
ESPERIENZE
DI ASSISTENZA
PRIMARIA

LE UNITÀ TERRITORIALI DI ASSISTENZA PRIMARIA (UTAP)

a cura di Luigi Covolo

Coordinatore nazionale SISAC – Struttura Interregionale Sanità Convenzionata

124

i Supplementi di **monitor**

La programmazione sanitaria nazionale e regionale contiene da sempre l'obiettivo di potenziare l'insieme dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

La situazione attuale porta a rilevare questo obiettivo come improcrastinabile, quasi come l'ago della bilancia per la stessa presenza di un sistema di "welfare" nel settore sanitario e sociale. Crescono i costi del sistema sanitario, cresce il bisogno di salute, sia nell'aspetto positivo di un Paese ad elevato sviluppo che guarda ad una buona qualità della vita, sia nell'aspetto allarmante di una popolazione che unisce, all'elevato invecchiamento, la crescita delle patologie croniche e degenerative con grave rischio di emarginazione delle persone più fragili.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 riafferma l'obiettivo di creare un sistema di servizi sul territorio, con una prospettiva nuova: necessità di governare i percorsi di cura, mirando da un lato ad una forte integrazione socio-sanitaria, dall'altro ad attivare processi di riorganizzazione delle cure primarie.

I diversi Accordi tra Stato e Regioni stipulati per dare attuazione al Piano Sanitario Nazionale (2 ottobre 2003, 24 luglio 2003, 10 dicembre 2003) hanno individuato la riorganizzazione delle cure primarie come una delle 5 "priorità di rilievo nazionale" che sono sostenute da finanziamenti ministeriali specifici, cui le Regioni possono accedere previa presentazione di appositi progetti. Nell'anno 2004, il 25% delle risorse destinate alla realizzazione di obiettivi prioritari indicati dal Pia-

no sono riservati alle Regioni per sostenere l'obiettivo "cure primarie".

L'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004 fornisce indicazioni orientative sui progetti, tra cui uno "Schema di riferimento per la costituzione di Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)". In questa sede le UTAP sono definite come "presidi integrati per le cure primarie, formati dall'associazione di più medici convenzionati (Medici di medicina generale; Medici di continuità assistenziale; pediatri di libera scelta; specialisti convenzionati) che operino in una sede unica garantendo un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e la specialistica e consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica di elezione".

Oltre ai medici, nella UTAP operano infermieri, personale di studio, amministrativo e di collaborazione in numero adeguato alle attività previste. La stessa intesa chiarisce che il processo di integrazione dei diversi attori coinvolti può avere carattere di gradualità, passando "da modelli caratterizzati dalla collaborazione e dall'integrazione professionale di medici di famiglia, medici di continuità assistenziale, pediatri di base, a modelli con partecipazione aggiuntiva di specialisti di varie specialità di base, di medici della dirigenza medica territoriale e di personale dell'assistenza infermieristica, fino a modelli socio-sanitari, che contemplino la presenza anche di operatori sociali e che strutturano l'intervento complesso delle ASL con gli Enti locali per la risposta integrata al bisogno sociale a elevata rilevanza sanitaria".

Le UTAP si iscrivono, pertanto, tra le forme evolute di associazionismo dei medici convenzionati; le Aziende Sanitarie possono, fermo restando il rapporto individuale di convenzione, dare contributi o mettere a disposizione una struttura per la sede UTAP.

Operano in aree territoriali omogenee per dare risposta di salute a circa 10-20.000 utenti (la dimensione dipende dalle scelte regionali in ragione delle specificità territoriali), con l'essenziale finalità di garantire la continuità assistenziale, condividere percorsi di cura e obiettivi di tutela della salute a favore dei cittadini. In forme più ampie, possono anche erogare diverse tipologie di prestazioni, come attività specialistica e, soprattutto, particolari modalità di garanzia delle cure domiciliari.

La recente firma dell'accordo collettivo nazionale sulla medicina generale ha riattivato il dibattito attorno all'oggetto misterioso "UTAP", che è divenuto talora oggetto di opposizioni tenaci (si teme per il rapporto Medico di Medicina Generale-paziente; per il carico di lavoro; per il rapporto tra UTAP e Distretto), spesso scarsamente sostenute da un'attenta analisi dei provvedimenti di riferimento.

Va detto che l'UTAP non è tuttora un modello del tutto definito: è un progetto da sperimentare sul territorio, che trae origine da diverse esperienze internazionali, dalle esperienze di forme evolute di associazionismo della medicina generale, dalla necessità di offrire risposte integrate nell'assistenza primaria ai cittadini.

L'accordo ha il merito di porsi in piena coerenza con le scelte prioritarie del Piano Sanitario Nazionale, laddove afferma la necessità di operare un riequilibrio ospedale-territorio, ma ancor più laddove afferma che l'ospedale deve arrivare ad essere il terminale del territorio che si organizza per rispondere ad una domanda di salute e non il suo contrario.

Si prevede un sistema ospedaliero particolarmente attrezzato per interventi rilevanti dal punto di vista della gravità, in una logica di appro-

priatezza nell'utilizzo di queste strutture e un sistema territoriale capace di essere sede di intercettazione della domanda di salute, di dare le risposte adeguate e di governare gli eventuali percorsi di salute.

Condividendo queste linee di fondo, l'accordo prevede il potenziamento di diverse forme evolute di associazionismo della medicina di famiglia, come strumento fondamentale per migliorare l'assistenza e realizzare obiettivi di tutela della salute condivisi con il distretto. L'accordo prevede, in quest'ambito, la possibilità di costituire le UTAP (art. 6 punto b); la scelta operativa spetta alle Regioni attraverso precise intese con le OO.SS. (Organizzazioni Sindacali), rientrando la materia dell'organizzazione dei servizi sanitari nella competenza regionale ai sensi dell'art. 117 della Costituzione nel testo modificato dalla Legge costituzionale n. 3 del 2001.

La costituzione delle UTAP intende ridurre il "fai da te", sostituendolo con una rete organizzata di servizi posti "vicino" al luogo di vita del cittadino, facilmente fruibili, offrendo risposte coordinate, con un sistema che favorisce l'appropriatezza degli interventi e dell'uso delle strutture.

Un processo che ha come protagonista il Medico di Medicina Generale, che costituisce da sempre il primo ed essenziale riferimento per il cittadino, guida e orientamento tra la complessità dei servizi, e mira a rafforzare il rapporto medico-paziente (la possibilità di essere sostituiti in caso di urgenza non smentisce, ma anzi rafforza questo rapporto); ad estendere nel territorio la risposta di salute, comprese le visite specialistiche; a ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso; a migliorare l'utilizzo delle risorse economiche; ad aumentare la produttività del sistema.

Come già evidenziato, a 26 anni dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, questa scelta diventa imperativa; l'invecchiamento della popolazione e l'aumento vertiginoso di patologie legate alla cosiddetta terza età obbligano a ripensare gli attuali schemi curativi e organizzativi. Per operare questa svolta non bastano provvedimenti am-

ministrativi; bisogna che nel territorio si determinino le condizioni perché queste prestazioni siano effettivamente garantite, perché sia data una risposta integrata ai bisogni di salute più complessi, occorre chiarire e condividere con i cittadini le modalità di cambiamento.

L'UTAP intende valorizzare e creare sinergie organizzative, garantire la continuità assistenziale 24 ore al giorno e sette giorni la settimana, consentire la condivisione di obiettivi di salute tra i diversi attori delle cure primarie, partendo dai protagonisti, ossia i medici di famiglia.

L'UTAP non è una struttura collettiva che in quanto tale si rapporta alle Aziende sanitarie. Infatti il rapporto tra medico e paziente deve rimanere fondato sulla fiducia individuale e il rapporto tra medico e Azienda sanitaria è e rimane individuale. Le strutture UTAP devono essere il frutto di una intesa tra medici e strumenti di supporto all'attività dei medici stessi. Devono essere organizzate e gestite dai medici.

Nell'intesa Stato-Regioni del 29 luglio scorso si è riaffermato che "sede unica" non vuol dire costituire un unico organico, bensì organizzare in un'unica sede l'attività dei singoli studi medici che, sintonizzando i rispettivi orari di apertura, coprono l'intero arco della giornata. In modo analogo, va organizzata la presenza di medici di continuità assistenziale che coprono nella sede unica le altre ore notturne e diurne.

Le UTAP così organizzate avranno spazi per l'attesa degli utenti, per l'attività diagnostica e di cura, per l'attività della continuità assistenziale e per l'attività specialistica.

In particolare i medici di continuità assistenziale, che tendenzialmente saranno ad orario pieno, impiegheranno una significativa parte di questo tempo per l'attività diurna e quando interverranno sui pazienti facenti capo all'UTAP, avranno la possibilità di accedere alle cartelle cliniche per dare una risposta più adeguata possibile.

L'attività dei medici che operano nelle UTAP sarà supportata da personale infermieristico e da personale di studio. Le UTAP saranno dotate di

apparecchiature diagnostiche e terapeutiche in grado di soddisfare una domanda di salute almeno corrispondente ai codici bianchi e verdi. Si dovranno definire anche i criteri di compenso economico corrispondente all'attività individualmente svolta e riferite a queste attività.

