è a circa un chilometro sia dall'Ospedale che dal centro della città.

**Figura 1 - Locandina comunicazione percorso assistenziale e distinzione tra inizio percorso (mmg) e prosecuzione (medico specialista)**

**PERCORSO ASSISTENZIALE DELL'UTENTE**

**MMG**  
**IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE,**  
 quando necessario,  
 avvia il Percorso Assistenziale  
 prescrivendo con richiesta  
 circostanziata:

- una visita specialistica
- un'indagine diagnostica
- una prestazione terapeutica

**SPECIALISTA**

Lo **SPECIALISTA** a cui accede il cittadino

- Si fa carico del problema di salute prescrivendo sul ricettario e/o le indagini cliniche -diagnostiche necessarie
- Invia relazione scritta al MMG informandolo dell'iter diagnostic
- Provvede ad attivare la prenotazione delle prestazioni prescritte
- Provvede, concluso l'iter diagnostico, a dare risposta scritta al paziente prescrivendo le prime confezioni di farmaci

regionale le ulteriori consulenze  
 o  
 il paziente prescrivendo le

Dipartimento Cure Primarie - U.O.C. Comunicazione e Marketing  
 Azienda della Salute della Garbina Regionale Toscana N°1 0586 291005

Figura 2 - Locandina campagna di comunicazione per i cittadini

**L'ASSOCIAZIONISMO MEDICO MIGLIORA L'ASSISTENZA AI CITTADINI**

Il tuo medico di famiglia fa parte di un'associazione di medici

**L'ASSOCIAZIONISMO MEDICO**

La voce di ognuno diventa un solo suono. Il tuo medico può rivolgersi ai suoi colleghi associati per una migliore cura della tua salute.

- Migliorati i servizi offerti
- Migliorata la qualità delle cure
- Migliorata la continuità delle cure
- Migliorata la sicurezza delle cure
- Migliorata la trasparenza delle cure

**Grazie all'associazionismo medico il tuo dottore e i suoi colleghi associati saranno una risposta concreta ai tuoi bisogni**

Ordine dei Medici - Azienda Sanitaria Locale Empoli

Associazione Medici di Base - Località Empoli, 10000  
Via della Libertà - 51013 Empoli (AR) - Tel. 0571 714011

# Le Cure Primarie nella programmazione aziendale

## L'esperienza dell'Azienda Ulss n. 4 "Alto Vicentino" nella Regione Veneto

di **Pier Paolo Benetollo**, **Cristina Ghiotto**, **Sandro Caffi**

Ulss n. 4 "Alto Vicentino"

**N**egli ultimi anni l'Azienda Ulss n. 4 Alto Vicentino (vedi figura 1) ha rappresentato una sorta di "laboratorio" nella Regione Veneto, in cui sono state sperimentate modalità avanzate di integrazione (Ospedale – Distretto – Dipartimento di Prevenzione), nella convinzione che un approccio d'insieme (l'Azienda Ulss come "sistema complesso", vedi figura 2) alla gestione del Servizio Sanitario e Socio-Sanitario risponda meglio alle esigenze del cittadino e, contemporaneamente, alle esigenze di sostenibilità del sistema stesso.

D'altronde, il prevalere delle patologie croniche, che modificano permanentemente lo stato di salute del paziente e richiedono nel tempo interventi di molti e diversi professionisti, necessita di un *modello relazionale forte*, in grado di mettere in connessione funzionale le diverse professionalità e i diversi livelli di cura coinvolti nel processo di presa in carico.

Per questi motivi un elemento dominante nella vision aziendale è rappresentato da un *approccio di rete* che vede integrato il sistema delle cure primarie con la ricchezza delle realtà locali (ospedali, ma anche strutture residenziali, scuole, rappresentanze dei cittadini, terzo settore, volontariato, ecc.), finalizzato a garantire un approccio di presa in carico globale dei bisogni (del singolo e della collettività), secondo un modello di continuità dell'assistenza a forte integrazione socio-sanitaria. In questa visione un elemento strategico è rappresentato dal condividere un *ruolo attivo* nella programmazione e nel monitoraggio dei risultati con le Amministrazioni Locali, e in particolare i Sindaci, quali rappresentanti degli interessi dei cittadini.

In generale, i principi ispiratori che nel corso degli anni hanno dominato la filosofia aziendale possono essere così enucleati:

- attribuire centralità al *cittadino*, alla sua *famiglia* e alla *comunità*, spostando la logica dalla prestazione alla presa in carico, sviluppando inoltre la mobilita-



il ruolo di *responsabili unici* del percorso di presa in carico dell'assistito e riconoscere l'importanza della loro partecipazione alla definizione delle scelte gestionali e clinico-assistenziali della comunità;

- affermare la rilevanza della *prevenzione come investimento* per la qualità della vita e del benessere delle persone e della comunità nel suo complesso;
- consolidare due poli reciprocamente funzionali e complementari organizzativamente e professionalmente: il *Territorio* come risposta continua, punto effettivo di riferimento per il cittadino e la comunità, l'*Ospedale* come risposta puntuale e qualificata per singoli episodi;
- migliorare progressivamente la qualità dei servizi e delle risposte erogate, senza incrementare il volume delle risorse impiegate ma migliorandone l'utilizzo secondo un *piano di "ottimizzazione" fondato sul rispetto di standard qualitativi*.

#### DALLE IDEE ALLE AZIONI

L'attività dell'Azienda Ulss n. 4 si è rivolta sostanzialmente ad apportare innovazioni, sia dal punto di vista organizzativo che dell'implementazione di strumenti efficaci ed efficienti, per il raggiungimento degli obiettivi sopra enunciati. A seguito vengono richiamati i principali ambiti di intervento.

##### **Strutturazione del Distretto "forte"**

Una prima azione importante ha riguardato la strutturazione di un Distretto "forte", quale responsabile della salute della popolazione di riferimento, coordinatore strategico delle attività territoriali, polo di integrazione socio-sanitaria. Si tratta di un modello distrettuale fondato su un

codificato sistema delle responsabilità, stimolato dalla definizione di obiettivi condivisi e dalla pianificazione di azioni concertate a più livelli, suddiviso in Dipartimenti (Cure Primarie, Salute Mentale, Dipendenze e Riabilitazione) e collegato a livello informatico con i medici di famiglia, con le strutture residenziali, con i Comuni, oltre che ovviamente con l'ospedale.

Questo riassetto è stato supportato dalla definizione e dall'implementazione di un modello di Budget multilivello, pienamente integrato con i restanti atti programmatori aziendali e in particolare con il sistema di budget ospedaliero, in grado di motivare tutte le componenti dell'organizzazione (territoriali e ospedaliere, dipendenti e convenzionate) al perseguimento di obiettivi comuni per un efficace governo della domanda e dell'offerta. Siffatto modello di budget è stato recepito dalla Regione Veneto con DGR n. 625 del 14.04.2003 "Schematizzazione di un modello teorico-pratico di budget per il Distretto Socio-Sanitario" e proposto come prototipo per le altre Aziende Ulss.

##### **Valorizzazione del rapporto con le comunità locali**

Il processo di riassetto territoriale è stato accompagnato dallo sviluppo con la comunità locale dei Piani di Zona che si sono succeduti nel corso degli anni, volti ad assicurare l'effettivo superamento dell'artificiosa divisione tra sanitario e sociale. Se la Regione Veneto ha di fatto "inventato" l'integrazione tra sociale e sanitario, l'Azienda Ulss n. 4 ha cercato di legare i propri programmi a quelli delle 32 Amministrazioni locali che la compongono, perseguendo l'idea che una comunità unita, ordinata, organizzata e consapevole sia in grado di rispondere meglio all'evoluzione della società e, conseguentemente, alle mutate esigenze.

Questo impegno ha condotto a risultati im-

portanti quali la solidarizzazione tra Comuni delle spese per la residenzialità dei disabili, la creazione di un Centro per lo studio e il recupero della disabilità attraverso la riabilitazione neurocognitiva, il potenziamento dei Ceod, la riconversione ad usi socio-assistenziali di specifiche aree, la realizzazione completa dei servizi previsti dal progetto obiettivo sulla salute mentale; di particolare rilievo lo sviluppo di un Servizio Inserimenti Lavorativi, e la sua successiva integrazione istituzionale con l'Ufficio per l'Impiego Provinciale, grazie al quale molti utenti dei servizi per disabili, per le dipendenze e per la salute mentale hanno potuto ottenere un inserimento lavorativo protetto anziché assistenza in servizi diurni.

### **Sviluppo della partnership con i Medici di famiglia**

In contrasto con una vecchia concezione che interpreta l'Ospedale come l'unica risposta ai problemi di salute, è stata attivamente promossa la convinzione che per avere un "buon" ospedale siano indispensabili medici di famiglia competenti, organizzati e inseriti nell'intero contesto dei servizi.

Se al medico/pediatra di famiglia viene riconosciuto il ruolo di responsabile unico del percorso di presa in carico dell'assistito, la sua attività deve essere funzionalmente coordinata con quella degli altri professionisti operanti nel territorio (colleghi medici/pediatri di famiglia, medici di continuità assistenziale, infermieri, assistenti sociali ecc.) e nell'ospedale.

In quest'ottica, nel corso degli anni, è stato promosso da un lato l'associazionismo (attualmente più del 90% dei medici di famiglia appartengono ad una forma associativa prevista dall'Acn), dall'altro una formazione continua organizzata insieme, fra medici, Distretto e specialisti, quale

strumento di miglioramento professionale (agli almeno 12 incontri che si tengono ogni anno la partecipazione è mediamente superiore all'80%).

Il potenziamento delle forme associative ha concorso al superamento dell'individualismo professionale, portando verso una condivisione di comportamenti professionali, un ampliamento delle attività per la gestione della cronicità e delle iniziative sugli stili di vita, supportate anche dalla presenza di personale infermieristico e da collaboratori di studio, una sistematizzazione della raccolta di dati omogenei e dei collegamenti informatici, l'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici.

Inoltre la diffusa applicazione, con tutte le componenti della Medicina Convenzionata, dello strumento dei Patti (accordi di durata triennale che esplicitano le linee di indirizzo aziendali condivise) e dei relativi contratti (accordi annuali che traducono tali indirizzi in obiettivi con specifici indicatori quali-quantitativi verificabili, fissandone i pesi e gli incentivi per ciascuno) ha concorso al raggiungimento di obiettivi di qualità per l'intero sistema delle cure primarie, incentivando i risultati e superando la logica della prestazione ("fee for service").

Più precisamente, la definizione degli obiettivi dei Patti si è configurata all'interno di un quadro di politiche finalizzate:

- alla promozione dell'equità di accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari, con orientamento alla semplificazione e all'accompagnamento nei percorsi assistenziali;
- alla promozione dell'equità di utilizzo delle risorse del Servizio sanitario (somma delle quote capitarie) contestuale ad un decentramento delle responsabilità prescrittive;
- all'assunzione di un efficace approccio di appropriatezza nell'uso delle risorse, stretta-

mente correlato alla qualità delle prestazioni e dei processi.

In sostanza, per la costruzione del sistema incentivante, l'Ulss n. 4 ha privilegiato l'*appropriatezza prescrittiva*, preferendola ad esclusivi parametri di risparmio. Si può, quindi, affermare che la cultura del partenariato e la condivisione di obiettivi di appropriatezza rappresentano le leve che hanno permesso all'Azienda di conseguire buone performance, tradotte in un livello di spesa farmaceutica territoriale costantemente e significativamente al di sotto della media regionale e, sul versante della specialistica, in un numero di prestazioni per abitante tra i più bassi della Regione. In pochi anni il trend del tasso di ospedalizzazione ha presentato progressive riduzioni, figurando come il più basso del Veneto e tra i più bassi d'Italia, e detto miglioramento ha riguardato pure il tasso di fuga (in altre parole il numero di pazienti che si sono rivolti ad altri ospedali è diventato tra i più bassi in assoluto del Veneto).

Questi andamenti rappresentano anche l'esito della politica intrapresa dall'Azienda per implementare forme sempre più evolute di risposta ai bisogni e di graduale riconduzione al "territorio" della gestione della cronicità. In particolare, per

quanto concerne le patologie complesse, si è definito e portato a consolidamento il percorso di ammissione e di dimissione facilitata, grazie ad un lavoro d'équipe, condotto dal personale del Dipartimento Medico ospedaliero e del Dipartimento di Cure Primarie del Distretto.

Va infine sottolineato come nella strategia direzionale si sia assunto il principio di reinvestire nella comunità locale le risorse indotte dal buon governo del sistema.

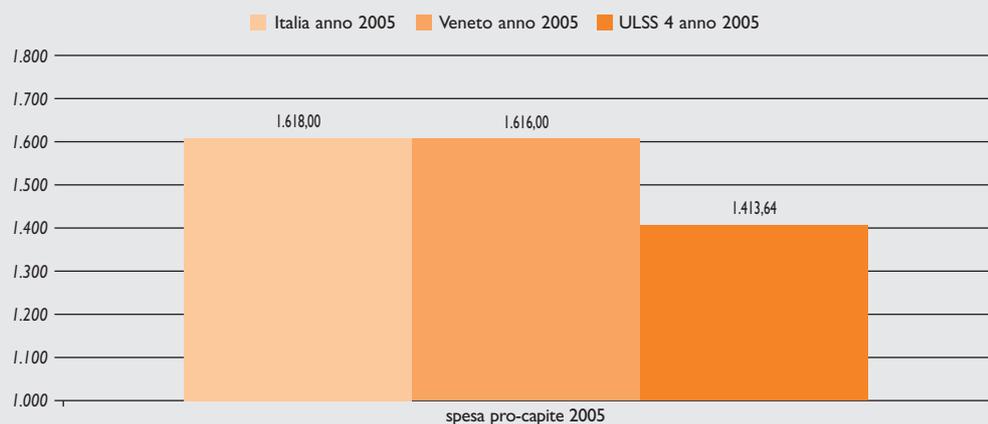
Con tutto questo da diversi anni si registra un bilancio stabilmente in pareggio (vedi figura 3).

#### Valorizzazione della rete informativa-informativa

Un'altra leva della politica aziendale è rappresentata dalla convinzione che la rete informativa/informativa costituisca una risorsa strategica per migliorare e semplificare la comunicazione/informazione entro il sistema, per mettere in relazione più persone tra di loro e supportare il coordinamento della loro attività, evitando ridondanze o vuoti conoscitivi.

Proprio in quest'ottica si è andato sviluppando un sistema informativo e informatico aziendale, centrato sull'utente e sulla comunità, prevedendo

**Figura 3 - ULSS 4 risultati di bilancio. Confronto spesa pro-capite. Anno 2005**



collegamenti strutturati con i medici di famiglia, con il Distretto socio-sanitario, con le strutture residenziali, con i Comuni: l'obiettivo dichiarato e ambizioso, sottostante al processo di informatizzazione, è rappresentato dal voler "coprire" tutti gli ambiti di attività dell'Azienda, incluso un Ospedale "filmless" e paperless" entro il 2010.

Parallelamente notevole spazio è stato riservato all'approfondimento della tematica sulla privacy, definendo strumenti e implementando modalità organizzative adeguate (ad esempio: invio a domicilio dell'informativa all'utente e raccolta del consenso, formazione ai professionisti, stesura del Documento Programmatico della Sicurezza, adeguamento dei sistemi e delle strumentazioni ai sistemi di protezione, ecc.).

Ovviamente, è importante sottolineare come un siffatto sistema informativo/informatico rappresenti un supporto fondamentale anche per la valutazione delle performance aziendali e delle decisioni strategiche. A tale riguardo la Direzione aziendale ha sviluppato un software di "cruscotto aziendale" flessibile, in grado di effettuare analisi su più dimensioni, sia su singoli pazienti che su coorti specifiche. Lo strumento, destinato in particolare a Responsabili di Unità Operative

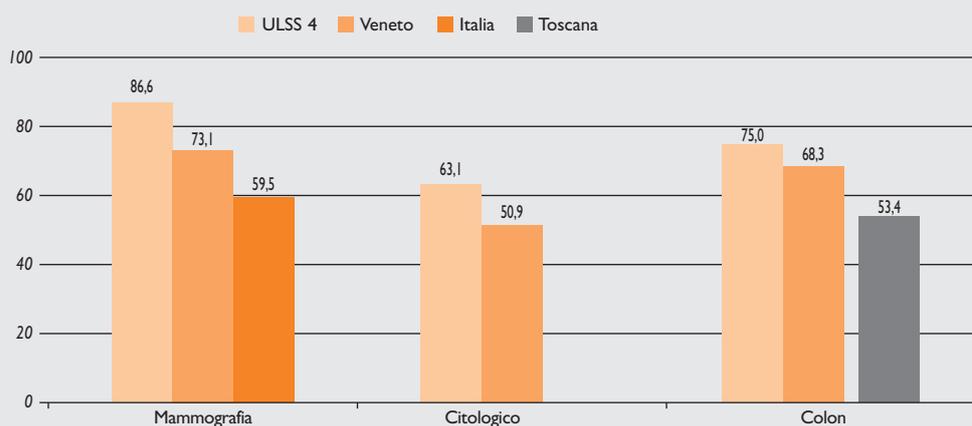
Ospedaliere, ai medici/pediatri di famiglia, alla stessa Direzione Aziendale, consente di produrre:

- un set di indicatori attraverso il quale "sentire il polso della situazione" ogni qualvolta si ritenga necessario;
- analisi su coorti di pazienti per definire e studiare specifici percorsi di cura (es. percorsi assistenziali dei fratturati di femore) e/o valutare l'impatto di alcuni interventi (ad esempio le azioni di prevenzione);
- una reportistica per il monitoraggio dei patti e contratti dei medici/pediatri di famiglia.