Non rappresenta, pertanto, un assemblaggio indistinto di medici, ma diviene un gruppo di medici di famiglia, medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali che, fermo restando la propria attività nei confronti dei propri assistiti, organizzano insieme l'orario dei propri studi, garantiscono la continuità dell'assistenza e offrono all'utente una risposta di salute dal primo intervento al governo dei percorsi sanitari, nel concetto più ampio della presa in carico dell'utente stesso.

Il valore aggiunto di questa organizzazione, per gli utenti, è certamente quello di avere vicino alla propria residenza, in un punto noto e definito, la prima risposta di salute in qualsiasi momento si renda necessario, garantita dal proprio medico o, in caso di urgenza, da un altro medico facente parte dello stesso gruppo.

Un'assistenza garantita allo stesso livello anche nelle ore notturne con i medici di continuità assistenziale che, in quanto parte dello stesso gruppo e operando nella stessa sede, hanno un dialogo continuo con i Medici di Medicina Generale oltre all'accesso alla cartella clinica del paziente. Inoltre, con la presenza dello specialista, l'esigenza di visite specialistiche viene evasa nella stessa sede, contribuendo veramente alla soluzione del problema delle liste di attesa. In caso di ricorso ad altri livelli di assistenza, sarà lo stesso medico con le strutture UTAP ad organizzare l'utilizzo dell'ospedale o di ogni altra struttura sanitaria o sociale nel quadro di un percorso di appropriatezza.

Per il medico che opera in queste strutture, vi è l'opportunità di recuperare appieno il suo ruolo, spesso negli ultimi anni mortificato, e anche di vedere premiato il proprio lavoro sul piano economico e professionale.

La realizzazione delle UTAP si avvia in forma

sperimentale, per evitare forme di improvvisazione, per consentire di modificare e integrare modalità e strumenti; per seguire passo dopo passo l'evolversi di un percorso che è destinato a mutare significativamente e positivamente l'organizzazione sanitaria e la conseguente risposta di salute ai cittadini.

L'accordo stipulato con i Medici di Medicina Generale, nel diverso quadro dei rapporti tra Stato, Regioni ed Enti locali previsto dalla Riforma del titolo quinto della Costituzione (approvata con Legge costituzionale n. 3 del 2001), assegna alla trattativa in ogni singola Regione la scelta e le modalità di organizzare le forme associative evolute della medicina generale, siano esse équipe territo-

riali o Unità Territoriali di Assistenza Primaria.

Le UTAP, quindi, nasceranno sulla scorta di intese che vedranno insieme Regioni e organizzazioni sindacali. Le programmazioni regionali dovranno definire anche i termini entro i quali i medici potranno dare vita al lavoro di gruppo nelle UTAP, con modalità graduali.

Si avvia in questo modo un percorso che intende fare del territorio, come lo è da sempre l'ospedale, un reale punto di priorità della programmazione regionale, sede di intercettazione della domanda di salute, di risposta sanitaria, di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari e della loro appropriatezza, di partecipazione diretta alla definizione dei servizi e delle prestazioni.

IL NUOVO CONTRATTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN INGHILTERRA

a cura di Alfred Koenig

Ufficio distretti sanitari Provincia Autonoma di Bolzano
con la collaborazione di Beate Auer

128

i Supplementi di **monitor**

Il nuovo contratto dei Medici di medicina generale del Regno Unito, sottoscritto nel giugno 2003 ed entrato in vigore il 1° aprile 2004, è il risultato di una lunga trattativa tra NHS Confederation e il General Practitioners' Committee e introduce una serie di elementi innovativi sulla figura del Medico di medicina generale, anche per correggere i tagli subiti dalla sanità negli ultimi anni. Tagli che hanno toccato in primo luogo i Medici di medicina generale che erano, e lo sono ancora, pagati meno dei loro colleghi ospedalieri. Per la copertura delle spese legate all'accordo vi è stato un aumento degli investimenti notevole: 12 milioni di euro per un triennio!

Se vogliamo analizzare le novità introdotte con il contratto, notiamo subito una maggiore flessibilità assegnata agli studi associati, libertà di scelta dei servizi che intendono fornire (ad es. la continuità assistenziale), ma anche possibilità di "costruire" il proprio stipendio, in relazione a precise scelte sull'attività da svolgere e su obiettivi da conseguire.

Coloro che scelgono di limitare le prestazioni a quelle strettamente necessarie possono farlo, accettando la retribuzione "di base" che compren-

de in un'unica somma molte voci distinte del precedente contratto: quota capitaria, compensi per visite notturne, indennità disponibilità notturna, attività di educazione alla salute, rimborsi per il personale di studio, tariffe telefoniche, ecc.

Chi invece decide di allargare la propria attività anche a prestazioni aggiuntive, si troverà alla fine del mese con uno stipendio più elevato. I cosiddetti "servizi addizionali" possono essere quelli inerenti alla sorveglianza della maternità e salute dei bambini, la contraccezione, alcuni interventi di chirurgia minore, assistenza fuori orario e Pap-test. Sono previsti ulteriori incentivi economici per quegli studi medici che, mostrando una particolare attenzione ai crescenti bisogni dei pazienti, scelgono di investire in innovativi strumenti informatici e in corsi di aggiornamento.

Il medico può anche ricevere compensi aggiuntivi se sceglie di allargare le prestazioni per i suoi pazienti. Tra questi vi sono le vaccinazioni influenzali e quelle per l'infanzia, chirurgia minore (oltre la courettage, cauterizzazione e crioterapia), terapia anticoagulante, traumi minori, applicazione IUD, dipendenze (alcol, droghe) (Tab. 1).

TABELLA 1 - Elementi principali della struttura retributiva

Servizi essenziali	Somma Globale	Servizi aggiuntivi
Seguire quotidianamente i pazienti durante gli episodi acuti di malattia	Contraccezione	
Gestione generale delle malattie croniche	Sorveglianza maternità (eccetto cure intra partum)	
Cura non specialistica dei pazienti terminali	Sorveglianza della salute dei bambini	
	A discrezione dei G. P.	
	Pap test	
	Chirurgia minore	
	Assistenza fuori orario	
Compensi aggiuntivi per servizi avanzati opzionali:		
Servizi essenziali		
Vaccinazioni influenzali		
Vaccinazioni per l'infanzia		
Chirurgia minore (oltre la courettage, cauterizzazione e crioterapia)		
Terapia anticoagulante		
Traumi minori		
Applicazione IUD		
Dipendenze (alcol, droghe)		

La qualità delle cure è un altro elemento importante del nuovo contratto: la retribuzione di risultato può arrivare anche al 30% della retribuzione. Ai fini del calcolo di questa voce sono stati individuati quattro settori entro i quali è possibile ottenere dei punteggi utili al calcolo della retribuzione. A tale scopo sono stati definiti alcu-

ni “standard clinici”, che consentono di assegnare un punteggio massimo di 550 punti; alcuni “standard organizzativi”, che riguardano la gestione del rapporto con il paziente, concedono fino a 184 punti; “standard addizionali” (fino a punti 36), nonché un punteggio connesso all’esperienza dei pazienti fino a punti 100 (Tab. 2).

TABELLA 2 - Punti di qualità e di risultato a scopo retributivo

Standard clinici (punti 550)	Standard organizzativi (punti 184)	Servizi aggiuntivi (punti 36)	Esperienza dei pazienti (punti 100)
Patologia Cardiaca coronarica (CHD)	Registrazione pazienti	Pap test, screening cervicale	Esame del paziente e durata della visita medica
Malattia polmonare ostruttiva cronica (COPD)	(corretta gestione delle informazioni relative ai pazienti)	Sorveglianza salute minori, pediatria	Survey (indagine sul grado di soddisfazione dei pazienti)
Asma	Comunicazione con i pazienti (informazioni sui servizi)	Servizi per la maternità, maternità	
Epilessia	Educazione e addestramento (Aggiornamento professionale)	Servizi contraccettivi	
Ictus	Gestione dello studio		
Ipotiroidismo	Gestione farmaci		
Ipertensione			
Cancro			
Diabete			
Salute mentale			

Altre possibilità di “guadagnare” punti sono legate allo stato dell’aggiornamento, alla gestione del personale, all’organizzazione dello studio, alle modalità di prescrizione dei farmaci ed altri (tab. 3).

A partire dal 2005 i Primary Care Trust (PCT),

TABELLA 3 - Altri elementi della retribuzione

Anzianità
Contributo informatica
Contributo spese per l'ambulatorio (Affitto / acquisto)
Malattia / maternità

che sono le istituzioni sanitarie a carattere locale e territoriale, saranno responsabili di garantire ai cittadini tutti i servizi necessari attraverso medici dipendenti oppure con accordi con cooperative, associazioni di medici, “walk in centers”.

In effetti esercitano la funzione di istituzione “committente” in quanto acquistano le cure primarie, secondarie e i farmaci per conto della popolazione residente nell’area. I PCT sono in gran parte anche erogatori di cure primarie, qualora dispongano di propri medici e strutture.

Il numero di PCT al momento è di 350, ma si presume che fra poco saliranno a 500 e gestiranno circa il 75% del fondo sanitario inglese.

A breve tempo si prospetta, inoltre, un ulteriore cambiamento: i contratti di medicina generale saranno firmati dal PCT non più con il singolo medico ma con lo studio medico.

Lo studio associato costituisce, infatti, un altro argomento cardine del contratto. Lo studio medico è una struttura associativa che deve includere almeno un medico di medicina generale, può comprendere manager, personale infermieristico, farmacisti e altri professionisti della sanità e assumere medici alle proprie dipendenze mediante contratto di lavoro subordinato.

Questa è una novità assoluta, in quanto finora il medico di medicina generale poteva esercitare la

sua professione esclusivamente in regime libero professionale. I pazienti sono iscritti in una lista comune dello studio, mantengono però il diritto di chiedere di essere visitati da un medico di loro scelta. Un’altra particolarità dell’organizzazione dello studio è che non deve garantire il servizio 24 ore su 24, 7 giorni alla settimana, ma è libero di decidere l’orario di apertura e di gestire autonomamente il suo carico di lavoro e determinare i servizi che intende offrire.

I medici che vi lavorano possono ottenere un premio per la qualità clinica (EBM – basata sulle evidenze) e organizzativa del loro studio e possono accedere a incentivi economici se raggiungono particolari risultati.

Anche la modernizzazione degli ambulatori e infrastrutture viene appoggiata, vi sono contributi sia per la struttura edilizia e l’informatizzazione, che per le iniziative volte a valorizzare le risorse umane e a migliorare la conciliabilità di lavoro e vita privata. I vantaggi per i pazienti inglesi sono evidenti: hanno a disposizione un grande ventaglio di servizi di alta qualità e possono fare un miglior uso dei servizi di cure primarie. È per questo che l’inserimento di nuovi strumenti ed opportunità non può che essere accettato con tutte le difficoltà incontrate in sede di prima sperimentazione.

IL SISTEMA SANITARIO INGLESE: RACCORDO TRA MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA

a cura dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali – Sezione Organizzazione Servizi Sanitari

Negli anni '90, con quella che è stata definita “Riforma Thatcher”, il sistema sanitario inglese è stato caratterizzato da un'evoluzione del ruolo del General practitioner (GP), il Medico di medicina generale del NHS, che da solo erogatore di prestazioni (GP provider) è divenuto anche acquirente di prestazioni e servizi (GP purchaser) per conto dei propri assistiti.

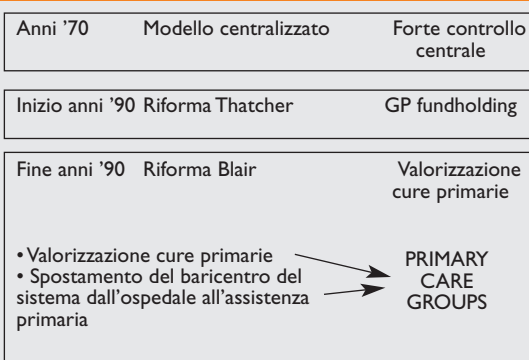
Ciò è avvenuto grazie all'introduzione di contratti di *fundholding*, caratterizzati dall'assegnazione di un budget di spesa a gruppi di medici di medicina generale associati, ossia di un bilancio autonomo commisurato al numero dei pazienti assistiti per l'acquisto di prestazioni e servizi sanitari. Il GP fundholding aveva lo scopo di facilitare l'accesso del paziente ai servizi sanitari, attraverso la negoziazione del medico generico con i fornitori e nel rispetto dei bisogni dell'assistito. Alla fine degli anni '90, con quella che è stata definita “Riforma Blair”, è stata elaborata una nuova strategia per la modernizzazione del sistema sanitario inglese, con il parziale superamento del modello centralizzato di governo dei servizi degli anni '70 e del sistema di divisione dei poteri fondato sul *fundholding* tipico degli anni '90.

È stata infatti introdotta una nuova strategia, caratterizzata dall'abolizione del *fundholding* e dalla valorizzazione delle cure primarie, nella ricerca di un sistema sempre più centrato sull'assistenza primaria (Primary care), con un diverso equili-

brio ospedale-territorio (Fig. 1).

Con la riforma Blair sono così stati introdotti i Primary Care Groups (PCG), attivati dal 1 aprile

FIGURA 1 - Evoluzione del NHS



1999, che rappresentavano il nuovo modello di gestione dell'Assistenza Sanitaria Primaria e di partecipazione dei Medici di famiglia e degli altri operatori delle cure primarie. I PCG potevano ricevere finanziamenti direttamente – come le Aziende Sanitarie Locali italiane – per erogare le prestazioni di assistenza primaria e commissionare servizi alle aziende ospedaliere e territoriali. Dovevano essere obbligatoriamente composti da:

- medici di famiglia;
- personale infermieristico;
- altro personale operante nell'ambito delle cure primarie.

Ogni PCG era dotato di un organo di gestione che rispondeva alla Health authority, di cui face-

vano parte anche rappresentanti degli Enti Locali e dei servizi sociali. I medici di famiglia impegnati nelle attività gestionali del Gruppo ricevevano un compenso aggiuntivo.

Il PCG poteva avere quattro possibili ambiti di attività:

- 1) svolgere semplice attività di supporto e consulenza nei confronti della Health Authority;
- 2) amministrare il budget locale in collaborazione con la Health Authority;
- 3) diventare un soggetto autonomo nell'amministrazione del budget e nel processo di committenza, per conto della Health Authority;
- 4) diventare un'Azienda produttrice di servizi di cure primarie o Primary Care Trust (PCT).

Nel 2002, con la riforma introdotta dal documento "NHS Shifting the balance of power", è stato attribuito ai PCG maggiore potere e, in particolare, la possibilità di gestire il NHS in sede locale, migliorare la salute nelle aree di riferimento e promuovere le assunzioni quali quelle dei medici di medicina generale con competenze spe-

cialistiche che operano in ambito territoriale.

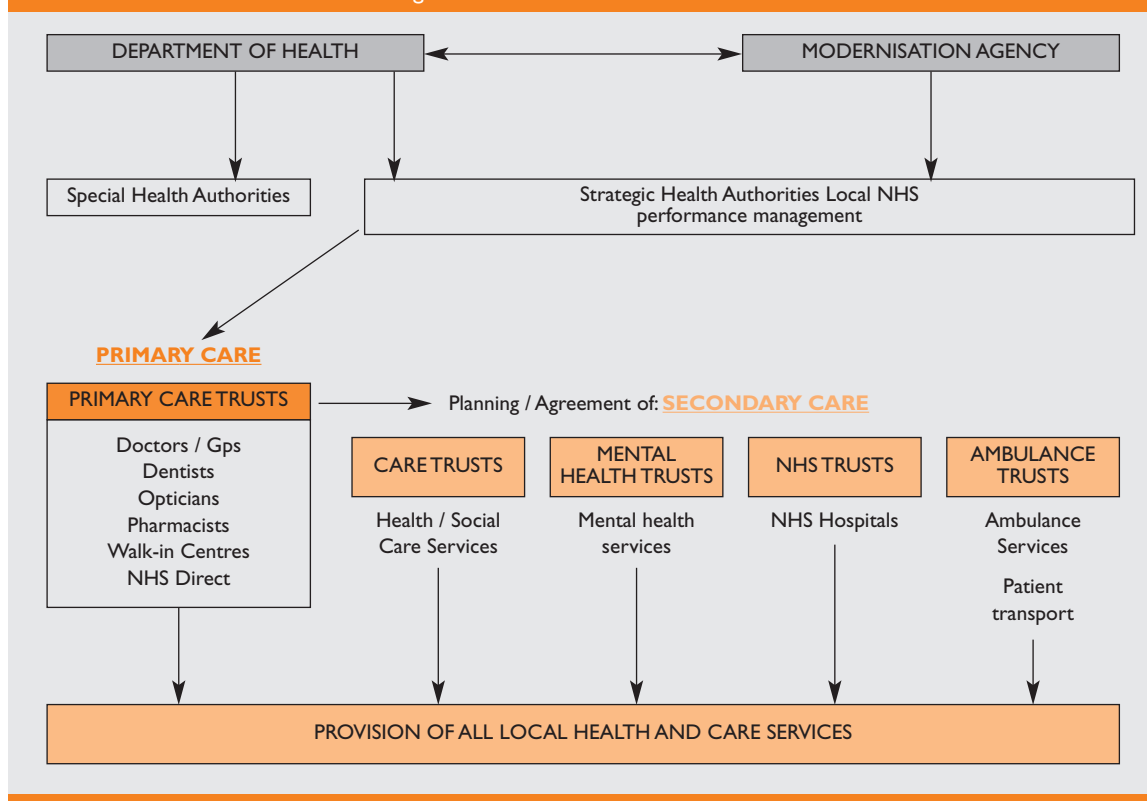
Con il recente contratto dei medici di medicina generale (New General Medical Contract 2003), dal 1 aprile 2004 i PCG sono stati uniti ai Primary Care Trusts (PCT), assumendo tale denominazione e ricoprendo il ruolo svolto da questi ultimi.

Il nuovo Piano sanitario inglese ha inoltre impresso una decisa accelerazione al processo di "aziendalizzazione" dei 302 Primary Care Group, stabilendo che entro il 2004 questa unione avrebbe dovuto essere completata.

In questo modo, per la prima volta dall'introduzione del NHS, i servizi delle cure primarie e quelli di comunità (assistenza domiciliare e residenziale, salute mentale, riabilitazione) sono erogati da un'unica e autonoma organizzazione, con un unico budget (Fig. 2).