#### Centralità della prevenzione

La prevenzione rappresenta uno dei capisaldi su cui si è sviluppata l'attività dell'Azienda Ulss: in questo ambito la significativa coesione tra medici ospedalieri e medici di famiglia, rafforzata dalla condivisione di obiettivi e progetti, ha permesso di "spingere" sia sul versante tradizionale (ovvero sugli screening del cancro alla mammella, del collo dell'utero, del colon retto conseguendo tassi di copertura significativi, vedi figura 4), sia sulla promozione di stili di vita sani, incentivando una medicina di iniziativa.

**Figura 4 - Prevenzione: alcuni risultati. Adesioni allo screening 2005**



In quest'ottica è stato sviluppato il *Piano A.L.T.A. Salute* (Azioni Locali di Tutela Attiva della Salute), centrato sulla prevenzione delle patologie di rilevanza sociale (cardiovascolari, tumori, incidenti) e volto a promuovere stili di vita sani. Gli obiettivi perseguiti riguardano:

- l'aumento delle conoscenze tramite l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione relativamente ai benefici connessi all'adozione di sani stili di vita;
- l'adozione di abitudini salutari, favorendo scelte consapevoli in merito agli stili di vita, finalizzate all'autotutela e al miglioramento della salute;
- lo sviluppo di una coscienza civile e l'assunzione, da parte di tutti i cittadini, di una responsabilità personale nei confronti della salute propria e altrui.

Tra le azioni più rilevanti intraprese va citato l'avvio della campagna di marketing sugli stili di vita. Si tratta di un'idea che, coerentemente con le indicazioni fornite dal Piano sanitario nazionale, riconosce nella diffusione capillare e nell'omogeneità dei messaggi la modalità più efficace per promuovere la salute.

È andato sviluppandosi, altresì, un programma di prevenzione cardiovascolare per soggetti di età compresa tra i 40 e i 69 anni, in cui il medico di famiglia è chiamato a valutare il rischio cardiovascolare e offrire indirizzi su come vivere sani, l'infermiere monitora il cittadino che accetta la proposta per tre mesi e le amministrazioni locali sono direttamente coinvolte mettendo a disposizione spazi e strutture. Il progetto prevede anche che il medico di famiglia con una nuova "ricetta verde" possa prescrivere l'utilizzo di "occasioni di salute" presenti nello specifico territorio (palestra, percorsi vita, passeggiate, ballo o altra attività fisica), scelte all'interno di un "no-

menclatore" in cui ciascuna "occasione" è elencata e "pesata".

### **Verso una "nuova" concezione dell'Ospedale**

Come si è già accennato, un orientamento convinto concerne lo spostare la gestione delle patologie croniche a livello territoriale, assumendo una visione in cui il Territorio è caposaldo della cronicità e l'Ospedale è caposaldo dell'acuzie. In questo senso una importante novità introdotta ha riguardato lo spostamento della UO di Diabetologia dal Dipartimento Medico (ospedaliero), al Dipartimento di Cure Primarie (distrettuale).

Conformemente a questa visione è stato ideato e progettato il nuovo Ospedale unico, ora in corso di costruzione: nuovo nella concezione organizzativa, logistica e distributiva, nuovo nella flessibilità (tutti gli ambienti, ovunque e dappertutto, possono essere trasformati rapidamente).

### **La leva della formazione**

Una sanità al passo con i tempi non deve vedere solo la tecnologia come elemento determinante, ma deve considerare la persona come l'agente principale di miglioramento della qualità delle cure: qualificare un sistema significa in primo luogo qualificare le professionalità che in esso operano. A fronte di questa convinzione, la Direzione aziendale ha investito, non solo quantitativamente ma anche qualitativamente, nella formazione riconoscendola di fatto come un investimento.

### **IL MODELLO DELL'UTAP DELL'ALTO VICENTINO**

In questa visione l'Unità territoriale di assistenza primaria (Utap) viene a configurarsi come un'evoluzione delle tradizionali forme associati-

ve e come una nuova frontiera per il Sistema socio-sanitario nazionale.

Nello specifico la sperimentazione dell'Utap nell'Alto Vicentino ha posto due obiettivi fondamentali:

- riaffidare al medico di famiglia la funzione di salute pubblica, intesa come risposta unitaria e globale ai bisogni di salute di una comunità;
- guidare la restituzione delle competenze alla comunità in termini di governo e gestione della salute, anche attraverso la promozione dell'integrazione organizzativa e professionale con tutti gli altri soggetti della rete assistenziale, comprese le Amministrazioni locali.

I modelli di Utap realizzati dall'Azienda Ulss n. 4, pur configurandosi strutturalmente e contestualmente differenti<sup>1</sup>, risultano caratterizzati da alcune peculiarità organizzative e funzionali interpretabili lungo tre direttrici principali.

#### **A. Una porta unica di accesso alle cure primarie**

Un primo aspetto rilevante concerne la dualità centralità-capillarità territoriale. In altre parole è stata strutturata una sede centrale di riferimento, dotata di studi medici, di servizi socio-assistenziali e amministrativi, di un punto-prelievi; al contempo sono stati mantenuti attivi tutti gli ambulatori periferici dei medici di famiglia al fine di garantire una più ampia disponibilità ambulatoriale e salvaguardare la capillarità territoriale.

Con l'Utap si è poi inteso istituire una porta unica di accesso per le cure primarie, realizzata attraverso l'attivazione di un call center professionalizzato (Centrale Operativa) per l'accogliamento delle istanze dei cittadini e per la programmazione dei contatti con il medico di famiglia. Oltre a garantire una risposta certa nelle 12h dalla richiesta, il medesimo call center è stato esteso alla gestione della risposta in orario notturno, prefestivo e festivo, consentendo una copertura unitaria nelle 24h e ponendosi in perfetta continuità tra l'attività svolta dai medici di famiglia e l'attività attribuita ai medici di continuità assistenziale. L'ulteriore ampliamento del call center alla reperibilità delle équipe infermieristiche per le cure domiciliari, quale collettore unico per gli attori del processo assistenziale, garantisce una risposta certa, coordinata e completa nelle 24h, 7 giorni su 7.

#### **B. Un sistema multiprofessionale integrato e coordinato**

L'integrazione professionale, informativa e informatica rappresentano un secondo aspetto portante del modello di UTAP realizzato nell'Alto Vicentino.

Si tratta di una integrazione che si esplicita dal punto di vista operativo sotto varie forme:

- integrazione funzionale tra medici convenzionati e potenziamento del confronto tra pari;
- organizzazione di un modello di consulenza degli specialisti ai medici di famiglia (via telefonica su orari concordati tramite un call

<sup>1</sup> Il modello UTAP "MediconTe" di Zugliano coinvolge 7 Comuni e le relative Amministrazioni locali, una comunità di 18.000 assistiti, 13 Medici di famiglia.  
Il modello UTAP "MediValli" di Arsiero coinvolge 7 Comuni e le relative Amministrazioni locali, una comunità di 7.700 assistiti, 6 Medici di famiglia.

center professionale messo a disposizione dall'Azienda e/o con incontri periodici per la discussione dei casi);

- integrazione funzionale delle Cure Primarie con le Unità Ospedaliere secondo un codificato sistema di relazione (protocolli operativi condivisi) volto a migliorare l'interoperabilità e fornire una risposta più competente all'utenza;
- integrazione tra il medico di famiglia e gli altri operatori del sistema socio-sanitario, offrendo la garanzia di un lavoro di team attento a rispondere appropriatamente alla complessità dei bisogni e assicurare una presa in carico globale del bisogno;
- implementazione di un "integratore" in grado di far colloquiare i software in uso presso la componente medica con possibilità di accesso al "fascicolo clinico" del paziente di un altro medico in caso di sua assenza;
- attivazione di un collegamento con le banche dati aziendali finalizzato alla trasmissione in tempo reale al medico di famiglia dei dati, relativi ai suoi assistiti:
  - sui decessi
  - sui ricoveri
  - sugli accessi al Pronto Soccorso
  - sugli interventi eseguiti dal medico di continuità assistenziale in orario notturno o festivo
  - sulle refertazioni dal laboratorio analisi e dalla radiologia.

Più in generale questo modello di Utap viene ad essere il punto di riferimento dell'assistenza per un territorio, nodo basilare della rete integrata di assistenza socio-sanitaria, che ha come poli il Distretto socio-sanitario e le Amministrazioni locali, intessendo relazioni funzionali con l'ospedale. Ma, com'è facile intuire, la realizzazione di un

siffatto modello organizzativo ha richiesto la codifica di un *sistema delle responsabilità intrecciate* tra medici di famiglia, Distretto socio-sanitario, Azienda Ulss nel suo complesso.

Per questo i medici di famiglia hanno provveduto a dar vita ad una forma societaria (nella fattispecie una cooperativa) al fine di assicurare una relazione tra soggetti giuridicamente riconosciuti (Azienda Ulss e Utap), hanno definito il "patto solidale tra soci" (ossia le regole che ne modulano la partecipazione e l'attività), hanno sottoscritto un contratto triennale di budget che li impegna su obiettivi di qualità.

Sempre in quest'ottica sono state attribuite referenze specifiche a singoli medici di famiglia: referenze in ambito organizzativo, scientifico, informatico/comunicativo, specialistico/vocazionale, nonché verso le stesse Amministrazioni locali. Quest'ultimo aspetto merita però un cenno particolare poiché si pone nell'ottica di sviluppare e rivalutare un'impostazione di *welfare community*.

Infatti la chiave di volta del modello proposto risiede proprio nell'affidamento al medico di famiglia del ruolo di *Referente per il singolo Comune* in cui opera e nell'aver aperto un canale di comunicazione diretto con il Sindaco: in questo modo il Sindaco è messo, di fatto, nelle condizioni per assolvere al suo compito di *Responsabile della tutela della salute della comunità*.

### C. Un modello a misura di cittadino

Se al centro del sistema è posto il cittadino, il modello di Utap proposto deve poggiarsi sulla definizione di standard qualitativi dell'accoglienza. Ad esempio la programmazione degli accessi al Medico di famiglia, attraverso il call center professionalizzato, concorre ad incrementare la qualità e l'appropriatezza del tempo dedicato al paziente (il medico può, conoscendo in anticipo la

propria agenda, prepararsi ad incontrare gli assistiti, è meno disturbato durante la visita, può dedicare più tempo al dialogo e all'ascolto dei propri assistiti); inoltre la gestione interattiva delle agende via web consente al medico di programmare direttamente le visite periodiche per i propri assistiti, ottimizzando i tempi. Più in generale, la definizione delle modalità di risposta e di accoglienza dell'utenza sono regolamentate su precisi standard di qualità, compiutamente sottoscritti dai medici di famiglia e periodicamente monitorati dall'Azienda.

Ciò non di meno, si possono individuare due orientamenti strategici.

Il primo va nella direzione del *care near to patient*, che si traduce:

- nell'individuazione dello studio del medico di famiglia quale luogo privilegiato per la consegna dei referti specialistici, di documentazioni e di provette per esami e accertamenti;
- nell'attivazione di ambulatori dedicati (diabete, ipertensione, ecc.) gestiti direttamente dai medici di famiglia e nell'attivazione di una medicina di iniziativa;
- nella promozione delle competenze professionali e/o vocazionali dei medici di famiglia, attraverso training formativo e collaborazione con le Unità Ospedaliere, ed erogazione diretta di attività specialistiche-vocazionali di I livello in ambito allergologico, cardiologico, ginecologico e per medicazioni successive di Pronto Soccorso. Si tratta di prestazioni gratuite per l'utente e identificabili come richieste esclusivamente dal medico curante al proprio collega medico di famiglia, nell'intesa che la *gestione del rapporto compete sempre ed esclusivamente al medico curante*. Si tratta, peraltro, di consulenze

svolte nel pieno rispetto di concordati protocolli finalizzati ad individuare la tipologia di casistica, i ruoli, le responsabilità, i momenti periodici di condivisione e di verifica degli iter tra specialisti ospedalieri e medici di famiglia.

Il secondo orientamento riguarda il coinvolgimento e la partecipazione diretta del cittadino, che si traduce:

- nella promozione dell'educazione a stili di vita sani anche attraverso la formazione alla salute, la responsabilizzazione e l'empowerment del paziente;
- nella redazione di una *Carta dei Valori e dei Servizi* che disciplina l'impegno dei medici di famiglia ad evitare percorsi alternativi onerosi per il paziente e promuove tra gli assistiti il senso civico verso un utilizzo appropriato dei servizi;
- nell'adozione di un metodo di valutazione da parte degli assistiti finalizzato a monitorare, tramite interviste *face to face*, l'utilità percepita e il gradimento sui servizi offerti;
- nel periodico processo di confronto pubblico (serate con la cittadinanza) e di un dialogo continuo con la Comunità, volto a garantire una maggiore partecipazione al processo decisionale nel e per il locale.

Sono altresì già evidenti alcuni benefici per le diverse tipologie di *stakeholders*.

Gli assistiti, che manifestano gradimento verso un siffatto modello, riscontrano una semplificazione nell'accesso ai servizi ed un maggiore orientamento nei percorsi assistenziali, valorizzando in particolare il rapporto fiduciario con il proprio medico di famiglia e ritrovando in lui l'interlocutore per i loro bisogni socio-assistenziali. Percepiscono il sistema socio-sanitario un po' più vicino, non soltanto dal punto di vista spa-

ziale (minori spostamenti), ma anche e soprattutto sotto il profilo relazionale; inoltre si sentono coinvolti come comunità e sono incentivati a partecipare alle iniziative pubbliche di confronto, sperimentando un ruolo attivo nella definizione di proposte migliorative e a supporto delle scelte programmatiche e gestionali.

Il medico di famiglia vede migliorare la qualità e l'organizzazione della propria attività, in un agire che non è più del singolo professionista ma di un professionista inserito in una équipe. Vede valorizzata la propria professionalità e il proprio ruolo all'interno della rete socio-assistenziale, migliorando la propria credibilità presso gli assistiti e contribuendo a rendere il sistema *near to patient*. In questo processo la formazione viene a rappresentare un investimento strategico, realizzato non solo attraverso lezioni frontali, quanto piuttosto attraverso la frequentazione delle Unità Ospedaliere, il confronto tra pari e l'audit, la discussione e la collaborazione su casi, la relazione funzionale con gli altri operatori del sistema. Inoltre il medico di famiglia è chiamato a partecipare attivamente ai processi decisionali della comunità, acquisendo il ruolo di referente per le Amministrazioni locali.

L'Azienda Ulss, nel suo insieme e in particolare nella sua componente distrettuale, vede affermarsi il sistema delle cure primarie, concretizzarsi la continuità dell'assistenza h24, accrescersi la credibilità e la solidità della rete socio-assistenziale, realizzarsi l'integrazione funzionale Ospedale-Territorio, nonché migliorare la presa in carico.

Le Amministrazioni locali riscoprono il loro ruolo di attori della progettazione locale del sistema socio-assistenziale e vedono attivato un canale costante di comunicazione con i medici di famiglia a supporto della loro funzione politico-

amministrativa per la salute e il benessere della comunità.

## CONCLUSIONI – UNO SGUARDO ALL'EVOLUZIONE DELLE CURE PRIMARIE

Come posto in premessa, per il suo specifico orientamento alla sperimentazione, l'Azienda Ulss n. 4 è stata impegnata nel corso degli anni in varie collaborazioni con la Regione Veneto in ambiti innovativi o di supporto alla programmazione.

Attraverso queste esperienze è dunque possibile portare lo sguardo al più ampio contesto regionale, individuando alcune possibili sfide ed evoluzioni auspicabili per il sistema delle Cure Primarie.

Una delle principali riguarda lo sviluppo di un piano di riqualificazione dell'associazionismo per la medicina e la pediatria di famiglia, prevedendo il graduale passaggio dalle forme più semplici a quelle più complesse, individuando standard di riferimento per un "accreditamento di eccellenza".

I medici/pediatri di famiglia, per la centralità del loro ruolo rispetto ai processi di cura e per la doppia funzione di produzione delle cure primarie e di committenza di quelle secondarie, sono chiamati a partecipare attivamente alla definizione delle scelte gestionali e clinico-assistenziali del contesto. In quest'ottica diventa strategico ridare ruolo a queste figure:

- favorendone la rappresentatività nella comunità locale in cui operano e assegnando loro anche compiti di salute pubblica, anche in funzione di essere referenti per i Sindaci;
- riconoscendo la loro valenza di poli informativi di riferimento per l'analisi dello stato di salute della popolazione assistita (analisi epidemiologica e contributo alla programmazione aziendale) e per la verifica del-

l'appropriatezza dell'uso delle risorse (controllo della domanda e governo economico-finanziario dell'Azienda).

A livello di sistema è, inoltre, importante:

- promuovere l'integrazione del sistema cure primarie con gli altri poli della rete territoriale (es. scuole, terzo settore, ecc.);
- favorire una formazione integrata per le varie figure professionali (convenzionati/dipendenti e tra profili professionali diversi) e

accompagnata da azioni di riorganizzazione sui percorsi di cura;

- promuovere la ricerca nell'ambito delle cure primarie, orientata all'individuazione di tecniche e metodi efficaci e specifici per questo livello di assistenza;
- puntare su un diffuso utilizzo di tecnologie informatiche e telematiche che promuovano la crescita qualitativa dei servizi (innovazione tecnologica informatica e telematica).

# Lo sviluppo delle cure primarie nella Regione Marche

di Massimo Magi, Paolo Misericordia, Italo Paolini

Medici di medicina generale

68

monitor

L'attenzione che in questi ultimi anni si è sviluppata nella Regione Marche per le cure primarie rappresenta una opportunità di sviluppo di tale area professionale e l'occasione per rafforzare il sistema attraverso una sua maggiore integrazione con gli altri livelli di cura, rendendo più omogenea l'organizzazione della Medicina Generale con i modelli organizzativi delle altre aree del Servizio sanitario regionale. Il Piano sanitario regionale 2006-2009 rilancia questa attenzione individuando processi nei quali è coinvolta nel suo complesso l'area delle cure primarie. In particolare questi riguardano la presa in carico, la valutazione, il *case/disease management*. Il coinvolgimento in tali processi rappresenta di fatto una opportunità di migliorare il rapporto con l'utenza e il governo della salute mediante una più stretta e organica collaborazione con i medici di medicina generale. Il rafforzamento di questa area passa attraverso lo sviluppo anche incentivato di modelli di erogazione di continuità delle cure e di presa in carico che coinvolgano i professionisti nella declinazione di una nuova progettualità, orientata a realizzare quattro obiettivi principali:

- A) **continuità**, intesa come criterio di estensività delle cure, basata sul rapporto tra medici dell'assistenza primaria e medici della continuità assistenziale, coinvolgendo sul versante professionale anche gli altri operatori (medici del secondo livello delle cure, specialisti e ospedalieri, infermieri e personale di studio);
- B) **integrazione**, sia dal punto di vista socio-sanitario che professionale, individuando il medico di famiglia quale "referente professionale complessivo" dei bisogni di salute, specie con riferimento a particolari situazioni sociali di svantaggio e/o fragilità, sia per realizzare una omogeneizzazione dei profili assistenziali e diagnostico-terapeutici, anche attraverso adeguati percorsi formativi;

C) **appropriatezza**, che partendo dal livello distrettuale si sviluppi come un vero e proprio sistema definito “della appropriatezza”, in grado di supportare e sviluppare, anche attraverso la formazione, un costante livello di aggiornamento e sviluppo di conoscenze, competenze e opportunità professionali per tutti i soggetti coinvolti. Tale sistema è dotato di organismi specifici distrettuali e regionali (commissioni locali per l’appropriatezza o pool di monitoraggio e osservatorio regionale per l’appropriatezza) condivisi con i medici di medicina generale finalizzati a rafforzare la *clinical governance*;

D) **organizzazione**, in particolare attraverso lo sviluppo dell’associazionismo e l’individuazione di un *assessment* organizzativo, tecnologico e strutturale dello studio del medico di famiglia, individuando forme funzionali di erogazione delle cure flessibili e di facile implementazione come le equipe territoriali. Tale scelta rappresenta un valore strategico anche nell’ottica di una modifica degli assetti erogativi e professionali della Medicina Generale, orientati a strutturare maggiormente i sistemi di relazione tra i professionisti e quelli organizzativi come ad esempio le Umg, Case della Salute, Utap, ecc.

L’investimento sull’organizzazione del lavoro in Medicina Generale ha favorito lo svilupparsi di una realtà regionale caratterizzata da una rete organica costituita dagli studi dei medici di assistenza primaria, dai presidi di continuità assistenziale e per la loro specificità dalle Potes del 118. Tale rete, offrendo nuove opportunità di governo dei percorsi di salute, rappresenta un valore

aggiunto che si ritiene opportuno rafforzare e sviluppare, introducendo, tuttavia, elementi per una migliore focalizzazione degli obiettivi al fine di trasformare quanto costruito in questi anni in un vero e proprio “sistema delle cure territoriali”, orientato allo sviluppo di obiettivi appropriati di salute che, al tempo stesso, favorisca percorsi virtuosi di verifica delle attività in una sorta di autogoverno orientato a raggiungere sempre maggiori livelli di integrazione e accordo sui percorsi di cura, profili di assistenza, e sul *disease management*. Si ritiene, infatti che un tale percorso produca un più appropriato uso delle risorse sia all’interno della macroarea assistenziale territoriale, che relativamente a quella ospedaliera. In tale contesto va, inoltre, ricordata l’importanza della Information Technology applicata all’attività del medico di medicina generale, quale elemento strategico per rafforzare la continuità tra professionisti che consenta di accedere ai dati, in particolare tra il medico di assistenza primaria e quello della continuità assistenziale, specie per alcune categorie di pazienti particolarmente fragili e complessi. Inoltre l’individuazione e la formazione del personale di studio consente di definire una nuova area di supporto alla Medicina Generale in grado di conferire un nuovo valore aggiunto al suo sviluppo (vedi figura 1 a pag. 71).

In questa ottica e tenendo conto delle “domande del territorio” sono nate alcune esperienze “pilota” che costituiscono un modello di riferimento per il futuro sviluppo di questa area, fornendo indicazione di buone pratiche professionali e organizzative. Esse assumono particolare rilevanza strategica e di innovazione per i settori che coinvolgono. Sono rappresentate dal *Sistema della Residenzialità* con le esperienze degli Ospedali di Comunità di Arcevia e Castelfidardo, le Reti informatizzate applicate alla Medicina Ge-

nerale di cui il *Progetto INTEGRA* rappresenta un'esperienza di riferimento, il *Picenum study* per la misurazione e il confronto dei dati e delle performance professionali in medicina generale.

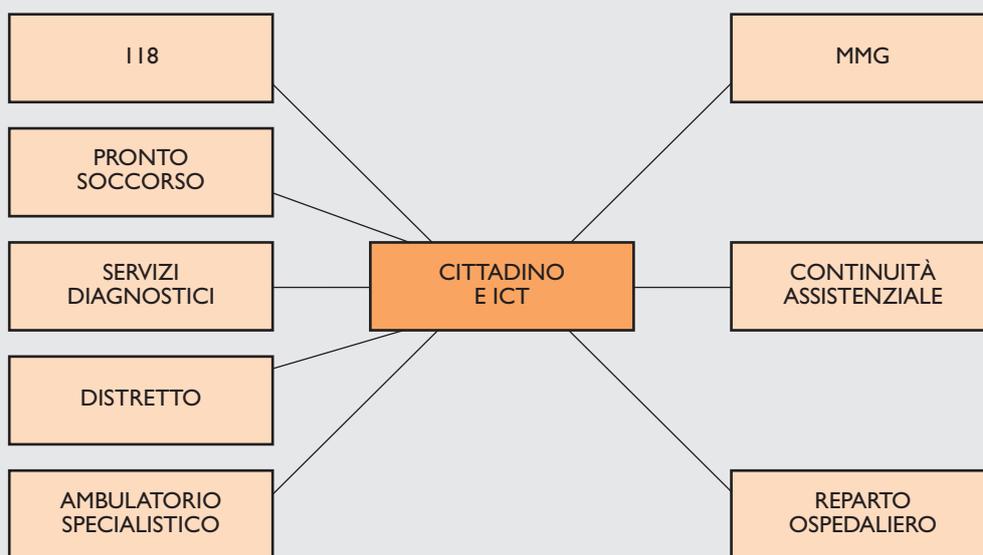
### IL SISTEMA DELLA RESIDENZIALITÀ

Le Marche rappresentano una delle Regioni con il più alto indice di vecchiaia d'Italia e dove ancora rimane elevata l'offerta di posti letto ospedalieri (4,69 p.l. per 1000 abitanti contro 4,64 p.l./1000 abitanti della media nazionale di cui 4,24 di posti letto per acuti contro una media nazionale di 4.09) ed un'offerta di posti letto per non acuti non ancora su standard nazionali (0,45/1000 ab. contro 0,55/1000 ab. del livello nazionale), prevalentemente afferenti all'area ospedaliera tramite le lungodegenze. Questo contesto mette spesso a rischio di inappropriately in particolare le degenze ospedaliere. Per tale motivo si è pensato di rafforzare l'area della residenzialità considerandola come un unico sistema virtuale comprendente un insieme funzionale di strutture presenti nel territorio quali Ospedale di Comunità, Hospice, le varie tipologie di Rsa, Case protette, Case di riposo ecc. di cui alla L.R. 20/2002. In tali strutture sono prioritari gli aspetti di assistenza alla persona con la responsabilità clinica riconducibile al medico di medicina generale. Tale sistema è fortemente integrato con il Distretto di cui potenzia le risposte assistenziali in favore dei bisogni di salute dei cittadini, in particolare se anziani, oppure affetti da patologie croniche e consente di realizzare un percorso alternativo al ricovero ospedaliero, in particolare nelle condizioni in cui risulti essere appropriato un regime assistenziale più attento ai bisogni di assistenza della persona.

Due sono le scelte che caratterizzano tale impostazione. La prima è la forte integrazione con

il regime della domiciliarità al fine di rafforzare la presa in carico dei cittadini, di livello distrettuale, garantendo livelli di cura appropriati per mantenere il più possibile il cittadino al proprio domicilio, fornendo le prestazioni necessarie ai propri bisogni, alternativo alla degenza ospedaliera, in particolare quando quest'ultima non presenti un reale beneficio per la qualità della vita del cittadino, soprattutto se affetto da patologie cronico-degenerative. La seconda riguarda la definizione di un'area specifica, in grado di dare risposte appropriate ai bisogni della cronicità e fragilità attraverso una rete di strutture. Queste ultime, collegate funzionalmente attraverso l'opera del medico di famiglia, costituiscono il luogo dove realizzare percorsi clinico-assistenziali per la gestione delle patologie cronico-degenerative o delle fasi di scompenso e/o riacutizzazione di condizioni cliniche oramai definite e già precedentemente diagnosticate, associate o meno ad esigenze di tipo socio-assistenziale, che rappresenteranno nei prossimi anni un elemento ad elevata criticità per la programmazione dei servizi sanitari. Questa impostazione più complessiva e integrata, inoltre, supera il concetto assai riduttivo di "strutture intermedie" con il quale spesso e impropriamente vengono definite, conferendo ad esse un ruolo e una funzione di estrema genericità, piuttosto che valorizzare la loro specificità nell'ambito del sistema delle cure. In questa ottica viene superato quel ruolo di filtro o peggior di "parcheggio" che abitualmente viene riservato a quest'area, per identificare invece una funzione pro-attiva, volta a organizzare risposte appropriate nel territorio, in particolare alla cronicità e alle fragilità, orientate allo sviluppo più completo delle autonomie possibili della persona, strutturando servizi adeguati ed esaustivi in un'area a criticità assistenziale crescente.

**Figura 1 - Il cittadino e le sue interfacce nella prospettiva della Information and Communication Technology (Ict)**



### IL “PROGETTO INTEGRA-LEGAME COVALENTE”

Pazienti sempre più anziani, patologie croniche che richiedono continuità delle cure nel tempo e integrazione multidisciplinare tra figure mediche (generalisti e specialisti, territorio e ospedale) e sanitarie in genere.

Di fronte a questo scenario, sfida attuale e futura del sistema sanitario nazionale, è indispensabile disporre di strumenti informativi capaci di assicurare la continuità dell’informazione insieme alla possibilità di analisi e controllo dei percorsi ai fini del monitoraggio e miglioramento dei livelli assistenziali del cittadino. Lo strumento individuato e realizzato ad Ascoli Piceno è un sistema telematico centrato sul *Fascicolo sanitario elettronico (Fse)* di ogni cittadino.

Esso rappresenta l’insieme dei documenti sanitari informatici del cittadino, creati nella storia dei suoi contatti con i diversi attori del Ssn. È accessibile al cittadino stesso e agli operatori

sanitari giuridicamente autorizzati in qualunque luogo e in qualunque momento, nel rispetto della regolamentazione nazionale e della tutela della privacy, e rende disponibili le informazioni sanitarie dal momento in cui vengono generate, sia per gli usi primari (emergenza, assistenza), che per gli usi secondari (amministrativi e di governo).

È lo strumento nel quale “ricomporre l’unitarietà dei percorsi assistenziali” pensando alla molteplicità di interlocutori che fanno parte della quotidianità dell’assistenza sanitaria (vedi Fig. 1).

L’esperienza di Ascoli Piceno è nata dalla fusione di due progettualità inizialmente distinte:

- una, progettata dalla dottoressa Nespeca, coordinatrice distrettuale, derivante dall’esigenza di realizzare un’infrastruttura telematica distrettuale di collegamento e direzione dei flussi assistenziali (progetto legame covalente);
- l’altra, coordinata dal dottor Paolini, mmg,

nata dall'esigenza di coordinare le professionalità di ospedale e territorio integrandole e mettendole a confronto con le esigenze dei cittadini (progetto INTegrazione e Gestione della Rete Assistenziale);

La realtà da cui si partiva, in estrema sintesi, era la seguente:

- scarsa continuità informativa tra i diversi settori assistenziali (medici curanti, continuità assistenziale, 118, pronto soccorso, reparti ospedalieri, ambulatori specialistici, sistema delle cure domiciliari);
- gestione non integrata di situazioni acute e croniche a causa di un approccio frammentato e diviso per settori;
- ricaduta delle disfunzioni sul cittadino che, coinvolto in prima persona dalle disfunzioni del sistema, è costretto ad "andirivieni" e code tra le diverse strutture sanitarie.

Il sistema di comunicazione insito nel progetto "integra-legame covalente" ha realizzato lo slogan-obiettivo da cui si partiva: *"far viaggiare di più le informazioni e di meno le persone"*.

Un'interfaccia web rappresenta il canale attraverso il quale si condividono informazioni e dati che consentono al cittadino utente di evitare percorsi inutili e ricevere un'assistenza realmente integrata.

Alcuni esempi pratici per evidenziarne i vantaggi rispetto a quanto precedentemente descritto:

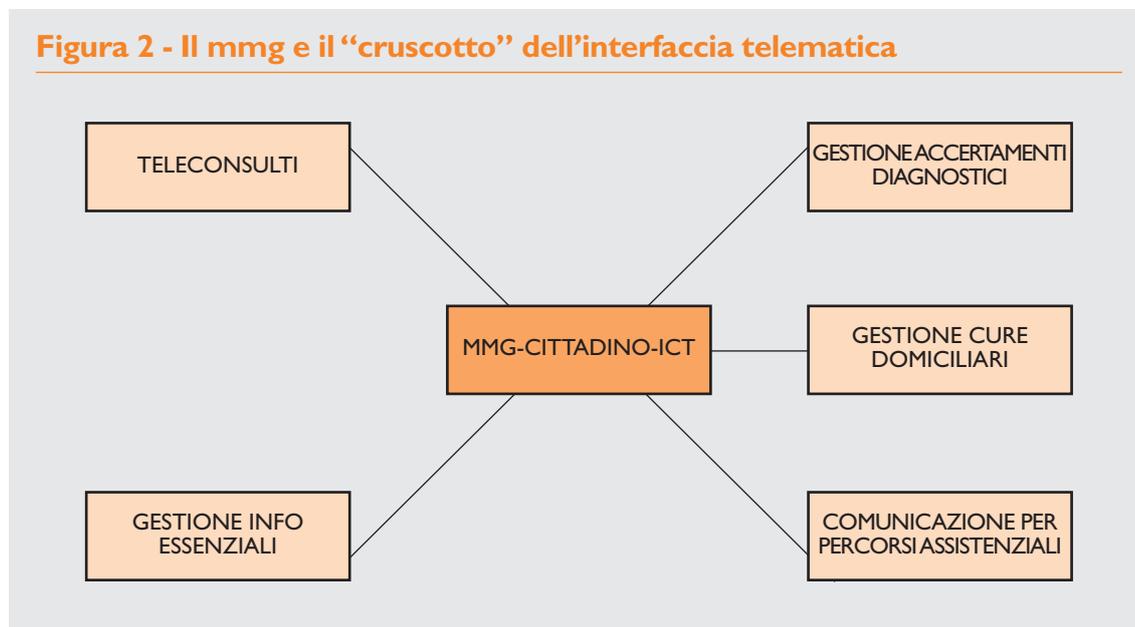
- 1) nella fase del ricovero-dimissione ospedaliera il medico curante viene informato, automaticamente, dal sistema di comunicazione (sms o web-mail) dell'avvenuto ricovero del paziente e provvede, di conseguenza, a informare il reparto su storia sanitaria, terapie in corso e ogni notizia che possa facilitare l'iter assistenziale; a sua volta riceve, in

fase di dimissione, le informazioni diagnostico-terapeutiche, relative alla degenza;

- 2) in caso di intervento, nei giorni prefestivi e festivi o di notte, il medico di continuità assistenziale potrà, accedendo al portale web, avere informazioni importanti per personalizzare e ottimizzare l'intervento richiesto; effettuata la prestazione professionale potrà informare il medico curante del suo intervento inserendone la sintesi nel Fse del cittadino;
- 3) modelli cartacei che, attualmente, richiedono andirivieni di pazienti o familiari per prendere il relativo foglio di carta, possono essere scaricati dal web dal paziente stesso o dal suo medico curante;
- 4) il medico di medicina generale, il medico di continuità assistenziale, lo specialista consulente possono, accedendo al Fse, visualizzare e scaricare referti dei vari accertamenti diagnostici (esami di laboratorio, ecg, esami radiologici, esami istologici, ecc.) o visualizzare precedenti ricoveri o accessi al P.S.;
- 5) il paziente stesso può accedere al suo Fse, visualizzare i suoi accertamenti, ritirarli per via telematica;
- 6) il medico di medicina generale, in caso di necessità di prestazioni urgenti, ha a disposizione un'interfaccia che gli consente l'attivazione diretta della prestazione stessa e la comunicazione asincrona con il livello specialistico.

Accanto a questi aspetti, puramente assistenziali, vi è tutto il capitolo, non meno importante, legato alla possibilità di monitorare, da parte del livello dirigenziale, i processi organizzativi e assistenziali (ricorso a P.S., ricoveri, richiesta di accertamenti, analisi cure domiciliari), utilizzan-

**Figura 2 - Il mmg e il “cruscotto” dell’interfaccia telematica**



do le analisi per attivare un processo di miglioramento continuo dell’assistenza e per attuare un ritorno informativo personalizzato ai vari erogatori dell’assistenza ai cittadini. In questo modo si realizza un audit permanente, da parte dell’intero sistema di cure, preconditione per lo sviluppo effettivo dell’inevitabile *clinical governance* (Fig. 2).