Per comprendere l'importanza attribuita alle cure primarie in Inghilterra, basti pensare che i PCT inglesi percepiscono il 75% dei finanziamenti erogati dal Department of Health.

FIGURA 2 - Il nuovo Piano sanitario inglese



MEDICINA SPECIALISTICA IN AMBITO TERRITORIALE

Al fine di potenziare le cure primarie e consentire l'erogazione di servizi sanitari sempre più centrati sul paziente, come previsto dal Piano Sanitario NHS del 2000, grande enfasi è stata attribuita alla medicina specialistica erogata in ambito territoriale allo scopo di:

- ridurre l'accesso alla medicina specialistica ospedaliera, con contenimento delle liste di attesa;
- erogare prestazioni specialistiche di elevata qualità in contesti più vicini al paziente e più facilmente accessibili.

La figura del medico di medicina generale con competenze aggiuntive, di tipo specialistico, è stata nel tempo oggetto di forte attenzione.

La Health Circular HSG(96)31 aveva introdotto la figura del “medico di medicina generale con competenze necessarie per erogare cure aggiuntive”. Il Piano Sanitario inglese del 2000 aveva invece introdotto la figura del Medico di medicina generale specialista o dello specialista nell'ambito delle cure primarie (specialist GP/primary care specialist).

Poiché il termine “specialista” era stato oggetto di forti discussioni, nel 2001 le associazioni mediche Royal College of Physicians (RCP) e Royal College of General Practitioners (RCGP) hanno proposto una nuova definizione, proponendo: “Medico di medicina generale con interessi clinici specifici (General Practitioner with Special Interests – GPwSI)”. La definizione è stata generalmente condivisa.

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE CON COMPETENZE SPECIALISTICHE (GPwSI)

Il recente contratto dei medici di medicina generale (New General Medical Contract 2003) chiarisce le differenze tra il ruolo del medico di medicina generale (GP) e quello del medico di medicina generale che ha competenze specialistiche (GPwSI).

Il primo, *General Practitioner*, offre quelli che il contratto definisce:

- servizi essenziali (obbligatori):
 - cura dei pazienti che sono o si ritengono malati in condizioni in cui generalmente è da attendersi una guarigione, per la durata di tale condizione, nonché promozione della salute e regolazione dell'accesso alla medicina specialistica, quando opportuno, rispettando la scelta del paziente quando possibile;
 - cura generale dei pazienti malati terminali;
 - cura dei pazienti cronici secondo la possibilità offerta dallo studio medico, in accordo con il paziente;
- servizi aggiuntivi (rinunciabili): contraccezione, Pap Test, vaccinazioni, servizi di maternità escluse cure intra partum, cure pediatriche e interventi chirurgici di minore entità: courettage, cauterizzazione, crioterapia per verruche e porri ed altre lesioni cutanee;
- servizi potenziati (facoltativi), ossia:
 - servizi essenziali o aggiuntivi erogati a livelli superiori, come ad esempio la chirurgia minore;
 - servizi sanitari non erogati nell'ambito dei servizi essenziali o aggiuntivi, come altri servizi che fungono da raccordo tra le prestazioni sanitarie di I e II livello, prestazioni che rispondono a specifici bisogni sanitari locali, nonché sperimentazione e valutazione di servizi innovativi (es. apertura dello studio in orario serale o durante i fine settimana, se richiesto dal PCT).

Il secondo, *General Practitioner with special interests* (GPwSI), deve avere una formazione o un'esperienza pratica aggiuntiva rispetto ad un collega di medicina generale e può erogare, oltre ai servizi essenziali (obbligatori) ed ai servizi aggiuntivi (rinunciabili), anche, tra i servizi potenziati, prestazioni maggiormente specialistiche (erogabili da GPwSI, personale infermieristico o altro personale sanitario con interessi clinici specifici).

Può, inoltre, accettare consulti da altri colleghi GP per la valutazione e/o il trattamento di pazienti che sarebbero altrimenti stati indirizzati direttamente da uno specialista ospedaliero.

Il ruolo e le funzioni del medico di medicina generale con competenze specialistiche sono chiari e non si rischia alcuna sovrapposizione con il ruolo dello specialista ospedaliero. È, infatti, un professionista operante nel territorio che:

- non è dipendente del NHS ma ha un contratto con il Primary Care Trust;
- decide di erogare “servizi potenziati” facoltativi, con un reddito variabile in base agli accordi con il PCT.

Lo specialista ospedaliero, invece:

- è dipendente NHS e, essendo stipendiato, non ha un reddito che varia in base alle prestazioni erogate;
- spesso lavora con contratto part-time, con possibilità di esercitare la libera professione.

ACCREDITAMENTO DEL MEDICO DI BASE CON COMPETENZE SPECIALISTICHE

L'accreditamento di un General Practitioner with Special Interests nasce da un'attenta valutazione, da parte del Primary Care Trust, dei bisogni assistenziali locali, dei servizi sanitari erogati e della possibilità di erogare nuove prestazioni specialistiche a livello territoriale.

L'iter differisce da professionista a professionista. A partire dal 2003, il Department of Health (DH) e il Royal College of Physicians (RCGP) hanno predisposto delle Linee Guida per l'esercizio dei GPwSI ed è in programma l'istituzione di una Commissione nazionale per l'accreditamento. Attualmente, però, si predispone un piano locale.

Spetta al Primary Care Trust:

- decidere quali servizi specialistici attivare;
- contattare il GP che ne abbia fatto preventivamente richiesta attivando le procedure per l'accreditamento e che abbia presentato certificazioni dell'esperienza pratica e della formazione accademica acquisita;
- contrattare con il medico:
 - le prestazioni che il professionista può erogare in base alle sue capacità ed esperienza;
 - decidere la tipologia di pazienti a cui erogare il servizio (età, sintomi, gravità, motivazioni per

- consulto) in base alle competenze richieste;
- stabilire le attrezzature di cui deve essere dotato lo studio medico;
- retribuzione.

L'aggiornamento è un requisito fondamentale. È attualmente oggetto di discussione l'eventualità di attivare percorsi didattici ad hoc per la formazione di medici di base che decidessero di esercitare con competenze specialistiche a livello territoriale.

RAPPORTI TRA LA SPECIALISTICA TERRITORIALE E OSPEDALIERA

È fondamentale che i medici di base con competenze specialistiche collaborino con gli specialisti ospedalieri e i medici di medicina generale, al fine di offrire una gamma più ampia di assistenza extraospedaliera.

Il PCT riveste un ruolo importante anche nei rapporti tra medici GP e GPwSI in ambito territoriale, sia nella negoziazione sia nell'informazione. In particolare deve informare ogni GP su:

- patologie per le quali un paziente può essere indirizzato da uno specialista territoriale;
- prestazioni erogate dai colleghi che erogano servizi specialistici a livello territoriale per poter correttamente indirizzare i pazienti.

Interessante rilevare che non solo non vi è conflitto tra gli specialisti ospedalieri e i medici di medicina generale con competenze specialistiche, ma il loro ruolo è addirittura fortemente sostenuto dai colleghi di II livello.

ACCESSO ALLA VISITA SPECIALISTICA IN AMBITO TERRITORIALE

Come indicato nel Piano sanitario 2004-2008 dal titolo “Putting People at the heart of Public Services”, ossia “Porre la popolazione al centro del servizio pubblico”, obiettivo del NHS è, infatti, quello di dare al paziente maggiore scelta su come, dove e quando ricevere una prestazione sanitaria. L'aumento della flessibilità e delle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie hanno, infatti, l'obiettivo di rispondere con maggio-

re puntualità alle necessità del cittadino. Il potenziamento delle cure primarie, cui ha contribuito l'introduzione della figura del GPwSI, ha quindi tutelato la libertà di scelta del cittadino tra le diverse opzioni assistenziali, consentendogli – sotto la guida puntuale e informata del proprio GP – di scegliere la prestazione sanitaria più consona alle sue necessità, sia da un punto di vista medico (medicina territoriale o ospedaliera) sia logistico (facilità di accesso alla sede di erogazione della prestazione) rispondendo alle richieste di:

- facilità di accesso: con servizi erogati vicino al paziente;
- rapidità di accesso: generalmente i pazienti hanno liste di attesa più brevi se beneficiano di una prestazione in ambito territoriale anziché ospedaliero;
- maggiore scelta: i pazienti possono scegliere dove e quando farsi curare;
- maggiore esperienza: con studi medici che spesso sono multidisciplinari e possono quindi seguire pazienti con più patologie. Studi hanno dimostrato un più elevato livello di soddisfazione in pazienti seguiti da studi medici che possono assisterli per tutte le patologie di cui soffrono.

Per accedere ad una visita specialistica, il GP può indirizzare il paziente direttamente da uno specialista territoriale; oppure ad un apposito ambulatorio del PCT che svolge funzioni di triage (un primo soccorso territoriale) che lo inoltra dallo specialista territoriale o ospedaliero; oppure direttamente dallo specialista ospedaliero, nei casi di maggiore complessità.

Nonostante gli obiettivi del NHS siano quelli di ridurre le prestazioni specialistiche di II livello, il paziente che scegliesse di rivolgersi direttamente allo specialista ospedaliero non trova ostacoli da parte del proprio medico.