Sono solo alcuni degli aspetti di profonda innovazione connessi con l’evoluzione della telematica applicata al sistema sanitario, ma dimostrano come si possa lavorare con strumenti moderni per rinforzare l’antica e fondamentale esigenza di cure a misura di persona affiancandola alla non meno importante esigenza di avere strumenti a misura di professionisti.

**P.I.C.E.N.U.M. STUDY**

Dal 2003, nella provincia di Ascoli Piceno, un gruppo di medici di medicina generale è coinvolto in una iniziativa di audit sistematico della propria attività; il processo di autovalutazione è iniziato dopo aver selezionato un set di Indicatori di Performance accreditati, che è stato applicato periodicamente ai dati, riferiti alla gestione del-

le patologie croniche, estratti dai database ambulatoriali degli stessi mmg partecipanti.

L’analisi delle misure di performance ottenute ha evidenziato una progressiva variazione positiva delle stesse nel tempo, dimostrando l’efficacia dell’audit nel miglioramento continuo della qualità.

Lo studio, denominato *P.I.C.E.N.U.M. study* (*Performance Indicators Continuous Evaluation as Necessity for Upgrade in Medicine*), giunto al suo 5° anno di vita, ha coinvolto 50 mmg che hanno potuto direttamente consultare, in un sito web dedicato, le misure delle proprie performance messe a confronto con quelle dei colleghi (chiaramente in anonimo) e con le relative medie. L’esperienza maturata negli anni con il *P.I.C.E.N.U.M. study* ha consentito di proporre un’evoluzione ed un ampliamento del progetto.

Dall’ottobre del 2007 il *P.I.C.E.N.U.M. study* è inserito tra le iniziative del Centro Studi della Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg), da dove viene proposto alla Medicina Generale italiana con un software dedicato, “Picenum SW”, disponibile online, con ac-

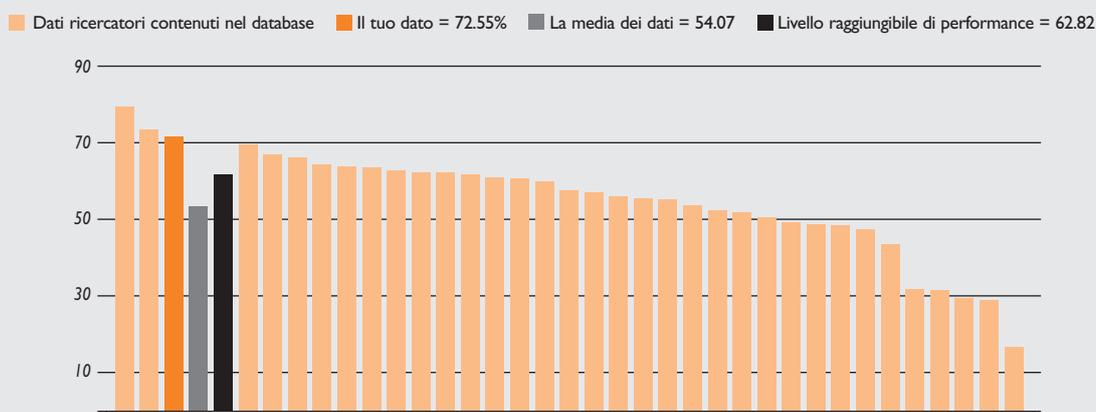
cesso consentito dall'home page del sito nazionale della Fimmg ([www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)); in questo software il medico iscritto può inserire i dati (numerici e aggregati) estratti dal proprio database ambulatoriale, riferiti alla propria attività professionale. Il software assembla i dati numerici immessi, costruendo automaticamente e in tempo reale la misura della performance (ad esempio "Percentuale di pazienti diabetici sottoposti a dosaggio dell'emoglobina glicata nell'ultimo anno"), inserendola in un grafico ad istogrammi dove compaiono analoghi valori prodotti da altri colleghi. Ad ogni medico viene così consentita la possibilità di confrontare la propria con l'altrui attività (*benchmarking*), condizione riconosciuta essere particolarmente efficace nei processi di miglioramento; in questo grafico è possibile procedere inoltre al confronto con un dato "medio" e con un valore, denominato Livello raggiungibile di performance (Lrp), da considerare come standard non teorico, ma "realistico", calcolato cioè sulla base degli effettivi dati disponibili (Fig. 3). Nello stesso software è possibile immettere i da-

ti in momenti successivi, permettendo di percepire le variazioni del proprio comportamento nel tempo (confronto con precedenti rilevazioni) ed invitando l'utente ad una modalità sistematica di audit orientato al miglioramento.

In un sito web dedicato allo studio ([www.picenumstudy.it](http://www.picenumstudy.it)) sono riportati i dettagli del progetto, il suo background, la letteratura che ne accredita gli indicatori ed una serie di "utilities" per facilitare l'estrazione dei dati dai database ambulatoriali. Il *PICENUM study* si propone insomma di diventare il "contachilometri" del medico di medicina generale che voglia valutare la propria "velocità", avendo riferimenti nell'altrui "andatura". Misurare le attività, confrontare i dati, migliorare le performance, monitorare i cambiamenti: potrebbero essere così sintetizzati i contenuti dello studio.

La medicina generale, con la propria abituale modalità operativa, può agevolmente inserirsi in percorsi di ricerca, utilizzando i dati quotidianamente raccolti negli archivi informatici ambulatoriali, che contengono una notevolissima mole

**Figura 3 - Percentuale di ipertesi sottoposti a dosaggio della creatininemia, nel precedente anno**



Uno dei grafici costruiti dal "PICENUM SW". In arancio scuro è riportata la propria performance; in arancio chiaro le performance dei colleghi che costituiscono il gruppo "benchmark"; in grigio il valore del dato "media"; in nero l'LRP, uno standard realistico calcolato sui dati raccolti.

di informazioni di tipo epidemiologico e riferite a dettagli dei diversi processi assistenziali, costituendo probabilmente la banca dati di tipo sanitario più ricca, continuamente aggiornata e disponibile. Il software “Picenum SW” si inserisce in tale contesto come uno strumento in grado di facilitare e favorire lo sviluppo di queste iniziative: con esso viene infatti fornita una piattaforma informatica duttile, efficace e facilmente accessibile per la registrazione, l’aggregazione, l’elaborazione e la successiva presentazione dei dati; questa risorsa potrebbe rilevarsi particolarmente efficace per progettualità regionali, aziendali, di-

strettuali, che possano prevedere la raccolta di “report” da parte della Medicina Generale, seguendo strategie accreditate di valutazione dei processi assistenziali.

Il *PI.C.E.N.U.M. study* è da considerarsi pertanto come un’occasione di crescita professionale per una Medicina Generale moderna, protagonista centrale nei sistemi di *clinical governance*, che deve essere dotata di strumenti che consentano di monitorare i processi e gli esiti delle attività, per rilevarne le qualità ma anche per percepirne gli eventuali “limiti” e soprattutto apprezzarne gli auspicabili miglioramenti.

### **Personale di Studio e Progetto Raffaello**

L’incremento delle attività e funzioni della Medicina Generale ha indotto la necessità di differenziare le attività cliniche da quelle assistenziali e amministrative che, pur ricadendo nella responsabilità complessiva e direzionale del mmg, possono essere delegate ad altri soggetti, formati con una specifica funzione, in grado di sostenere la crescente complessità dei percorsi gestionali in Medicina Generale. Sono così individuate due innovative figure, operanti nello studio del Medico di famiglia: quella del *Collaboratore di studio Formato* e quella del *Care Manager*. La prima assolve a funzioni amministrative burocratiche e informative nei confronti dei cittadini. Viene formata con Corsi specifici realizzati in collaborazione tra Regione Marche e Organizzazioni della Medicina Generale. La figura del *Care Manager* invece è un infermiere, anch’esso adeguatamente formato alle dinamiche relazionali e assistenziali della Medicina Generale. La Regione Marche, unitamente al Ministero della Salute in collaborazione con Pfizer, ha promosso un’iniziativa denominata “Progetto Raffaello”, volta a sperimentare presso gli studi dei mmg un innovativo modello di presa in carico che prevede un processo di cura basato su una serie di interventi sanitari coordinati e di comunicazione con il paziente su ambiti clinico-comportamentali, con un impatto significativo sulla partecipazione dello stesso alla gestione della propria salute (*Disease & Care Management*). La sperimentazione avrà durata di un anno coinvolgendo 8 Medicine di Gruppo della Regione.

# L'assistenza domiciliare integrata in Basilicata e il modello Venosa

di **Giovanni Battista Bochicchio** e **Gianvito Corona\***

Direttore Centro Integrato di Medicina dell'Invecchiamento - ASL I Venosa

\* Responsabile Centro di Oncologia critica territoriale e Cure Palliative - ASL I Venosa

76

monitor

**I**l progetto di Assistenza domiciliare integrata (Adi), a dimensione regionale, è stato avviato nell'anno 1999. Il programma, a valenza triennale, è stato sostenuto sia con risorse finanziarie proprie delle Asl che con contributo ministeriale. Il modello regionale (DGR 1665/2001), che prevede fra l'altro l'estensione a tutte le Aziende Sanitarie dell'uso dello strumento di valutazione multidimensionale detto *Vaor-Adi* (tutte le Asl hanno curato la formazione specifica finanziata dalla Regione), è articolato secondo il dettato delle linee guida regionali per l'Adi che ha fatto proprio il modello del "case management" ed è diretto da un Centro di Coordinamento delle cure domiciliari e delle cure palliative istituito in tutte le Asl e di cui fa parte anche un rappresentante dei medici di medicina generale.

Il servizio Adi eroga prestazioni infermieristiche, riabilitative, di medicina generale e specialistica, nonché prestazioni socio-assistenziali che sono a carico dei Comuni. Il servizio, reso oramai in forma omogenea su tutto il territorio regionale, individua nel medico di medicina generale la figura di riferimento, cui è affidata tutta la responsabilità delle cure domiciliari, sia pure coadiuvato dalle Unità di Valutazione Distrettuale e dal Centro di Coordinamento. Per quanto concerne le prestazioni socio-assistenziali, sono stati definiti i protocolli d'intesa con i Comuni fra loro associati nei Piani di Zona.

## IL CASO VENOSA E IL CENTRO INTEGRATO DI MEDICINA DELL'INVECCHIAMENTO

Per rispondere al bisogno di salute degli anziani la Asl di Venosa, una delle cinque Aziende sanitarie della Basilicata, ha costruito un modello di rete governato dal Centro Integrato di Medicina dell'Invecchiamento (CEIMI), progettato con la consulenza del Cepsag dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Ro-

ma, che rappresenta il punto unico di accesso, di accoglienza, di informazione e progettazione organizzativa dell'Azienda in tema di assistenza agli anziani.

Il CEIMI, che può essere paragonato a un vero e proprio hub logistico delle attività socio-sanitarie rivolte agli anziani, è inserito nella rete dei servizi territoriali e ospedalieri della Asl con il compito di superare il sistema di erogazione dei servizi fondato sulla parcellizzazione degli interventi attraverso la creazione di un sistema che dia risposta compiuta e globale tanto ai bisogni sanitari quanto a quelli socio-assistenziali dell'anziano.

Il Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative, costituitosi a seguito dell'approvazione delle linee guida regionali Adi con la DGR 1665/2001, nell'esperienza di Venosa è un'articolazione funzionale del CEIMI, il suo braccio territoriale e rappresenta la sala di regia di: Assistenza domiciliare programmata (Adp), Assistenza domiciliare integrata (Adi), Assistenza domiciliare agli ospiti di residenze protette e collettività (Adr), Assistenza domiciliare ai malati terminali e di area critica, attraverso l'Unità di Oncologia critica territoriale e cure palliative. Questa ultima struttura fornisce il supporto specialistico alle attività domiciliari e rappresenta, inoltre, la corsia preferenziale, lo spazio strutturalmente attrezzato inserito nella rete dell'assistenza domiciliare dedicato alla soluzione dei problemi sanitari dei malati terminali non risolvibili a domicilio.

È operativo un Accordo per le cure domiciliari (da ridefinire alla luce del nuovo Accordo decentrato regionale, in via di approvazione), tra Asl e mmg, che definisce obiettivi, interventi e ruoli dei vari operatori e dei vari servizi nell'ambito dell'Assistenza domiciliare integrata. Viene riba-

data la centralità del medico di medicina generale, che viene supportato dall'Azienda attraverso il Centro di coordinamento delle cure domiciliari e delle cure palliative per il conseguimento di obiettivi strategici, come la riduzione del tasso di ospedalizzazione dei pazienti in Adi, l'attivazione delle dimissioni protette e dell'ospedalizzazione domiciliare.

Ogni paziente candidato alle cure domiciliari viene preventivamente sottoposto a valutazione multidimensionale (Vmd) per identificarne bisogni, problematiche assistenziali e obiettivi assistenziali (*problem solving*); programmare l'intervento assistenziale; migliorarne la funzione e la qualità di vita; ottimizzare l'allocazione delle risorse; ridurre l'utilizzo dei servizi non necessari.

La Uvg è composta da medico geriatra (*team leader*), infermiere professionale (*case manager*), terapeuta della riabilitazione, assistente sociale, e ha la responsabilità complessiva del caso (attraverso la Vmd e il Piano individualizzato di trattamento). Con la Uvg collaborano in forma strutturata il mmg (gestione medica del paziente) e un referente dei servizi sociali comunali (integrazione socio-sanitaria). Il *case manager* è un "professionista" per il quale, a nostro parere, andrebbe istituito un apposito albo, che opera a supporto dell'anziano e della sua famiglia (presso il domicilio del paziente o in ospedale prima della sua dimissione) con il compito specifico di seguire l'assistito in tutte le fasi del PIT e, preventivamente alla sua elaborazione, nell'accesso alla rete dei servizi. Egli è l'attore principale della Vmd, segue gli adempimenti amministrativi; agevola la comunicazione tra Uvg, i familiari dell'anziano, la cooperativa sociale, i servizi comunali; fornisce all'Uvg elementi utili per la formazione del budget del PIT; sup-

porta le scelte della famiglia (strutture e ausili); promuove ogni forma di integrazione con le altre agenzie di servizio.

Il servizio infermieristico domiciliare e quello riabilitativo sono gestiti in *outsourcing* dalla cooperativa Auxilium. La cooperativa sociale, selezionata attraverso procedure ad evidenza pubblica, mette a disposizione il pool di professionisti (infermieri, geriatri, palliativisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi) per lo svolgimento delle attività domiciliari. Il PIT elaborato dalla UVG viene in pratica trasferito alla cooperativa sociale per la sua esecuzione. Una scelta che presenta numerosi punti di forza: le economie di scala che si realizzano nella fornitura del servizio domiciliare; i vantaggi organizzativi che derivano dalla maggiore flessibilità di gestione del personale da parte del soggetto privato rispetto al pubblico; un buon capitolato speciale d'appalto è in grado di ben regolare ruoli e compiti di ognuno e i reciproci doveri; la formazione sul Vaor-Adi a tutto il personale della cooperativa; la valutazione ex ante ed ex post effettuata con il Vaor-Adi che rimane appannaggio del soggetto pubblico; la possibilità di riprogettare il servizio anche con il contributo del privato sociale, spesso depositario di maggiori conoscenze e competenze distintive nelle attività di assistenza domiciliare.

L'Unità di valutazione, a seguito della valutazione multidimensionale, può prevedere anche il ricovero nei reparti per acuti o in day hospital geriatrico, cicli riabilitativi o interventi specialistici ambulatoriali da eseguirsi presso la parte ospedaliera del CEIMI. L'ammissione ai servizi ospedalieri del CEIMI (day hospital, ambulatori, trattamenti FKT e riabilitativi, ecc.) può avvenire su segnalazione dei reparti di degenza, al momento della dimissione; del pronto soccorso, anche di al-

tri ospedali; del medico curante; dei responsabili Adi distrettuali; di altri ambulatori del presidio ospedaliero unificato; di un'altra istituzione territoriale (Adi, Rsa, Casa di Riposo).

Presso il CEIMI viene inoltre completato lo screening delle demenze, iniziato dal medico di famiglia, che formula il sospetto diagnostico relativo al deficit cognitivo. Effettuata la conferma diagnostica e la diagnosi differenziale, in regime di day hospital o tramite l'ambulatorio dedicato, il CEIMI prende in carico la persona affetta da demenza e la segue lungo il successivo percorso terapeutico e/o riabilitativo attraverso una delle seguenti opzioni: Adp, Adi, Assistenza riabilitativa territoriale, DH Geriatrico, Rsa.

### I PUNTI SALUTE

Nella ASL di Venosa è stato adottato il Piano di Salute che prevede l'apertura di sportelli integrati a livello dei singoli Comuni della ASL – denominati “Punti Salute” – cogestiti con le rispettive amministrazioni comunali. Il Piano di Salute predispone programmi di miglioramento della salute per la comunità; identifica gli obiettivi di salute da raggiungere nel territorio sulla base della situazione demografica, epidemiologica e socio-economica locale. Esso si propone inoltre di sensibilizzare i cittadini, sia come singoli sia come esponenti di associazioni, al fine di migliorare il coinvolgimento della comunità nella costruzione di politiche per la salute.

Senza la fattiva collaborazione dei cittadini si possono predisporre solo programmi di salute con interventi *top-down*, cioè calati dall'alto. La filosofia dei Piani di Salute è invece assolutamente di tipo *bottom-up*.