La prenotazione di una visita specialistica presso un medico di medicina generale con competenze specifiche può avvenire da parte del paziente attraverso due modalità alternative:

- contattando direttamente lo specialista (i reca-

piti dovrebbero essere forniti dal GP che indirizza il paziente dallo specialista o dal suo staff amministrativo);

- contattando l'ufficio prenotazioni dello specialista, dietro richiesta del GP.

Il sistema mira a semplificare le modalità di prenotazione, prevedendo che la stessa possa essere anche effettuata direttamente da parte del GP, dopo aver ottenuto il consenso del paziente, con metodi molto semplici: tramite una lettera, una telefonata o un messaggio di posta elettronica.

A tal fine, va ricordato che le linee guida per l'attivazione degli studi del GPwSI, predisposte dal DH e dal RCGP dal mese di aprile 2003, richiamano la necessità di facilitare il paziente, potenziando la possibilità dei GP di effettuare le prenotazioni di visite specialistiche in ambito territoriale direttamente dallo studio, come già avviene per gli appuntamenti ospedalieri (Fig. 3).

FIGURA 3 - Linee guida GPwSI

LINEE GUIDA GENERALI	
<ul style="list-style-type: none"> • Professionisti con interessi specifici: avvicinare i servizi ai pazienti • Definizione di un modello di GpwSI • Linee guida per l'accreditamento di GpwSI: modello generico per lo sviluppo del servizio 	
LINEE GUIDA PER AREE CLINICHE	
Anziani	Otorinolaringoiatria
Infanzia	Epilessia
Dermatologia	Cefalea
Diabete	Salute mentale
Uso corretto del farmaco	Ortopedia
Ecocardiografia	Cure palliative
Emergenza-urgenza	Pneumologia
	Salute sessuale

In alcune zone si sta attivando un sistema di prenotazione elettronica, nonché sistemi di “contact centres”, per fare in modo che siano direttamente i GP ad effettuare le prenotazioni con la possibilità, in tal modo, di verificare la disponibilità di prenotazioni a livello locale e di fornire ai pazienti la massima scelta possibile.

Il GPwSI, qualora rilevi la necessità di effettuare ulteriori accertamenti, dovrebbe avere la possibilità di garantire un rapido accesso agli stessi, come avviene nell'ambito dell'assistenza specialistica ospedaliera. Così dovrebbe avere la possibilità di accedere rapidamente a consulti formali o in-

formali con specialisti ospedalieri.

In realtà questa possibilità dipende dalla capacità negoziale del Primary Care Trust e tuttora il sistema è caratterizzato da una situazione a macchia di leopardo, con modalità di organizzazione diverse in sede locale, cui spesso corrispondono tempi e modalità diversi per i cittadini nella risposta al bisogno.

I PCT sono tenuti, inoltre, a fornire informazioni ai cittadini circa i tempi e le modalità di accesso a questi servizi.

DIFFERENZE TRA LA RETRIBUZIONE DEI GP E DEI GPWSI

Per l'erogazione dei servizi essenziali e aggiuntivi, il recente contratto di medicina generale (GMS) – entrato in vigore dal mese di aprile 2004 – prevede l'attribuzione agli studi dei medici di medicina generale di una somma globale (Global Sum) che comprende:

- i costi sostenuti in base ai pazienti (età e sesso degli assistiti, indicatori di mortalità e morbilità, fattori demografici e geografici);
- i costi di esercizio (prezzi degli affitti e dei macchinari e dei salari in caso di notevoli differenze tra le diverse aree).

Oltre a questa somma totale, gli studi di medicina generale percepiscono anche un compenso aggiuntivo, che viene corrisposto in base alla qualità dei servizi sanitari erogati (Quality and Outcomes Framework), tenendo in considerazione gli indicatori di performance per:

- aspetti clinici;
- aspetti organizzativi;
- servizi aggiuntivi;
- giudizio del paziente.

La retribuzione aggiuntiva dei medici di medicina generale con funzioni specialistiche in ambito territoriale non è legata al numero degli assistiti, ma è proporzionale all'impegno dedicato alle funzioni specialistiche. Il pagamento delle prestazioni specialistiche si aggiunge al compenso che il medico avrebbe comunque ricevuto in qualità di GP.

Il reddito dei GPwSI è caratterizzato dalla contrattazione a livello locale tra gli studi medici e i PCT; il finanziamento per le prestazioni specialistiche territoriali deve inoltre essere previsto nel budget destinato ai servizi potenziati nell'ambito del budget totale del PCT.

I GPwSI non possono essere pagati personalmente dai pazienti come se erogassero visite specialistiche private.

Gli importi vanno da circa 230 euro a circa 619 euro per giornata dedicata alla specialistica, ma in generale oscillano tra i 278 e i 310 euro. Alcuni PCT hanno deciso di retribuire tutti gli specialisti territoriali allo stesso modo, indipendentemente dall'area sanitaria di impegno.

Nella stipulazione del contratto tra PCT e medico di medicina generale con competenza specialistica va definita anche la modalità di pagamento, che può essere personale o accreditata allo studio medico di appartenenza (budget generale).

CONCLUSIONI

L'erogazione di servizi sanitari di tipo specialistico a livello territoriale si sta rivelando un'ottima scelta di programmazione sanitaria.

Gli ultimi dati rilasciati dal Department of Health dimostrano, infatti, che l'obiettivo di superare i 1.000 specialisti territoriali entro il 2004, esplicitato nel NHS Plan del 2000, è stato raggiunto.

Si stima che attualmente siano operativi 1.250 medici di base specialisti territoriali.

Entro il 2006 si prevede il raggiungimento dell'aspettativa nazionale, che stima l'erogazione di "almeno un milione di visite ambulatoriali specialistiche (circa il 10%) in ambito territoriale anziché ospedaliero".

Il rafforzamento della specialistica territoriale ha sicuramente un enorme valore potenziale, ma i risultati di questa innovazione devono essere valutati nel tempo ed esistono già pareri discordanti sul ruolo dei GPwSI.

Nonostante i risultati ufficiali positivi, infatti, emergono talune perplessità tra i cittadini e gli operatori della sanità. Il primo dubbio riguarda la man-

canza di criteri rigidi ed uniformi per l'accREDITAMENTO dei GPwSI, che vengono stabiliti dai singoli PCT, con evidente diversità in termini di qualità e di tipologia di prestazioni erogate nelle diverse aree inglesi. Basti pensare che, come requisito per esercitare in qualità di specialisti territoriali, è possibile produrre semplicemente anche attestazioni riguardanti l'acquisizione di esperienza clinica pratica.

In termini di accessibilità, nonostante sia indubbiamente vantaggioso per il cittadino avere la possibilità di ricorrere ad un professionista di livello territoriale, sono sorte perplessità su quando è opportuno orientarsi verso la specialistica del territorio piuttosto che verso quella ospedaliera. È dimostrato che il ricorso alla specialistica territoriale ha comportato una drastica riduzione delle liste di attesa, almeno per alcune specialità, ma se

il GPwSI può effettuare solamente prestazioni di base c'è un duplice rischio:

- che il GPwSI non sia stimolato a perfezionarsi;
- che il GP indirizzi i pazienti al collega GPwSI facendo ricorso alla specialistica territoriale come scusa per non effettuare talune prestazioni cliniche che altrimenti avrebbe effettuato.

La scelta di indirizzare un paziente da uno specialista territoriale dipende da caso a caso in base alla valutazione del GP e occorre porre le giuste attenzioni: una visita specialistica da un GPwSI potrebbe, per taluni pazienti, risultare inappropriata e ritardare l'accesso a prestazioni cui avrebbe dovuto beneficiare in tempi brevi.

Per concludere, si può senz'altro constatare che questa sia una strategia molto interessante, ma che deve essere adeguatamente orientata onde evitare rischi di inappropriata.

Regione Umbria

CLINICAL GOVERNANCE ED EQUIPE TERRITORIALI IN UMBRIA

138

i Supplementi di **monitor**

a cura di Carlo Romagnoli

Responsabile Servizio “Programmazione dell’Assistenza sanitaria di base e ospedaliera ed Osservatorio Epidemiologico” della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, Regione Umbria.

a cura di Paola Bellini

Responsabile Sezione “Assistenza sanitaria di base” della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, Regione Umbria.

La *clinical governance* in Umbria rappresenta la politica sanitaria di elezione per una serie di motivi, tra cui possiamo sintetizzarne i principali. Bisogna da un lato riconoscere la forza delle evidenze sociologiche sulle organizzazioni professionali, dove scuole di pensiero diverse hanno descritto il potere conferito dal possesso di conoscenze e i conflitti organizzativi che questo sviluppa con il potere della posizione, nonché la necessità di prevedere soluzioni organizzative specifiche per tale contesto. L’esperienza dimostra che i professionisti, in virtù del livello di indeterminazione che giustifica la loro autonomia professionale, definiscono in sedi indipendenti (società scientifiche) i sistemi operativi professionali, sottopongono a torsione i sistemi premianti, attenuano o annullano l’impatto dei sistemi sanzionatori e gestiscono in proprio le relazioni di confine.

Ora, mentre in ospedale i professionisti operano in un contesto organizzativo definito e nel quadro del rapporto di dipendenza stabilito nel contratto nazionale di lavoro, la medicina di base ha con il SSN legami più labili, essendo il suo apporto regolato da convenzioni in cui ciascuno dei

suoi appartenenti rappresenta una sorta di micro realtà organizzativa a se stante, potenzialmente del tutto svincolata dalla rete territoriale dei servizi di base e in grado di perseguire fini estranei alla missione del SSN.

A fronte di questa realtà fattuale vi è evidenza della incapacità del modello aziendalistico di governarla, dimostrandosi a sua volta potente induttore di inappropriata organizzativa e, per il tramite dei suoi sistemi di programmazione e controllo, fonte di inversione tra i mezzi e i fini nella sanità pubblica.

Il problema consiste pertanto nella necessità di attivare soluzioni organizzative che consentano ai professionisti convenzionati di auto governarsi all’interno dei fini istituzionali del SSN.

Se a questo si aggiunge la necessità di adottare un modello assistenziale che tenga conto della specificità della nostra situazione demografica ed epidemiologica (bassa natalità, alta sopravvivenza associata nella terza età a disabilità da patologie cronico degenerative, spesso compresenti) si legittima la scelta del PSR 2003-2005 a favore della *clinical governance*, definita come la strategia per la “costruzione di appropriate relazioni funzionali

nelle aziende sanitarie tra le responsabilità professionali ed organizzative per migliorare la qualità dell'assistenza”.

RIORGANIZZARE ED EQUILIBRARE LE RESPONSABILITÀ GESTIONALI CON QUELLE PROFESSIONALI

In un contesto organizzativo peculiare come quello sopra richiamato, la Regione ha scelto di articolare le responsabilità gestionali e quelle professionali nel seguente modo.

Le responsabilità gestionali sono finalizzate a “far lavorare bene i professionisti”, prevedendo diversi ambiti di responsabilità:

- il distretto e il centro di salute come sua articolazione, per quanto riguarda le attività di promozione della salute, l'intersettorialità e i servizi territoriali rivolti alla persona;
- il presidio ospedaliero per quanto riguarda i servizi ospedalieri, a loro volta ulteriormente differenziati in servizi relativi:
 - all'ospedale di territorio, per i problemi di salute connessi con la long term care. Gli ospedali di territorio sono presidi non gestiti dai distretti ma facenti parte dell'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali, dove non insiste il presidio del 118 e che prevedono attività di primo soccorso, Residenze Sanitarie Assistite e attività programmata di chirurgia breve o di day surgery;
 - all'ospedale di emergenza, per i problemi di salute connessi con pazienti in fase acuta;
 - ai servizi di alta specialità;
- la direzione aziendale per la gestione complessiva dell'organizzazione professionale e la congruenza con la missione organizzativa, che è quella di produrre salute.

Le responsabilità professionali sono finalizzate a migliorare la qualità assistenziale, nell'accezione multidimensionale sopra riferita e si articolano sostanzialmente nei seguenti livelli di responsabilità:

- le equipe territoriali, cui spetta principalmente la qualificazione della domanda e lo sviluppo di un sistema di autogoverno dei professionisti coe-

rente con la missione della sanità pubblica;

- i dipartimenti, territoriali e ospedalieri, cui spetta principalmente la qualificazione dell'offerta;
- il direttore sanitario, responsabile generale della qualità professionale;
- il collegio di direzione quale luogo del confronto interprofessionale.

LE EQUIPE TERRITORIALI

L'accordo regionale per la medicina generale approvato con DGR n. 456 del 17.4.2002, comprende anche un documento sulla “Prima istituzione delle equipe territoriali nell'ambito dell'area dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale”.

Il documento prevede la sperimentazione, in tutto il territorio regionale, delle equipe, che di norma hanno una dimensione coincidente con quella del Centro di salute (una equipe ogni 10-15.000 abitanti).

Nell'anno 2004 si sono, pertanto, attivate le equipe, con le caratteristiche di seguito descritte.

Definizione e composizione

L'equipe viene così definita: “*Aggregazione funzionale di medici di medicina generale o pediatri di libera scelta o medici della continuità assistenziale e operatori dei centri di salute (medici, infermieri, assistenti sociali, ecc.), cui in determinate condizioni si aggiungono medici specialisti dei dipartimenti territoriali e ospedalieri, Unità Valutative di supporto (UVG, UVM, ecc.), professionisti degli staff e dei centri interaziendali di supporto, finalizzate al miglioramento della qualità della domanda di assistenza*”.

L'equipe intende costituire “*ambito di espressione del governo clinico per le funzioni territoriali*”, in quanto consente ai medici di equipe di partecipare al governo clinico del distretto, sia negli aspetti di monitoraggio, controllo e razionalizzazione delle prescrizioni farmaceutiche, delle richieste di consulenza specialistica o di ricovero ospedaliero (nell'intento di migliorare l'appropriatezza clinica delle stesse), sia nell'elaborazione di linee guida cliniche e percorsi di cura.

Funzioni generali

Le funzioni generali dell'equipe sono:

- sviluppo delle attività di promozione della salute e di prevenzione rivolte alla persona;
- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per la farmaceutica, la specialistica e i ricoveri ospedalieri;
- garanzia della continuità assistenziale per la long term care;
- autovalutazione delle scelte professionali.

Le equipe dovranno discutere i casi clinici complessi e operare in stretto coordinamento con i centri di salute.

Funzioni specifiche

Gli accordi regionali della medicina generale e i regolamenti aziendali o dei centri di salute definiscono gli obiettivi che le equipe devono conseguire annualmente o nel medio periodo (es. percentuali di riduzione di inapproprietezza in determinate aree ecc.).

Tipologie e caratteristiche generali delle equipe attivate in Umbria

Al momento attuale sono state attivate:

- 50 equipe territoriali di Medici di Medicina Generale (MMG) con:
 - 742 professionisti (range 4-28; media 15);
 - oltre 720 mila assistiti (90% della popolazione);
 - range assistiti per equipe 4.000-28.500 ;
 - età mediana degli MMG: 48 anni, anzianità

media dalla laurea: 25 anni.

- 18 equipe territoriali di Pediatri di libera scelta (PLS): 104 professioniste (sono infatti per la gran parte donne) con circa 75.000 assistiti;
- 23 equipe di Medici di continuità assistenziale: 235 professionisti, un numero molto elevato con problemi di integrazione organizzativa e qualificazione professionale (Fig. 1).

Funzionamento

Le modalità di funzionamento sono definite, nel dettaglio, dal regolamento cui è tenuta ad attenersi ogni singola equipe, elaborato sulla base di un prototipo aziendale.

I professionisti afferenti alla equipe eleggono al loro interno un medico con funzione di coordinatore.

Il coordinatore dell'equipe, d'intesa con il coordinatore del centro di salute:

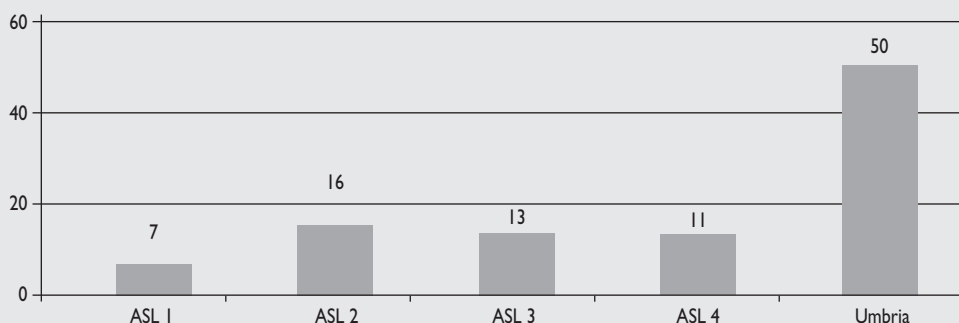
- convoca l'equipe, almeno una volta al mese;
- definisce l'ordine del giorno e coordina le diverse attività;
- gestisce le discussioni e coordina l'audit professionale;
- propone azioni di formazione professionale.

Sistemi operativi

Al momento sono stati messi a punto alcuni sistemi operativi professionali, basati sostanzialmente su:

- 1) **audit** professionali su appropriatezza prescrittiva. In questo settore, come sarà meglio illustrato nella sezione 4 sulle azioni di supporto, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale del-

FIGURA 1 - Numero equipe MMG nelle 4 ASL umbre



l'Umbria (OERU) ha predisposto, con il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), alcuni materiali per l'audit professionale sull'appropriatezza prescrittiva a livello di equipe (vedi figure 2 e 3).

2) Adesione e/o adattamento motivato a linee guida aziendali o regionali. A questo livello è previsto l'adattamento locale, a livello di equipe, di linee guida prodotte a livello nazionale o regionale (RCV, FANS, gastroprotettori), e in par-

ticolare dal "Centro Regionale Per l'Epidemiologia clinica e l'Appropriatezza prescrittiva" (CERPEA) operante presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, nonché la valorizzazione dei comportamenti virtuosi negli accordi sindacali regionali e aziendali.

3) Omogeneizzazione dei percorsi assistenziali per assistenza domiciliare integrata, dimissioni protette, gestione di posti letto in ospedali di comunità, assistenza presso residenze protette.