Per quanto attiene all'area anziani il Piano di Salute, attraverso l'analisi di contesto e dei bisogni della popolazione, propone l'adozione di al-

cune misure che sono di seguito indicate:

1. adattare le strutture e i programmi di intervento alle esigenze della popolazione anziana
2. favorire l'accesso ai servizi
3. aumentare la prevenzione
4. strutturare la rete dei servizi territoriali
5. valorizzare il volontariato e l'associazionismo
6. attivare progetti di telefono speciale per anziani e/o di telecontrollo
7. collaborare con servizi sociali
8. collaborare con i medici di medicina generale
9. costruire reti locali di supporto alla domiciliarità
10. sviluppare il servizio di Adi
11. assicurare maggiore integrazione tra i medici di medicina generale e gli ospedali al momento della dimissione ospedaliera
12. definire successivamente i protocolli di dimissioni ospedaliere protette al fine di fornire continuità assistenziale
13. sperimentare forme di ospedalizzazione a domicilio in collaborazione con i medici di medicina generale
14. promuovere interventi di monitoraggio della salute ai *caregivers* con congiunti a carico gravemente disabili.

L'idea è quella di diffondere nel territorio di afferenza dell'Azienda Sanitaria un insieme di punti di accesso, denominati appunto "Punti Salute", che consentano al cittadino di:

- iniziare il proprio percorso diagnostico-terapeutico là dove egli vive;
- agevolare la "navigazione sanitaria" tra le varie forme di assistenza attraverso la rete;
- coniugare in un "unicum" le esigenze di assistenza socio-sanitaria e di prevenzione;
- impiegare, ove clinicamente appropriata, la telemedicina.

L'ipotesi è che tale sistema sia capace di produrre modifiche e contrazioni dei percorsi diagnostici e di cura, migliorando al contempo la qualità globale di vita dell'utente-persona.

Nella fase di primo avvio i Punti Salute, avamposti territoriali previsti nel Piano di Salute per l'identificazione del bisogno e la selezione del set assistenziale più appropriato in un'ottica di integrazione socio-sanitaria, lavorano con la metodologia del *case-management* mutuata dall'Adi.

Si tratta di una sperimentazione fondamentale per la nostra Regione nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria e del potenziamento dell'offerta territoriale.

Nel 2003 il Ministero della Salute, nell'ambito del proprio programma di utilizzo dei fondi comunitari, denominati "Pon Atas", ha individuato come priorità quella di creare i presupposti conoscitivi (normativa, linee guida, buone prassi) e i modelli di gestione che consentano alle Regioni di sviluppare servizi socio-sanitari rivolti agli anziani e imprenditorialità sociale, in modo innovativo e nel rispetto delle regole comunitarie di concorrenza.

Le attività di ricerca e sviluppo sono durate circa 7 mesi e si sono svolte in tre fasi successive: analisi del contesto epidemiologico e normativo in Italia ed Europa; individuazione delle buone prassi di gestione dei servizi socio sanitari in Italia ed Europa; sviluppo dei modelli innovativi.

In questo contesto Deloitte ha guidato il gruppo di lavoro coinvolgendo il proprio network internazionale (Svezia, UK, Francia, Germania) per alcune delle attività di *benchmarking* e approfondimento delle *best practices* europee. Queste esperienze, analizzate con *case study*, hanno costituito la base di partenza per la costruzione di modelli di organizzazione e gestione dei servizi socio-sa-

nitari per gli anziani che sono basati sulla logica dell'integrazione e della collaborazione tra pubblico e privato. L'esperienza di Venosa è stata valutata positivamente e inserita nella top ten eu-

ropea delle *best practices* riguardanti il tema della ricerca.

Di seguito sono riportati alcuni dati di attività riferiti all'anno 2007.

**Tabella 1 - Attività anno 2007**

Classi d'età	Dsb Venosa	Dsb Melfi	Totale
0-14	1	3	4
15-24	0	2	2
25-34	4	0	4
35-44	5	2	7
45-54	19	14	33
55-64	27	35	62
65-74	100	104	204
75-84	266	274	540
85-94	166	197	363
>95	28	32	60
<b>Totale</b>	<b>616</b>	<b>663</b>	<b>1.279</b>

**Tabella 2 - Distretto Melfi**

Comune	Maschi	Femmine	Totale
Atella	16	21	37
Barile	22	22	44
Melfi	78	114	192
Pescopagano	17	35	52
Rapolla	21	33	54
Rapone	10	10	20
Rionero in Vult.	73	82	155
Ripacandida	17	28	45
Ruvo del Monte	10	13	23
San Fele	20	21	41
<b>Totale</b>	<b>284</b>	<b>379</b>	<b>663</b>

**Tabella 3 - Distretto Venosa**

Comune	Maschi	Femmine	Totale
Banzi	9	11	20
Genzano	28	37	65
Ginestra	7	11	18
Forenza	20	18	38
Lavello	67	83	150
Maschito	10	16	26
Montemilone	12	16	28
Palazzo S.G.	39	47	86
Venosa	85	100	185
<b>Totale</b>	<b>277</b>	<b>339</b>	<b>616</b>

**Tabella 4 - ASL I Venosa**

	Anno 2007
N° pazienti in A.D.I	1.279
N° >65enni	1.167
N° pazienti terminali	269
N° accessi M.M.G. in ADI	12.631
N° accessi per >65enni	11.495
N° ore attività specialistica	12.010
N° ore attività infermieristica	53.303
N° ore per >65enni	46.686
N° accessi infermiere professionale	68.280
N° ore attività riabilitativa	9.185
N° ore per >65enni	8.460
N° accessi fisioterapista	13.777
N° ore altro personale	10.728
N° ore altro personale per >65enni	9.725
<b>Totale popolazione ASL</b>	<b>97.386</b>
<b>Totale popolazione &gt; 65enni</b>	<b>19.314</b>
% di >65 assistiti in ADI	6%

# Prendersi cura per procurare salute: il Progetto Leonardo in Puglia

di **Ambrogio Aquilino\***, **Ernesto Mola\*\***, **Andrea Musilli\*\*\***, **Marina Panfilo\*\*\***, **Rodolfo Rollo\*\***

\* Agenzia Regionale Sanitaria - Puglia

\*\* Azienda Sanitaria Locale Lecce

\*\*\* Pfizer Italia

## INTRODUZIONE

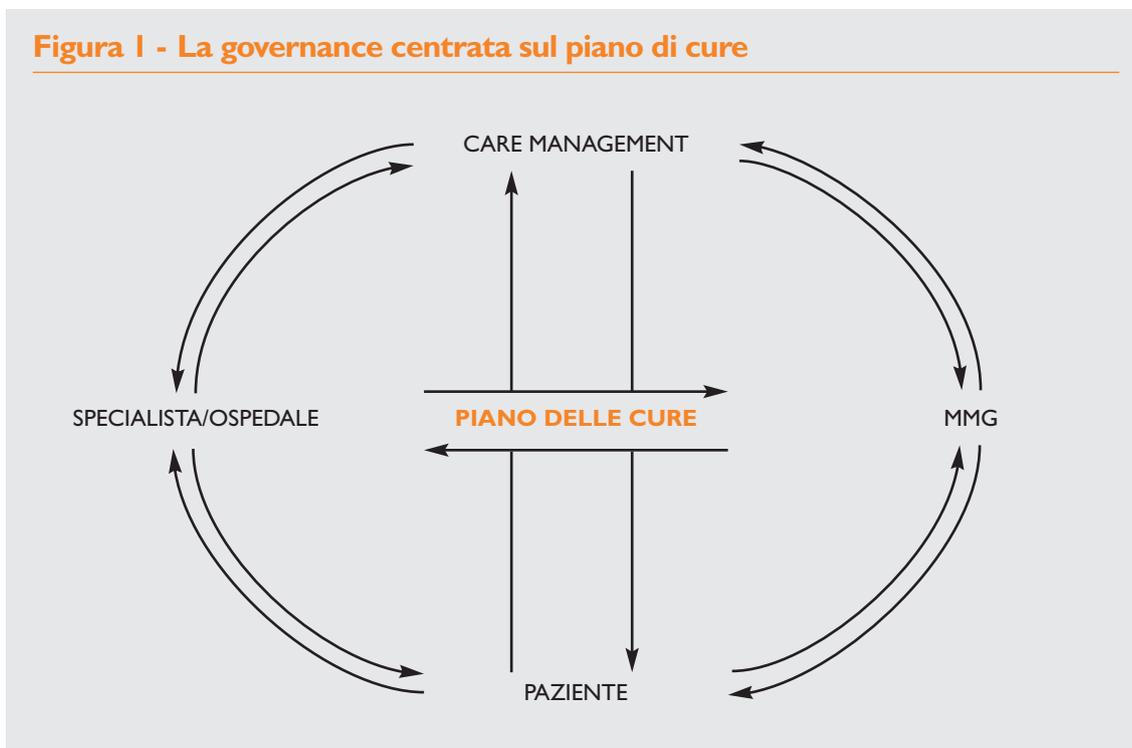
Il Progetto Leonardo è un programma di *care management* che punta all'individuazione e all'assistenza proattiva di pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco, pazienti a rischio di MCV o con malattia cardiovascolare conclamata.

Il Progetto, nato da una collaborazione tra la Pfizer Italia, l'Agenzia Regionale Sanitaria (AReS) della Puglia e la Pfizer Health Solutions (PHS, società consociata di Pfizer Inc. interamente dedicata al *disease management*), è in corso di attuazione presso la ASL di Lecce, che comprende una popolazione pari a circa 800.000 abitanti.

Il *Chronic Care Model* (CCM) e l'*Innovative Care for Chronic Conditions* (ICCC), edito dal WHO, sottolineano l'importanza della partnership tra il paziente e gli operatori sanitari quale elemento essenziale per un trattamento efficace, perché offre l'opportunità di responsabilizzare il paziente ad assumere un ruolo attivo nella gestione della propria salute. L'aspetto innovativo del Progetto risiede, appunto, nella riformulazione del modello assistenziale locale secondo una diversa modalità di erogazione dell'assistenza e una diversa declinazione del ruolo dei mmg, degli specialisti, del personale infermieristico e del paziente interessato.

Si tratta, cioè, di un progetto di *governance* dell'assistenza, che deve realizzarsi come processo sistematico, per affermare un modello assistenziale al centro del quale non sia inserito un concetto astratto di paziente, ma un problema clinico ed un piano di cure su cui convergono gli interventi di tutti gli attori coinvolti in quel progetto assistenziale, incluso lo stesso paziente impegnato in un ruolo di attivo protagonista per raggiungere obiettivi di salute (Fig. 1).

Figura 1 - La governance centrata sul piano di cure



### OBIETTIVI DEL PROGETTO

La sperimentazione ha lo scopo di fornire ai decisori politici e ai tecnici gli elementi necessari alle scelte programmatiche nell'organizzazione dell'assistenza di base e dei percorsi assistenziali di pazienti affetti da patologie cronicodegenerative:

1. dimostrare la fattibilità della realizzazione di un programma di *disease and care management* del rischio cardiovascolare, diabete e scompenso cardiaco nella ASL di Lecce, nella prospettiva di una estensione del modello su tutto il territorio regionale;
2. valutare la percezione e il livello di soddisfazione al programma da parte dei pazienti, dei medici e dei CM coinvolti;
3. identificare le misure di outcome più appropriate in preparazione della fase 2 del progetto (analisi dell'impatto clinico ed economico di un programma di *disease and care management*).

### CARATTERISTICHE DEL PROGETTO

La caratteristica principale del progetto è rappresentata da una nuova figura assistenziale, il *Care manager*, inserita nel setting delle medicine di gruppo. Egli è un infermiere, già esperto, che ha effettuato una formazione preliminare sul metodo e sugli strumenti da utilizzare.

Il modello di *C&D Management*, infatti, propone una vera e propria "cassetta degli attrezzi", composta da:

- linee guida e protocolli specifici di assistenza per ciascun profilo di cure;
- guide per il paziente e il *care manager*;
- una scheda informatizzata (*Informacare*), su cui sono registrati tutti i dati e le attività, al fine di effettuare il monitoraggio e l'elaborazione degli indicatori di valutazione.

Il programma di *Care Management* è articolato in una serie di tappe per la garanzia dell'intero percorso diagnostico-terapeutico (Fig. 2).

Figura 2 - Il Programma di Care Management



I pazienti eleggibili partecipanti al Programma usufruiscono:

- a) dell'affiancamento individuale continuo del *care manager*, tramite contatti telefonici, contatti presso l'ambulatorio del medico o visite a domicilio, finalizzato ad un coinvolgimento attivo dello stesso nella gestione della propria malattia;
- b) di un Piano delle Cure personalizzato;
- c) di un coordinamento dell'assistenza trasversale tra *care manager*, medici e specialisti, tramite la gestione diretta degli accessi del paziente ai controlli programmati.

Al *Care Manager* è delegato, infatti, il coordinamento dei servizi e del flusso informativo tra mmg, specialisti e altri professionisti della salute. Le raccomandazioni proposte al *Care manager*, elaborate per la gestione del profilo di cure, sono declinate in otto priorità di base e sono rivolte ad offrire ai pazienti tutti gli strumenti di "conoscenza e competenza" per un reale empowerment nel processo assistenziale (Fig. 3).

Il Progetto si è sviluppato in un periodo complessivo di 18 mesi e i pazienti, al termine del pro-

getto, sono stati destinatari di un intervento minimo di 9 mesi.

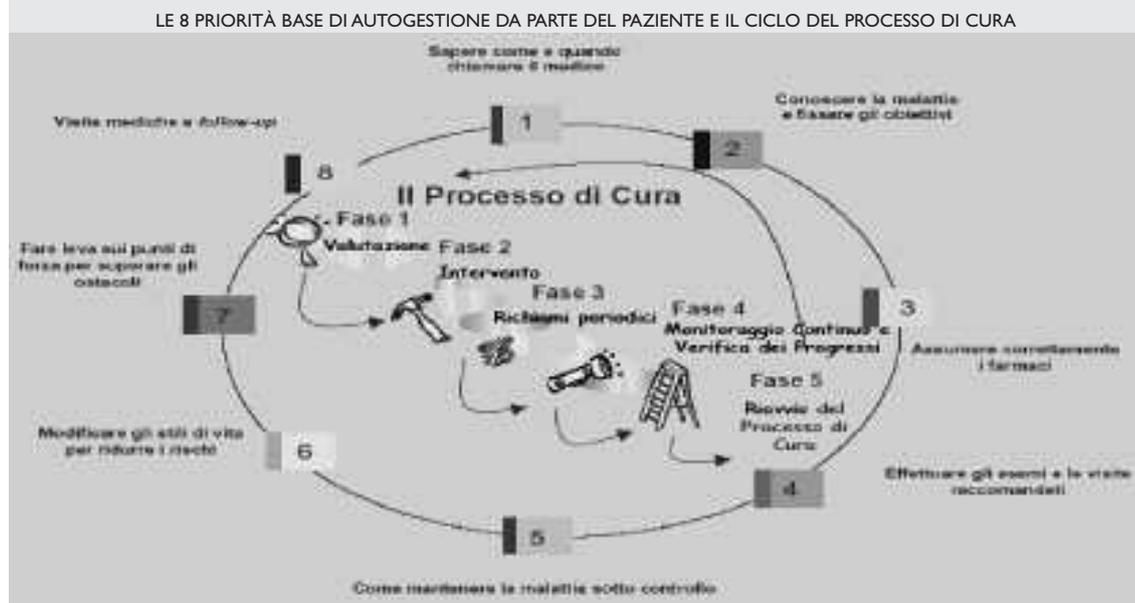
#### UN ACCORDO CON I MMG PER OBIETTIVI MISURABILI

Un elemento di forte novità, che rappresenta anch'esso un aspetto di sperimentazione, è rappresentato dall'accordo stipulato con i mmg coinvolti nel progetto. Si tratta della prima esperienza in Puglia di sperimentazione d'indicatori d'esito, oltre che di processo, nel sistema incentivante.

Esso prevede un sistema premiante capace di garantire lo sviluppo di tutte le fasi della sperimentazione e il raggiungimento del risultato.

La struttura dell'accordo prevede una quota di adesione ed una quota per paziente reclutato legata ad indicatori di risultato. La quota di risultato viene attribuita secondo due percentuali, riferite, rispettivamente, ad indicatori di processo (75% del totale) e indicatori di esito (25% del totale), in relazione al numero dei pazienti arruolati (tabelle 1 e 2).

**Figura 3 - Le otto priorità per il care manager**



**Tabella 1 - Indicatori di processo**

**P1.**

Gli obiettivi minimi di arruolamento seguenti sono raggiunti in 6 mesi:  
 Insufficienza Cardiaca (IC) = 200 pazienti  
 Diabete = 250 pazienti  
 Rischio di Malattia CardioVascolare (MCV) = 500 pazienti

**P2.**

Valutazioni iniziali per ciascun paziente arruolato completate entro 1 mese dall'arruolamento

**P3.**

Valutazioni a 6 e 12 mesi completate per ciascun paziente arruolato entro 1 mese dalla data stabilita

**Tabella 2 - Indicatori di esito**

**E1.**

Incremento del 10% della quota di pazienti che avranno raggiunto i valori pressori ottimali OPPURE riduzione del 10% dei valori pressori tra i pazienti ipertesi

**E2.**

Incremento del 10% della quota di pazienti che raggiungono i valori ottimali di HbA1c OPPURE riduzione del 10% dei livelli di HbA1c tra i pazienti diabetici

**E3.**

Riduzione del 5% dei ricoveri rispetto all'anno precedente, per DRG riferiti alla patologia nella popolazione di pazienti reclutati.