FIGURA 2 - Consumo di farmaci e tassi di ospedalizzazione per equipe

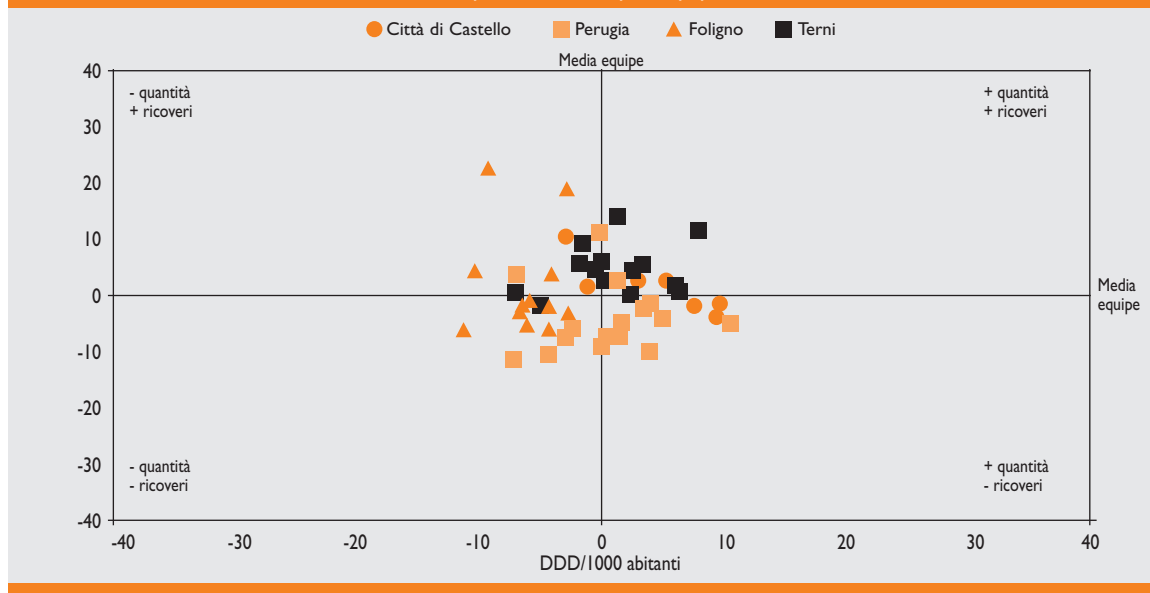
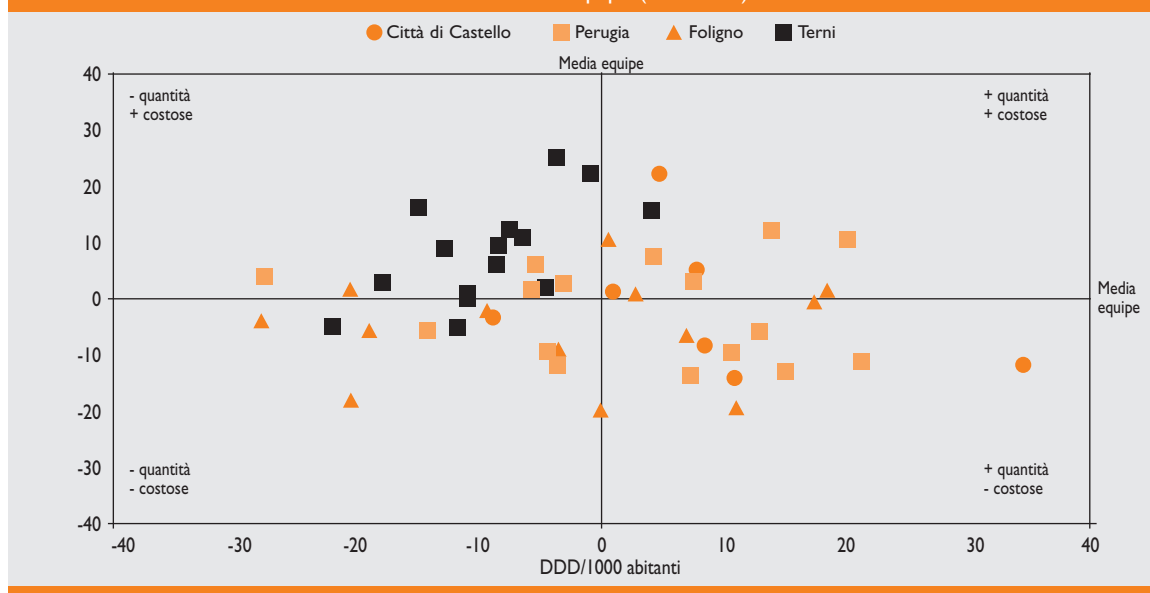


FIGURA 3 - Consumo di farmaci e costo medio DDD equipe (antibiotici). Umbria I semestre 2004



I percorsi assistenziali riguardano:

- la *long term care*, dove hanno il fine di garantire:
 - l'unitarietà della presa in carico dell'assistito
 - l'unitarietà del progetto assistenziale
 - l'unitarietà del percorso di fruizione da parte del paziente stesso.
- i percorsi assistenziali della *acute care*, dove si tratta di garantire i collegamenti tra medicina di territorio e sistema regionale dell'emergenza e urgenza, ormai pienamente maturo e in grado di garantire la presa in carico entro un tempo assistenziale inferiore ai 20 minuti di tutte le condizioni di emergenza e urgenza, addirittura con alcune ridondanze organizzative interne (eccesso di centrali 118) e nell'integrazione con la continuità assistenziale.

Per quanto riguarda le dimissioni protette e altre relazioni necessarie tra ospedali di territorio e servizi territoriali, sono state messe a punto indicazioni operative concordate tra Distretto e Azienda ospedaliera dal Centro Regionale per la continuità ospedale territorio, attivato presso l'Azienda Ospedaliera di Terni, nonché da molti servizi di staff aziendali.

IL SSR, LE EQUIPE TERRITORIALI E LA CLINICAL GOVERNANCE

A livello regionale si è provveduto a:

- a) definire il nuovo sistema di relazioni aziendali (Atti aziendali) e a rifinalizzare la programmazione aziendale (Piani attuativi locali) in funzione della clinical governance;
- b) collegare a tale cornice gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali per il 2004;
- c) formare i direttori sanitari e i direttori di distretto sulla clinical Governance;
- d) definire e applicare una convenzione tra OERU (Osservatorio Epidemiologico Regione Umbria) e ISS (Istituto Superiore Sanità) per analisi sui data base regionali relativi alla farmaco-utilizzazione con aggregazioni sia per distretto, sia per equipe territoriale che per MMG (vedi sito OERU su www.regione.umbria.it);
- e) impostare il "Documento Valutazione Servizio Sanitario" (DVSS) per la definizione e la valu-

tazione degli outcome del SSR e dei suoi livelli organizzativi, tra cui la medicina di base (in corso di definizione);

- f) attivare un "Osservatorio Regionale sull'Appropriatezza Prescrittiva" (MMG + specialisti + ospedalieri);
- g) istituire i centri interaziendali per il supporto al governo clinico, per promuovere:
 - Linee guida, epidemiologia clinica e farmacovigilanza (seguite dal Centro Regionale Per l'Epidemiologia clinica e l'Appropriatezza prescrittiva, presso l'Azienda ospedaliera di Perugia);
 - Gestione del Rischio Clinico (progetto coordinato dalla ASL di Città di Castello);
 - Continuità ospedale territorio (progetto coordinato dalla AO di Terni e ASL di Terni);
- h) formare congiuntamente tra coordinatori di equipe e coordinatori dei centri di salute (in corso di svolgimento) su:
 - Aspetti organizzativi (clinical governance);
 - Lavoro per problemi e gestione dei gruppi;
 - Audit professionale.

A livello aziendale sono state realizzate e/o sono in corso di realizzazione le seguenti azioni di supporto:

- a) attivazione di sistemi premianti che favoriscono l'adesione all'equipe;
- b) forte investimento da parte delle direzioni aziendali per favorire la costituzione delle equipe;
- c) interventi del direttore di distretto e del direttore sanitario per integrazioni con dipartimenti territoriali e transmurali e presidi ospedalieri;
- d) supporto da parte degli staff aziendali.

PUNTI CRITICI E PROSPETTIVE

Rispetto ai punti critici occorre in primo luogo ribadire la complessità del problema affrontato, essendo la gestione delle organizzazioni professionali uno dei temi sui quali gli studi hanno fornito più indicazioni sulle cose da non fare che su quelle da fare.

Certamente la lunga abitudine al lavoro individuale e all'autodefinizione delle modalità opera-

tive rappresentano condizioni di difficile superamento nel breve periodo, condizioni che peraltro non vanno connotate negativamente ove svolte all'interno delle finalità del SSN. La diffusione territoriale dell'offerta garantita dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta è un requisito di qualità importante per il servizio sanitario, e risulta peraltro molto gradita ai cittadini, come dimostrano molte indagini sulla qualità percepita, salvo che per alcune lamentele nei confronti dei massimalisti meno accessibili, ovviamente, dei colleghi con 800-1000 assistiti.

Più nello specifico vi è ora un forte dibattito sull'opportunità o meno di mantenere la separazione tra le equipe dei MMG, dei PLS e della continuità assistenziale presenti su uno stesso territorio. Qui occorre osservare che la rete della pediatria di libera scelta ha una maglia organizzativa più ampia di quella dei MMG, tanto da richiederne la gestione a livello di distretto o, almeno nei Comuni più grandi, intradistrettuale, ed una propria specificità operativa, che consiglia di sperimentare le equipe dei PLS come rete di base del dipartimento dell'età evolutiva.