**STATO DI AVANZAMENTO DEL PROGETTO**

Ad oggi risultano in servizio, presso le rispettive Medicine di Gruppo, 30 *care manager* dipendenti a tempo pieno della AUSL.

L'arruolamento è partito nel febbraio 2006 e si è concluso a Dicembre 2006, con un in-

serimento totale di 1148 pazienti, ripartiti nei tre moduli di patologia (522 con rischio MCV, 433 diabetici, 193 con scompenso cardiaco). I pazienti sono stati reclutati dalle 20 Medicine di Gruppo aderenti al Programma (85 mmHg), tramite screening opportunistico in oc-

casione delle visite presso gli ambulatori.

Il periodo di sperimentazione si è concluso a settembre del 2007 e attualmente sono in fase d'elaborazione i risultati finali del progetto. Sono, tuttavia, disponibili i risultati preliminari elaborati nel corso dell'evoluzione dell'esperienza.

### PRINCIPALI RISCONTRI PRELIMINARI

**Soddisfazione del paziente:** a sei mesi dall'inizio del Progetto Leonardo, ai pazienti arruolati da almeno 3 mesi, è stato chiesto di compilare un questionario per rilevare il grado di soddisfazione rispetto al *care manager* e ad alcune componenti essenziali del Programma.

Dal punto di vista dei pazienti (Fig. 4), migliora il loro rapporto con il mmg, ma anche lo stato di salute generale e delle abilità funzionali:

- il 60% dichiara che il rapporto con l'mmg è migliorato o è estremamente migliorato

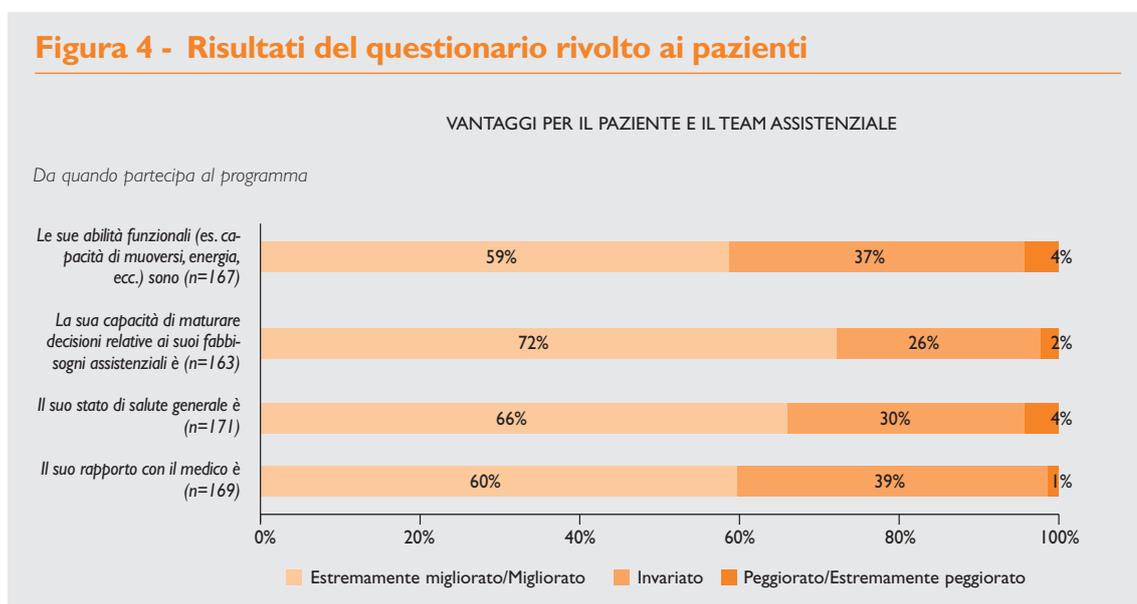
dall'inizio del programma;

- il 59% rileva che le proprie abilità funzionali sono migliorate o estremamente migliorate da quando partecipa al programma;
- il 66% riferisce che il proprio stato di salute generale è migliorato o estremamente migliorato da quando partecipa al programma.

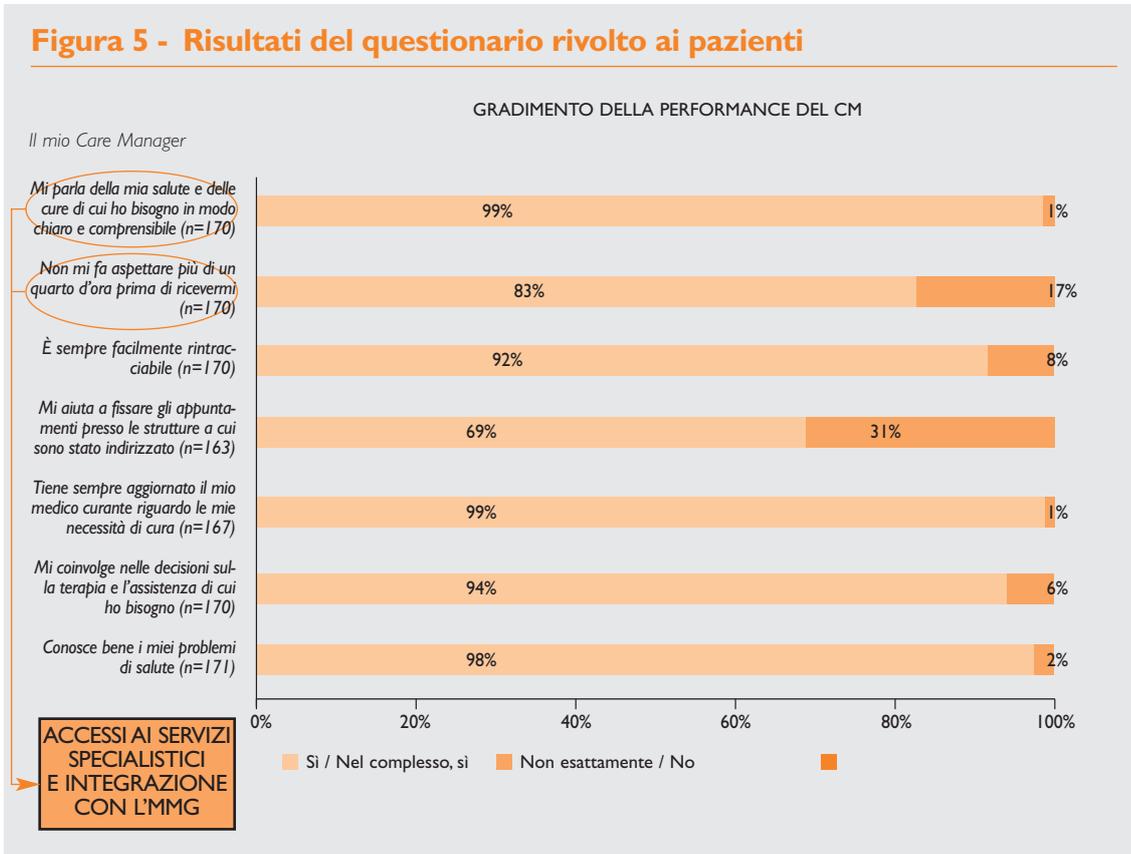
I *care manager* svolgono un ruolo attivo nel coordinamento dei servizi specialistici al fianco degli mmg e degli specialisti (Figg. 5 e 6):

- il 99% dei pazienti segnala che il *care manager* tiene sempre aggiornato il medico curante riguardo le necessità di cura;
- l'83% dei pazienti riferisce che il *care manager* aiuta a fissare gli appuntamenti presso le strutture prescelte;
- il 92% dei pazienti si dichiara soddisfatto di come il *care manager* e il medico curante lavorano insieme per aiutarlo a gestire la malattia.

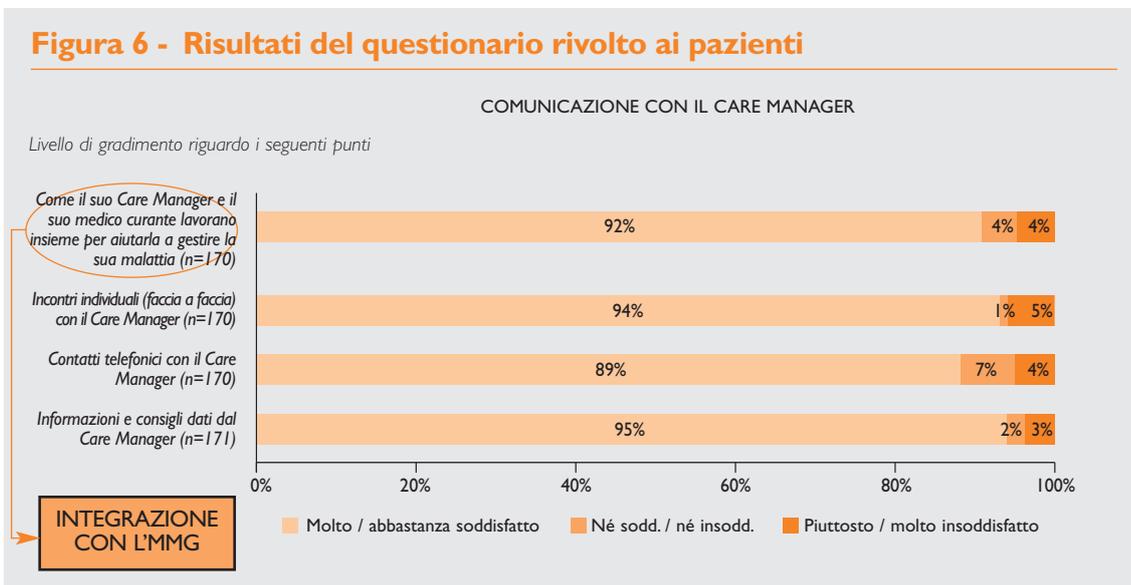
**Figura 4 - Risultati del questionario rivolto ai pazienti**



**Figura 5 - Risultati del questionario rivolto ai pazienti**



**Figura 6 - Risultati del questionario rivolto ai pazienti**



È emerso dal Questionario somministrato ai pazienti, in conclusione, un elevato grado di soddisfazione rispetto al Progetto e ai CM (Fig. 7):

- il 96% è soddisfatto o molto soddisfatto del proprio *care manager*;
- il 92% è soddisfatto o molto soddisfatto del Programma nel suo complesso;
- il 95% consiglierebbe il Programma a un familiare o amico.

**Percezione dei Care Manager:** anche ai CM è stato chiesto di rispondere ad un questionario per valutare in che modo, secondo la loro percezione, il modello assistenziale impattasse sui pazienti e per misurare la propria soddisfazione professionale. Come si può rilevare dalla figura 8, in base a ciò che i CM percepiscono, vengono ampiamente confermati i dati di soddisfazione espressi dai pazienti. In particolare, il 100% dei CM dichiarano che il modello influisce positiva-

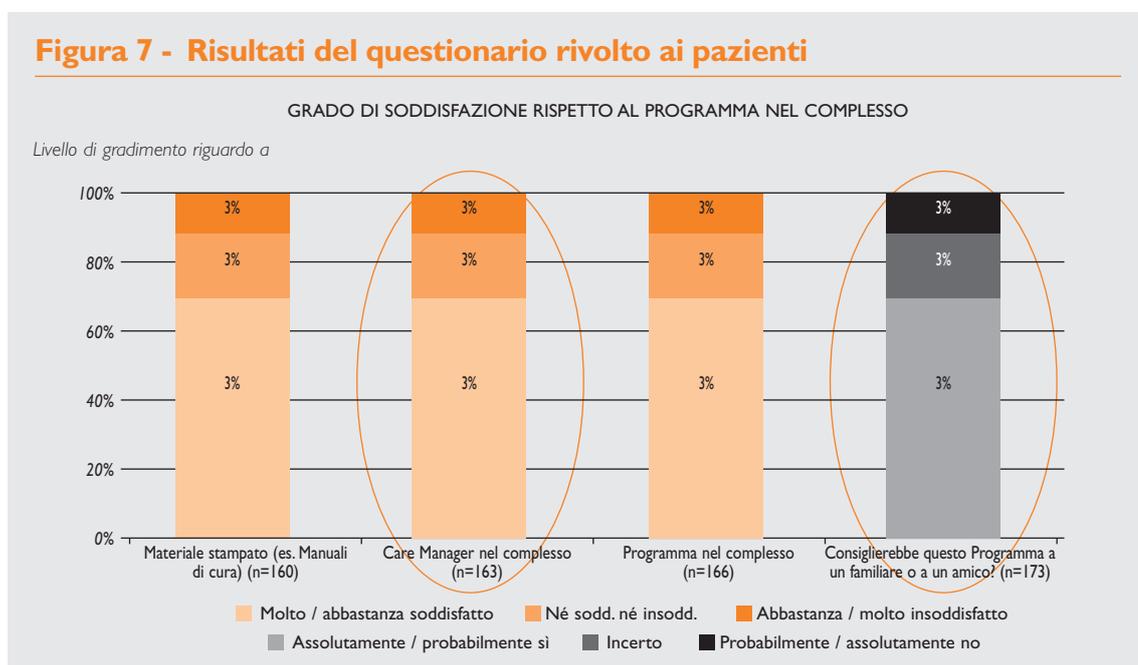
mente sui pazienti sia per gli stili di vita che per l'abilità nell'autogestione della malattia.

In relazione alla propria soddisfazione, i CM esprimono altissime percentuali riguardo al proprio ruolo nel Progetto, al lavoro con i pazienti per migliorare la loro salute e, in genere, su tutti gli altri aspetti che caratterizzano questa nuova professionalità dell'infermiere (Fig. 9).

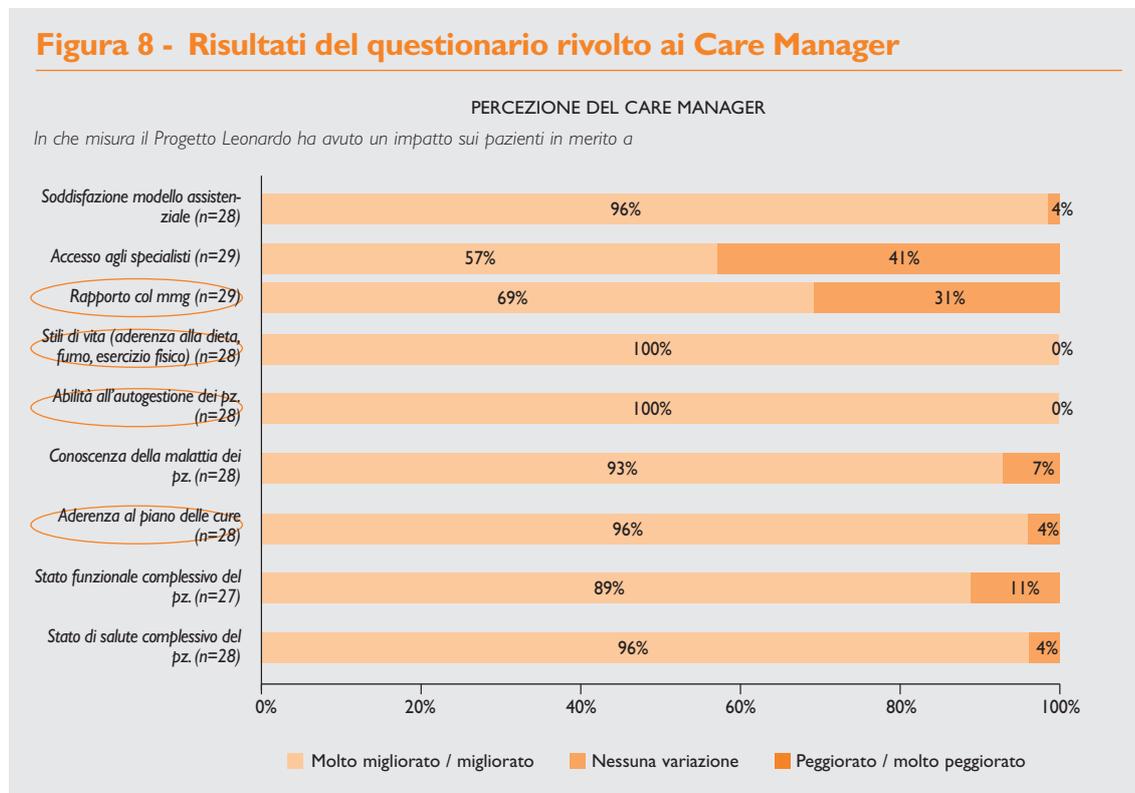
I CM raccomanderebbero questo modello di assistenza ad altri pazienti (100%) e anche ad altri loro colleghi (97%).

**Percezione dei mmg:** come ai CM, anche ai mmg è stato somministrato un questionario, da cui risulta che un'altissima percentuale considera migliorata la qualità dell'assistenza e del tempo trascorso con i pazienti, che aderiscono in maggior misura ai piani di cura proposti. L'85% dichiara che è anche migliorata la relazione con i propri pazienti (Fig. 10).

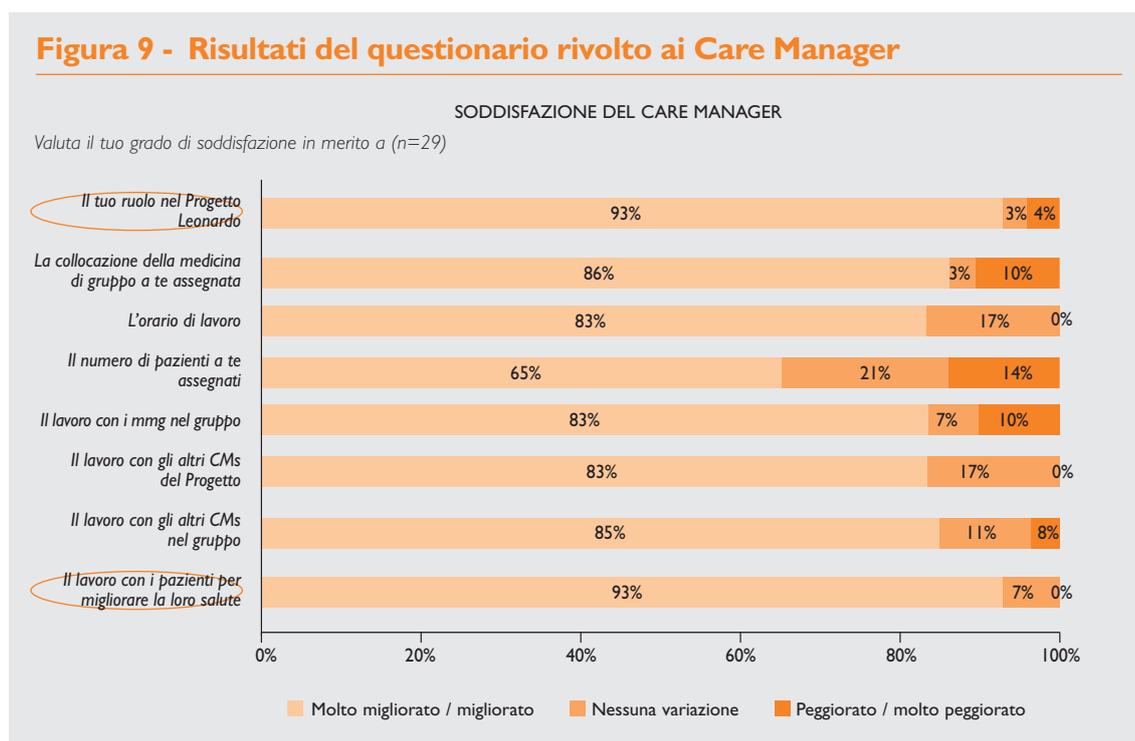
Figura 7 - Risultati del questionario rivolto ai pazienti



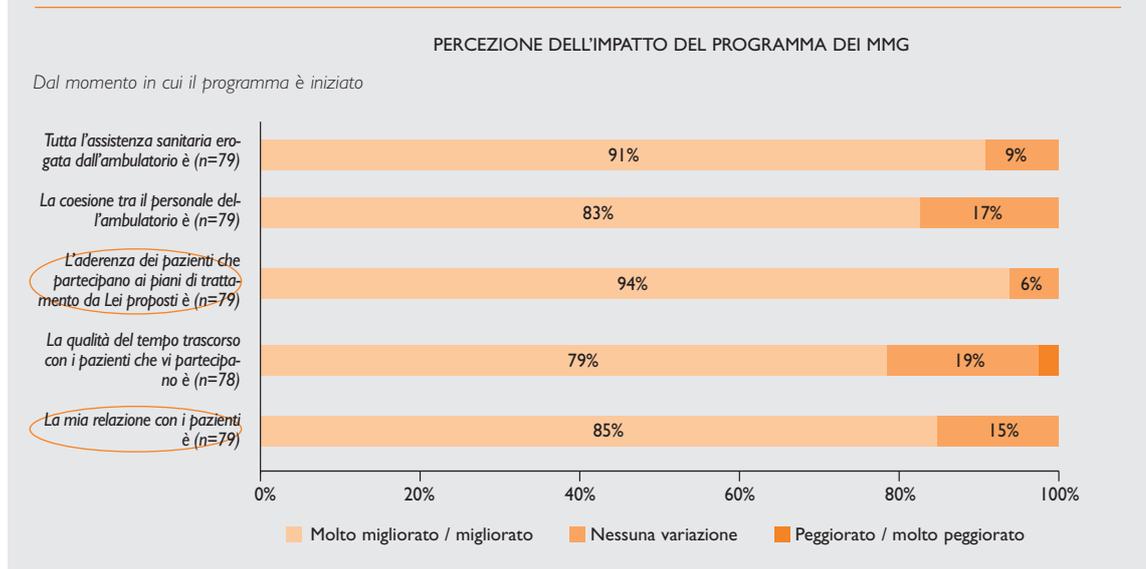
**Figura 8 - Risultati del questionario rivolto ai Care Manager**



**Figura 9 - Risultati del questionario rivolto ai Care Manager**



**Figura 10 - Risultati del questionario rivolto ai medici di medicina generale**



**RISULTATI PRELIMINARI RELATIVI AGLI STILI DI VITA, ALL'ADESIONE AI PROTOCOLLI D'ASSISTENZA E AI VALORI CLINICI**

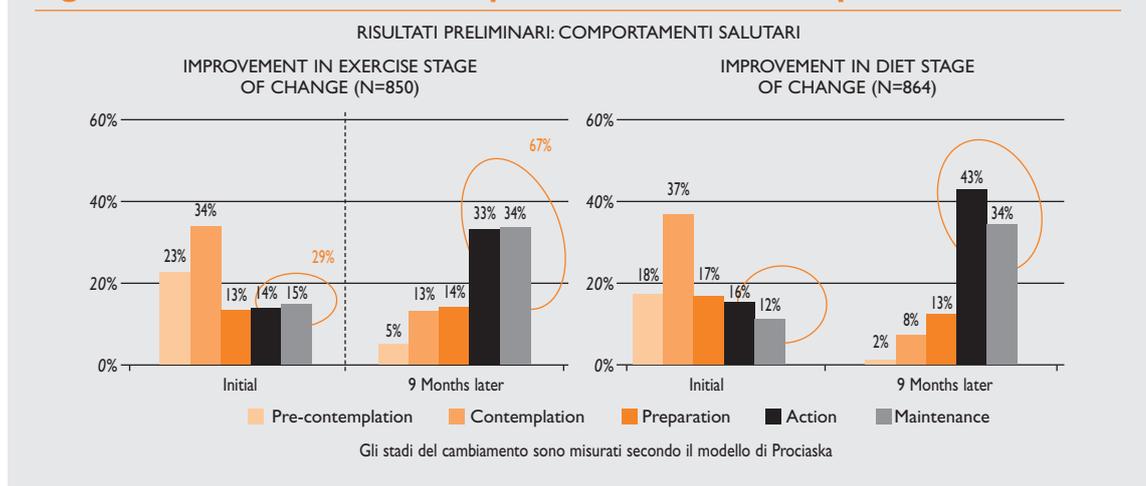
**Stadio del cambiamento – Dieta e Attività Fisica:** Dopo circa 9 mesi di *follow-up*, si osserva che i pazienti partecipanti al Progetto Leonardo stanno introducendo positivi cambiamenti degli stili di vita con riferimento alla dieta e all'attività fisica (fig. 11).

Nel campione di 850 pazienti, in fase di valu-

tazione iniziale, solo il 29% dei pazienti era collocabile nello stadio d'azione o mantenimento per quanto riguarda l'attività fisica. Al *follow-up*, il 67% dei pazienti risulta in tali stadi, a suggerire che l'attività fisica si annovera ormai tra le scelte di vita adottate.

Appena il 28% dei pazienti (in un campione di 864) si atteneva a una dieta sana all'atto della valutazione iniziale; un dato che è salito al 77% nel *follow-up* a 9 mesi.

**Figura 11 - Risultati osservati dopo nove mesi di follow-up**



**Figura 12 - Risultati osservati dopo sei mesi**

RISULTATI PRELIMINARI: ADERENZA ALLE LINEE GUIDA

Misure di processo	MCV / Rischio	Diabete	SC
I PA negli ultimi 6 mesi	94%	94%	95%
I Colesterolo totale negli ultimi 12 mesi	89%	94%	95%
I BMI negli ultimi 6 mesi	91%	91%	91%
I circonferenza vita negli ultimi 6 mesi	89%	89%	90%
Vaccino influenza negli ultimi 12 mesi	87%	87%	90%
Vaccino pneumococco negli ultimi 12 mesi	96%	96%	97%
I Screening depressione in 12 mesi	95%	95%	95%
I HbAC negli ultimi 6 mesi	n/a	81%	n/a
I microalbuminuria negli ultimi 12 mesi	n/a	73%	n/a
I esame del piede negli ultimi 12 mesi	n/a	94%	n/a
I fundus oculi negli ultimi 12 mesi	n/a	82%	n/a

Percentuale di rispetto dei controlli programmati in base ai Protocolli di assistenza

**Adesione alle Linee Guida e Protocolli:**

Per tutti i pazienti sono stati programmati ed eseguiti i controlli previsti dal protocollo di assistenza, secondo percentuali di adesione assai elevate in tutti i gruppi di patologie, come evidenziato dalla figura 12.

**Risultati clinici preliminari:**

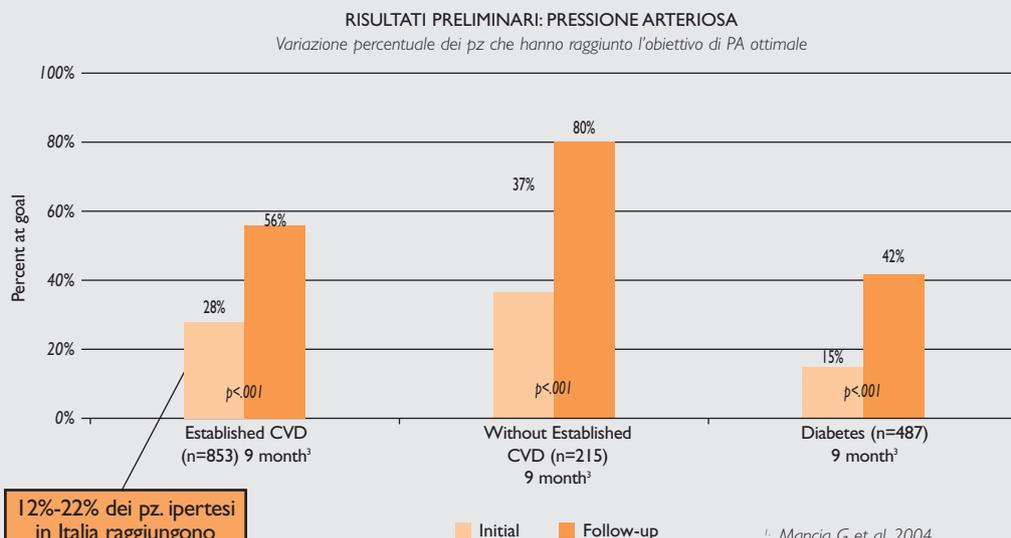
Nonostante l'obiettivo della sperimentazione sia stato quello di testare la fattibilità e la sostenibilità di un modello di cure primarie e sebbene sia prematuro

poter ricavare dati conclusivi in relazione all'efficacia terapeutica sui risultati clinici, tuttavia si segnalano alcuni rilievi assai interessanti e significativi dopo 9 mesi di follow-up, sia per la variazione della quota dei pazienti con valori pressori ottimali (Fig. 13), sia per la variazione della quota dei pazienti con valori ottimali di colesterolemia totale (Fig. 14).

**CONSIDERAZIONI FINALI**

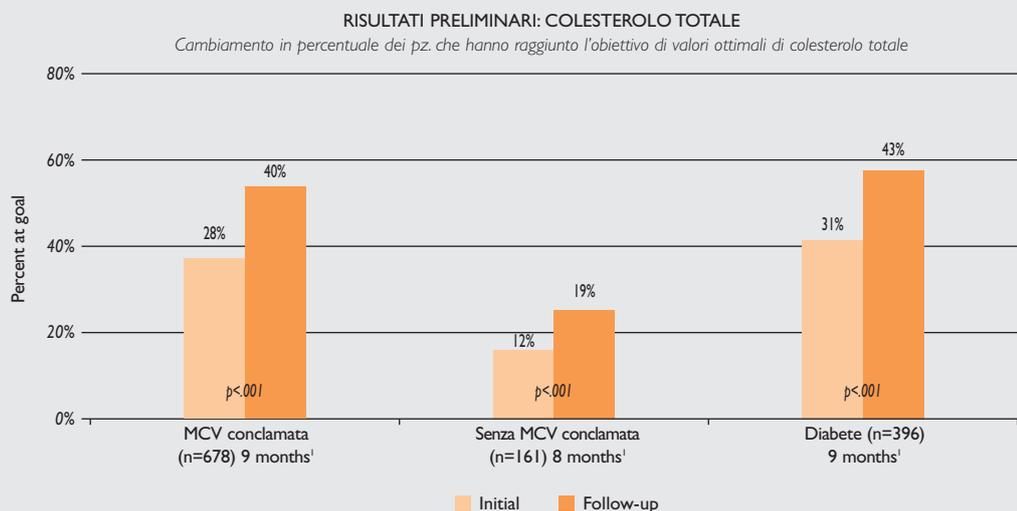
I risultati finali non sono ancora disponibili

**Figura 13 - Dati osservati di variazione del controllo pressorio**



<sup>1</sup> Mancia G et al. 2004  
<sup>2</sup> Esposti ED et al. 2004  
<sup>3</sup> Mesi tra la valutazione iniziale e l'ultima

Figura 14 - Dati osservati di variazione della colesterolemia



¹ N. di mesi tra la valutazione iniziale e l'ultima

li, tuttavia è possibile valutare quanto è stato conseguito ad oggi, con particolare riferimento all'indagine sul gradimento, emerso dal questionario somministrato ai partecipanti, che si è rivelata molto incoraggiante. In generale si registra un elevato grado di soddisfazione rispetto al Progetto e al ruolo di questa nuova figura di *Care Manager* ed un rafforzato rapporto tra paziente e mmg, come emerge dalle risposte fornite da tutti gli attori coinvolti (mmg, infermieri e pazienti). I *Care Manager* svolgono un ruolo attivo nel coordinamento dei servizi specialistici al fianco dei mmg e degli Specialisti.

I pazienti segnalano un miglioramento dello stato di salute generale e delle abilità funzionali e si osserva un andamento positivo degli esiti di salute dei pazienti, con un incremento assai significativo di quelli in cui migliora il controllo della pressione arteriosa e/o della malattia diabetica. Migliora decisamente la percentuale di soggetti che adottano stabilmente stili di vita salutari, ri-

spetto al fumo, alle abitudini alimentari e al movimento fisico.

Si mostra fattibile l'integrazione dei *Care Manager* nelle Medicine di Gruppo, smentendo una delle preoccupazioni che inizialmente si nutrivano rispetto all'accettazione di questa nuova figura da parte del medico di medicina generale, che poteva temere una sorta di intrusione nel rapporto di fiducia col proprio assistito.

È stato fornito un valido supporto comunicativo al Progetto: sono stati accettati 12 abstract e comunicazioni in congressi internazionali e 19 in quelli nazionali, molti articoli sono apparsi su quotidiani e sono state organizzate oltre 10 partecipazioni radiofoniche e televisive.

È stato attribuito un importante riconoscimento al Forum PA 2007 con il conferimento del 1° premio assoluto per i progetti della categoria "Educare alla salute".

L'analisi preliminare dei dati di operatività del progetto sta consentendo di iniziare ad evidenziare i vantaggi che questo nuovo modello sanitario

può garantire a tutti gli attori del sistema sanitario. Primo fra tutti il paziente che, attraverso l'affiancamento e il *coaching* continuo del *Care Manager*, ha la possibilità di sentirsi per la prima volta parte attiva del proprio processo di cura e di contribuire

direttamente al miglioramento dei risultati delle cure e della qualità della propria vita. Un modello che, in linea con le esigenze delle pubbliche amministrazioni locali, è volto all'ottimizzazione di tempi e risorse a vantaggio del benessere del paziente.

### PROGETTO LEONARDO IN PUGLIA

#### Coordinamento regionale

Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia

Direttore generale: dott. Mario Morlacco

Responsabile di Progetto: dott. Ambrogio Aquilino

Collaboratori: dr.ssa Francesca Avolio, dr.ssa Francesca Cannistrà, dott. Cataldo Leone, dr.ssa Daniela Salvante

#### Coordinamento locale

A. S. L. di Lecce

Direttore generale: dott. Rodolfo Rollo

Coordinatore: dott. Ernesto Mola

Per informazioni: [a.aquilino@arespuglia.it](mailto:a.aquilino@arespuglia.it) - [ernemol@tin.it](mailto:ernemol@tin.it)

# Progetto Ragusa: un modello innovativo di assistenza primaria in Sicilia

di **Carmelo Mandarà\*** e **Salvatore Brugaletta\*\***

\* Direttore Dipartimento Integrazione Socio Sanitaria

\*\*Direttore Distretto Ragusa

94

monitor

**I**l Progetto Ragusa nasce dalla constatazione che il governo della sanità non si può limitare al semplice controllo dell'offerta, ma deve partire dal governo della domanda per la gestione della cronicità, adottando, inoltre, strategie assistenziali mirate al mantenimento di salute della popolazione (medicina di iniziativa).

In base a questa convinzione, dal momento che il Progetto Ragusa si proponeva di realizzare l'efficacia negli interventi sanitari, nonché di ottimizzare l'uso delle risorse, si è ritenuto necessario, in via preliminare, porre come condizione indispensabile del Progetto quella di attivare un processo di progressiva responsabilizzazione del medico di medicina generale sugli obiettivi di tutela della salute del cittadino. Si considera indispensabile, infatti, che il medico di medicina generale acquisisca la consapevolezza della centralità del proprio ruolo, acquisendo gli strumenti formativi e operativi necessari all'espletamento delle sue delicatissime funzioni, per poter divenire a pieno titolo garante e gestore della salute globale del cittadino nel territorio.

## **PROGETTO RAGUSA 1ª FASE (1995/1998)**

### **FORMAZIONE INTERATTIVA PER 35 MEDICI MASSIMALISTI**

Il Progetto si comincia a delineare fin dal 1996, epoca in cui la condizione generale dei medici di medicina generale era caratterizzata da:

- a) scarsa informatizzazione;
- b) nessuna forma di associazionismo e conseguente isolamento professionale;
- c) nessuna attenzione da parte delle AUSL alla formazione del medico di medicina generale, che restava monopolio delle ditte farmaceutiche.

In questa situazione si decise di organizzare, in collaborazione con l'Università di Messina, un corso di formazione in farmaco-economia riservato a 35

medici massimalisti che assistevano circa 55.000 pazienti sui 303.000 abitanti della provincia di Ragusa.

Il corso aveva durata triennale (un sabato al mese) e si basava sulla creazione di una banca dati, costituita dai dati prescrittivi corredati da diagnosi, messa a disposizione dai medici di medicina generale partecipanti al corso.

Le lezioni vertevano sull'analisi delle modalità di prescrizione utilizzate dagli stessi medici con l'obiettivo di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi, migliorandone la qualità secondo quanto previsto dalla *evidence based medicine*.

Al termine del corso si poté valutare in che misura si fossero modificati i comportamenti prescrittivi adeguandoli alle linee guida nazionali e ottenendo inoltre un contenimento della spesa farmaceutica dei medici partecipanti rispetto ad un gruppo controllo.

Ma la cosa più importante è che si cominciò a rompere l'isolamento dei medici che presero a discutere, parlare, confrontarsi gettando così le basi per ulteriori interventi.

### **PROGETTO RAGUSA 2 (1998-2004) FORMAZIONE INTERATTIVA PER TUTTI I MMG E COSTRUZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI**

Sostanzialmente nella seconda fase del progetto si ebbe una riedizione del primo progetto, ma con un allargato numero di partecipanti, 202 medici, pari all'85% dei medici di medicina generale dell'Azienda.

Tutti i medici fornirono per via informatica attraverso un sistema intranet tutti i propri dati prescrittivi, comprensivi di diagnosi, a un server centrale dell'AUSL. Ai medici partecipanti furono forniti mensilmente dei report riguardanti i dati prescrittivi sulla tipologia e sul costo dei far-

maci relativi al singolo medico e alla propria associazione, raffrontati con i dati prescrittivi del Comune, del Distretto e della Provincia. I report servivano alle singole associazioni per valutare il grado di adesione alle linee guida e le cause di eventuali scostamenti.

Come risultato, fu possibile verificare una forte riduzione della variabilità prescrittiva, una maggiore adesione ai canoni della *evidence based medicine* e si ottenne, contestualmente, una forte riduzione della spesa farmaceutica pro-capite provinciale, rispetto alla media regionale siciliana, con il passaggio della provincia di Ragusa dal terzo al penultimo posto.

Nel 2003 e nel 2004 si è attuata un'ulteriore evoluzione del progetto con l'elaborazione e l'implementazione di quattro protocolli diagnostico-terapeutici per le patologie più importanti sia dal punto di vista epidemiologico che di assorbimento di risorse:

- 1) malattie acido correlate;
- 2) artropatie;
- 3) diabete mellito;
- 4) ipertensione arteriosa.

Tali percorsi sono stati elaborati in modo integrato tra specialisti ospedalieri e medici di medicina generale.

Per ogni percorso hanno lavorato un medico di medicina generale per distretto e lo specialista ospedaliero di riferimento per un totale di sei medici per percorso.

I protocolli sono stati discussi e modificati in seguito ad incontri all'interno dei distretti con tutti i medici. Successivamente i protocolli sono stati rivisti con una personalità scientifica di livello nazionale.

I protocolli sono stati pubblicati e distribuiti a tutti i prescrittori del Ssn della provincia di Ragusa.

### PROGETTO RAGUSA 3 (2005-2006) FORMAZIONE INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO

Nel 2005 si è fatto un ulteriore passo avanti con la decisione di trasferire l'esperienza acquisita nel territorio puntando ad una formazione integrata che coinvolgesse a livello distrettuale sia i medici del territorio (medici di medicina generale, medici della continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali) che gli specialisti ospedalieri di riferimento.

L'obiettivo del Progetto nel 2005 è stato quello di utilizzare la formazione come strumento di integrazione fra Ospedale e Territorio, mettendo direttamente a contatto i medici del territorio con gli specialisti e i reparti di riferimento a livello distrettuale.

A tale scopo sono state scelte cinque grandi patologie:

- 1) le cardiopatie critiche
- 2) le Bpco
- 3) le epatopatie
- 4) le tireopatie
- 5) le malattie oncologiche.

La formazione è avvenuta utilizzando il metodo interattivo con la creazione di gruppi di lavoro misti costituiti da Medici di medicina generale, specialisti territoriali e specialisti ospedalieri dei Presidi della AUSL7 e dell'Azienda Ospedaliera di Ragusa.

Si sono così potuti consolidare i risultati raggiunti negli anni precedenti, ottenendo:

- a) un'ulteriore diminuzione della spesa farmaceutica pro-capite provinciale che si è assestata all'ultimo posto in Sicilia;
- b) un notevole miglioramento della qualità prescrittiva;
- c) un forte incremento del livello di integrazione fra specialisti ospedalieri e medici del territorio.

### PROGETTO RAGUSA 4 (2007-2008) PRENOTAZIONI PER PRIORITÀ CLINICA (RAO)

Alla luce dei risultati raggiunti nel campo delle prescrizioni farmaceutiche nell'anno 2007, il Progetto è stato orientato ad affrontare la complessa problematica delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche, in considerazione del fatto che la risposta ottimale alla problematica delle liste di attesa rimane l'appropriatezza prescrittiva unita a un'offerta commisurata.

Si è deciso pertanto di:

- a) rafforzare il ruolo del medico di medicina generale e responsabilizzarlo sulle liste di attesa;
- b) responsabilizzare gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri sulle liste di attesa;
- d) razionalizzare il sistema di prenotazioni;
- c) produrre e applicare i protocolli diagnostico-terapeutici.

Nell'ambito di un accordo con i medici di medicina generale, i medici si sono impegnati a:

- 1) stabilire una scala di priorità sulle prestazioni richieste (stratificazione della domanda per priorità);
- 2) eliminare le richieste inappropriate di visite specialistiche e della diagnostica per immagini, al momento sovradimensionata.

In considerazione del fatto che la stratificazione della domanda per priorità si basa su criteri di priorità clinica, sono stati predisposti da apposite Commissioni formate da medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali e specialisti dei presidi ospedalieri dell'AUSL 7 e dell'Azienda Ospedaliera, specifici protocolli per l'individuazione dei tempi tecnici di attesa appropriati da associare alle prestazioni specialistiche per le singole patologie (protocolli RAO).

Tali protocolli sono stati discussi, condivisi e validati nel corso di incontri distrettuali cui hanno partecipato tutti i medici di medicina generale, i medici di Continuità Assistenziale, gli specialisti ospedalieri e gli specialisti ambulatoriali territoriali.

I protocolli RAO sono stati pubblicati e distribuiti a tutti i medici prescrittori ed erogatori di prestazioni specialistiche.

L'adozione di criteri condivisi sulla prescrizione di prestazioni specialistiche ha comportato un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e un'ottimizzazione nel consumo delle risorse.

### **MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA ORGANIZZATIVO E INFORMATICO DEL CUP**

Sono state realizzate apposite procedure per migliorare l'efficienza dei Cup: è stato potenziato il sistema di prenotazione telefonico, realiz-

zando anche un call center per migliorare la fruibilità del servizio da parte dell'utenza; sono state modificate le agende al fine di realizzare prenotazioni per fasce orarie dedicate a prestazioni urgenti, brevi, differibili, programmabili, nonché spazi dedicati alle prenotazioni stabilite dallo specialista di ambulatorio.

La prescrizione delle prestazioni specialistiche e la relativa prenotazione secondo criteri di priorità clinica hanno avuto inizio il primo luglio del 2007.

Il sistema informatico di prenotazione consente che il medico di medicina generale effettui direttamente dal proprio studio le prenotazioni applicando i criteri di priorità concordati. Gli specialisti sono coinvolti nel monitoraggio e inviano ai Distretti un apposito report contenente una valutazione sull'appropriatezza prescrittiva correlata alla scala di priorità.

## Lavori in corso in Agenzia

98

monitor

### CURE PRIMARIE

In ambito di sanità pubblica, negli ultimi anni è divenuto sempre più consistente l'interesse riposto nei confronti dello sviluppo dell'assistenza territoriale in generale e delle cure primarie in particolare. A partire dal Piano sanitario nazionale 2003-2005, che includeva tra le 10 priorità per le strategie del cambiamento l'obiettivo di *"promuovere il territorio come prima sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari"* e, successivamente, attraverso l'intesa raggiunta tra il Ministero della Salute e le Regioni nel Forum Sanità Futura di Cernobbio ad aprile 2004, le istituzioni hanno imposto carattere di urgenza alle sperimentazioni di forme innovative di assistenza primaria attraverso l'integrazione di diverse figure professionali del territorio.

In seguito a questi principali atti d'indirizzo, le cure primarie sono state oggetto di un interesse crescente, individuate come unica possibile soluzione rispetto alla complessa problematica del riequilibrio ospedale-territorio, hanno mantenuto un ruolo di assoluta rilevanza nelle indicazioni del recente PSN 2006-2008, nonché nel Patto della Salute dove viene rimarcata con forza l'impellenza di *sviluppare la deospedalizzazione*, rafforzare il Distretto e rimodulare l'allocazione delle risorse sanitarie affinché vengano privilegiati i Livelli essenziali di assistenza distrettuale rispetto ai Lea ospedalieri.

Con questi presupposti è evidente che in molte realtà regionali siano state avviate sperimentazioni di modelli assistenziali innovativi finalizzati a rispondere ai più complessi bisogni di salute, essenzialmente attraverso l'implementazione di forme di associazionismo multidisciplinare e interprofessionale. Le esperienze realizzate a titolo sperimentale sono innumerevoli, spaziano dalla costituzione di equippe multi disciplinari, alle Unità Territoriali di assistenza primaria, allo sviluppo di nuclei di cure primarie, sino ad arrivare all'attuazione delle "Case della Salute".

In questo contesto, ampio ed eterogeneo, di sperimentazioni che avvengono su tutto il territorio nazionale, l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali ha attivato una serie di tavoli di lavoro e di ricerca con l'intento di monitorare, valutare e confrontare l'esistente. La sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari del-

l'Agenzia ha avviato già dallo scorso anno un progetto di ricerca corrente denominato "Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni", in collaborazione con esperti indicati da diverse Regioni (Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Campania e Sicilia) e con la partecipazione della Federazione italiana medici di famiglia (Fimmg). Obiettivo della ricerca è poter disporre di un quadro generale delle esperienze regionali innovative di associazionismo medico in Italia e di presentare, in accordo con le Regioni partecipanti, proposte operative che evidenzino le criticità e il potenziale intrinseco dei differenti modelli di assistenza primaria testati sul campo.

Il gruppo di lavoro ha concordato una griglia di rilevazione, elaborata sulla base di elementi confrontabili, per effettuare una prima ricognizione riguardo agli aspetti organizzativi delle cure primarie; attualmente è in atto la raccolta dei dati che consentirà l'analisi delle sperimentazioni avviate nelle Regioni partecipanti (Case della salute, Nuclei di cure primarie, Equipe territoriali, ecc.) e delle modalità per garantire la loro integrazione nel Distretto (governance aziendale-distrettuale). Oltre ai *modelli organizzativi*, verranno approfonditi successivamente gli aspetti concernenti i *modelli assistenziali* delle cure primarie, in particolare sotto il profilo della persona assistita (promozione della salute – medicina d'iniziativa; gestione del paziente cronico – percorsi assistenziali; valutazione di *output* ed equità nell'accesso), con definizione di strumenti di misura della qualità dei servizi e delle attività delle forme organizzative delle cure primarie nel territorio, nonché di proposte per il miglioramento dei servizi. Il progetto di ricerca si concluderà con la stesura di un report finale, che sarà presentato pubblicamente, entro la fine di quest'anno.

In virtù dell'attualità, della rilevanza e della complessità insite nell'argomento delle cure primarie, ulteriori ricerche e approfondimenti sul tema sono attualmente in fase di elaborazione presso l'Agenzia.

### RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE

Con la nascita dell'Osservatorio Buone Pratiche, l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali ha iniziato il percorso indicato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni e Province Autonome con la Delibera del 20 settembre 2007. Nell'atto di indirizzo della Conferenza si attribuisce all'Agenzia, tra l'altro, il compito di intraprendere iniziative in materia di gestione del rischio e sicurezza del paziente mirate a favorire la condivisione e la conoscenza dei problemi, delle esperienze e delle soluzioni e volte a implementare e monitorare sul territorio nazionale le buone pratiche per la sicurezza del paziente, quali attività di supporto al Ministero della Salute e alle Regioni.

In base agli indirizzi della Conferenza Stato-Regioni e in piena sintonia con il concetto di *shared learning* utilizzato dal NICE (National Institute for Clinical Excellence) che consiste nel definire l'approccio alle esperienze locali di successo quale parte di una più ampia strategia di "apprendimento condiviso", l'Agenzia ha promosso l'iniziativa "*Call for good practice*".

Il progetto coinvolge tutte le strutture del Ssn che intendono presentare le esperienze realizzate nell'ambito della gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente, a condizione che esse siano fondate sulla base delle evidenze della letteratura scientifica, che siano state implementate a diversi livelli (regionale, aziendale o di unità di produzione) e che possano essere valutate ed even-

tualmente riprodotte.

Gli operatori delle strutture del Servizio sanitario possono scaricare una scheda di rilevazione dal sito web dell'Agenzia ([www.assr.it](http://www.assr.it)) nella quale segnalare esperienze già realizzate.

Gli Assessorati alla sanità delle Regioni e delle Province Autonome sono parte attiva dell'iniziativa, coordinano il progetto e si occupano della raccolta delle schede, operando una prima selezione delle esperienze segnalate.

La sezione Qualità e Accreditamento dell'Agenzia, ricevute le schede e verificata la rispondenza alle caratteristiche indicate nel progetto, pubblicherà i dati in un archivio consultabile in un'apposita sezione del sito dell'Agenzia; eventuali esperienze di trasferimento e diffusione della buona pratica costituiranno ulteriore elemento di merito e saranno oggetto di specifica segnalazione all'interno della banca dati on-line.

"*Call for good practice*" è un'iniziativa che si propone di facilitare lo scambio come elemento di condivisione, per permettere di "imparare" dalle esperienze altrui e "migliorare" i propri servizi e, allo stesso tempo, intende informare il cittadino circa le iniziative, valide e di qualità, attivate sul territorio nazionale.

Le conclusioni del progetto saranno presentate nel corso di un convegno dedicato alle "buone pratiche per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente", che sarà organizzato dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali entro il mese di dicembre dell'anno in corso.

#### HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

La promozione e il supporto alle Regioni nell'ambito dell'Health Technology Assessment rappresenta uno dei nuovi indirizzi per le attività dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regio-

nali attribuiti dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni. Come è stato evidenziato nel Piano Sanitario Nazionale 2006/2008, "*La valutazione delle tecnologie sanitarie – Health Technology Assessment (HTA) – ha l'obiettivo di informare coloro che devono prendere le decisioni sulla scelta di tecnologie, usando le migliori evidenze scientifiche sull'impatto e le implicazioni mediche, sociali, economiche ed etiche degli investimenti in sanità*".

In base all'accordo di collaborazione stipulato fra l'Agenzia e il Ministero della Salute nel maggio del 2007, che affidava all'Agenzia la realizzazione di tre documenti di HTA su altrettante tipologie di dispositivi medici (diagnostici in vitro, dispositivi impiantabili, dispositivi per la diagnostica d'immagine), la sezione Innovazione Sperimentazione e Sviluppo dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ha avviato le attività valutative e presentato due poster ed una comunicazione al I Congresso Nazionale della Società italiana di Health Technology Assessment (SIHTA), tenutosi a Roma l'8 e il 9 febbraio.

La comunicazione ha avuto come tema l'esperienza in corso relativa alla valutazione della Video Capsula Endoscopica (VCE), una delle tecnologie di recente introduzione che permette di raggiungere e visualizzare tratti dell'intestino tenue non raggiungibili con l'endoscopia tradizionale. È in produzione un *HTA report* per il contesto italiano nel quale, attraverso la revisione sistematica della letteratura scientifica e la raccolta di dati su volumi di utilizzo, appropriatezza e costi, si intende valutare diversi aspetti legati all'utilizzo della VCE, quali l'efficacia diagnostica, la sicurezza, l'impatto economico e l'accettabilità da parte del paziente.

I due poster presentati al Congresso della SIHTA propongono la sintetica rappresentazione dei lavori preliminari realizzati sull'utilizzo dei test

rapidi per l'influenza (TRI) e sulla valutazione sull'efficacia dell'impianto di protesi d'anca.

Nel caso dei TRI, il documento di HTA (*HTA report*) basato sulle evidenze scientifiche dell'accuratezza diagnostica, dei possibili danni e della valutazione economica sull'uso dei TRI nel contesto nazionale, si pone l'obiettivo di comparare le caratteristiche tecniche e l'utilizzo nei periodi di media/alta circolazione virale.

Nel secondo poster, partendo da una ricogni-

zione delle diverse tipologie delle protesi d'anca impiegate nella pratica chirurgica italiana, valutando l'efficacia dell'impianto e integrando i dati riferiti ai modelli più utilizzati, ci si propone di aggiornare la revisione sistematica sull'affidabilità degli impianti di protesi d'anca (Piano Nazionale Linee Guida 2004 n. 8).

Le presentazioni di cui sopra sono disponibili sul sito [www.assr.it](http://www.assr.it) alla voce Innovazione Sperimentazione e Sviluppo.