Si pongono alcuni problemi relativi all'inclusione in esse dei MMG con scelte in età pediatrica e del raccordo tra le equipe distrettuali dei PLS e i centri di salute del distretto o comunque del territorio di appartenenza.

Invece una forte sovrapposizione esiste tra la medicina di base e la continuità assistenziale, anche perché molti professionisti (circa 1/3) che lavorano per la seconda sono anche medici convenzionati, mentre con la messa a regime del sistema di emergenza e urgenza sono cambiate sia la natura che le funzioni della continuità assistenziale. Questa infatti è nata e si è sviluppata in un'epoca in cui il 118 non era attivo e si poneva con forza l'urgenza di garantire la copertura assistenziale nelle 24 ore e nei periodi festivi. Ora che questo problema è qualitativamente diverso, si può iniziare a sperimentare l'integrazione tra le due figure professionali, fino a prefigurare l'attribuzione della responsabilità del-

l'assistenza nelle 24 ore ad una equipe di MMG in cui siano confluiti i medici della continuità assistenziale con una quota definita di scelte nel territorio di riferimento. Sembrerebbe invece non necessario enfatizzare gli aspetti legati alla presenza in un'unica sede a turno nelle 24 ore dei membri dell'equipe, essendo la natura dell'integrazione perseguita eminentemente funzionale. Infatti la funzione di presidio territoriale è svolta in modo del tutto soddisfacente – soprattutto ora che vi è piena integrazione con MMG e PLS – dal centro di salute dal sistema 118, che garantisce l'intervento nei casi di emergenza e di urgenza, oltre ai numerosi punti di primo soccorso e pronto soccorso presenti nel territorio regionale.

Per quanto riguarda i sistemi premianti, pur riaffermando il valore strategico della retribuzione a quota capitaria, in quanto “sistema in cui paga la salute” (sistema che consente di premiare il conseguimento di obiettivi di salute), occorrerà trovare soluzioni più organiche al problema dei fondi incentivanti. Si mira a collegarli sempre di più sia con l'adesione alle attività della equipe, sia con l'adesione dichiarata a sistemi di buona pratica clinica (adesione degli assistiti a screening raccomandati, adesione a linee guida discusse e fatte proprie dall'equipe territoriale in tema di prescrizioni farmaceutiche, di diagnostica e di ricoveri, soprattutto fuori Regione), sia infine con la verifica del rispetto effettivo di tali sistemi.

In sintesi, nel breve periodo potrebbero essere perseguiti, tra gli altri, i seguenti obiettivi:

- a) Unificare le equipe dei MMG con le equipe della Continuità assistenziale
- b) Inserire le equipe dei PLS nei dipartimenti per l'età evolutiva
- c) Diversificare i sistemi premianti:
 - accentuando il ruolo dei fattori motivanti
 - valorizzare l'adesione a strumenti che garantiscano efficacia, sicurezza, appropriatezza, equità, efficienza, coinvolgimento cittadini
- d) Diversificare i sistemi di finanziamento per le attività di risposta e per quelli di iniziativa

- e) Focalizzare l'audit della prescrizione farmaceutica su:
- analisi per alcune categorie terapeutiche
 - confronto fra linee guida e prescrizione
 - diagnosi di dimissione e uso di farmaci.
- f) Mettere a regime il report periodico sulle prescrizioni farmaceutiche per ciascuna equipe, affinando ulteriormente i materiali già prodotti dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Umbria e dall'Istituto Superiore di Sanità, fino a rendere leggibili i comportamenti prescrittivi riferiti a definite specialità all'interno dei più generali gruppi terapeutici ATC (Classificazione Anatomica Terapeutica – Chimica).

Emilia Romagna

DIPARTIMENTI DELLE CURE PRIMARIE E CURE DOMICILIARI

a cura di Clara Curcetti, Maria Rolfini

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia Romagna

a cura di Maria Lazzarato

Direttore Generale Azienda USL di Parma

Le Linee Guida regionali per l'assistenza distrettuale (DGR 309/2000), in attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999/2001, hanno comportato una ridefinizione delle funzioni del Distretto, quale struttura dell'Azienda USL che, in un definito ambito territoriale, governa la domanda di salute della popolazione assicurando i servizi di assistenza primaria. La riorganizzazione dell'assistenza distrettuale, della funzione di committenza e dell'area delle cure primarie sono state oggetto di obiettivi specifici posti alle Aziende USL a partire dal 1999, al fine di adeguare l'offerta dei servizi ai bisogni della popolazione di riferimento. All'interno del Distretto sono state distinte le responsabilità proprie delle funzioni di committenza da quelle della produzione dei servizi, portate in capo rispettivamente al Direttore del Distretto e al Direttore del Dipartimento di Cure Primarie. In tutti i Distretti della Regione è stato quindi istituito il Dipartimento delle Cure Primarie, che rappresenta la forma organizzativa della funzione di produzione dei servizi distrettuali, con il mandato specifico di organizzare e gestire il processo di produzione propria dell'assistenza primaria a tutta la popolazione del territorio di riferimento.

I DIPARTIMENTI DELLE CURE PRIMARIE

Il sistema regionale delle cure primarie è basato sul modello organizzativo delle reti integrate dei servi-

zi e dell'integrazione multiprofessionale. Tale sistema permette di garantire al cittadino una risposta esauriente ai propri bisogni di salute in un determinato territorio, all'interno delle possibilità terapeutiche e assistenziali offerte dal sistema, attraverso un processo unitario di presa in carico capace di soddisfare le sue esigenze o di affidarlo a strutture specialistiche. L'elemento base dell'organizzazione delle cure primarie è il Nucleo di Cure Primarie (NCP), che aggrega, in una porzione di territorio di 10/30.000 abitanti, studi di medici di medicina generale e di pediatri di famiglia, equipe infermieristiche dedicate all'assistenza domiciliare e altri servizi, quali i consultori, con modalità e tipologie di servizi coinvolti diversi a seconda delle realtà territoriali.

I Distretti della Regione Emilia Romagna hanno identificato le aree omogenee territoriali per la costituzione dei Nuclei di Cure Primarie, sulla base delle caratteristiche socio demografiche della popolazione e dell'offerta dei servizi sanitari presenti nel territorio.

I principali ambiti su cui si sono focalizzate le azioni sono stati lo sviluppo delle forme di associazionismo medico e delle equipe infermieristiche dedicate all'assistenza domiciliare, quali componenti fondanti i Nuclei di Cure Primarie.

Al fine di perseguire la piena integrazione della medicina generale, le Aziende USL hanno definito accordi aziendali con i MMG e i PdLS per sviluppare ulteriormente le forme associative dei

MMG, consolidare l'assistenza domiciliare e implementare programmi assistenziali rivolti a pazienti con patologie croniche. Si mira a riconoscere il NCP quale fulcro del nuovo modello organizzativo per l'erogazione delle cure primarie e, di conseguenza, l'ambito privilegiato in cui perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali e di governo clinico-assistenziale. Tutto ciò in relazione agli obiettivi di salute e al miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso l'utilizzo di strumenti quali le linee guida, gli audit clinici, la formazione continua e specifica.

Nell'ambito dei 201 Nuclei si è realizzato il coordinamento funzionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, la maggior parte organizzati in forme associative, e gli altri servizi distrettuali quali le equipe infermieristiche dedicate all'assistenza domiciliare e le equipe dei consultori familiari e pediatrici.

LE CURE DOMICILIARI

Come già sottolineato, nell'ambito dei processi di programmazione e riorganizzazione sanitaria avviati dalla Regione Emilia Romagna, particolare interesse è rivolto all'assistenza domiciliare. La riorganizzazione delle cure domiciliari, considerata obiettivo strategico, è stata oggetto di una specifica normativa regionale, attraverso la quale sono stati proposti modelli migliorativi dell'assistenza erogata a domicilio, superando così le frammentazioni esistenti dovute alla suddivisione dell'assistenza ai pazienti per categorie.

Questa nuova organizzazione è avvenuta, come già indicato in precedenza, nell'ambito della ridefinizione del ruolo del Distretto e della costituzione del Dipartimento delle Cure Primarie che, attraverso i Nuclei di Cure Primarie, consente ai professionisti che ne fanno parte di svolgere un ruolo particolarmente significativo nell'attuazione di nuovi modelli assistenziali e in particolar modo nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

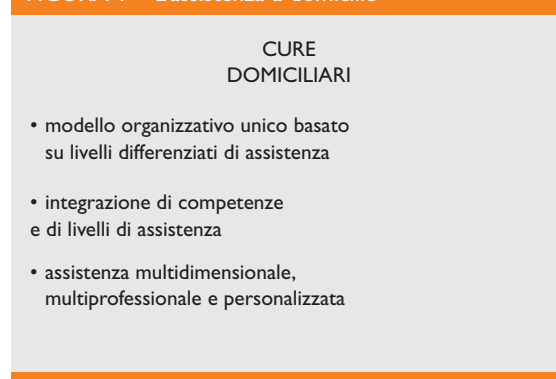
L'assistenza domiciliare, derivante dalla nuova or-

ganizzazione, è divenuta un servizio presente in tutti i Distretti (dove esiste un'equipe infermieristica dedicata con una media regionale di 1,7 infermieri ogni 10.000 abitanti), prospettandosi come una forma di assistenza alternativa al ricovero o all'istituzionalizzazione, il cui utilizzo può evitare il ricorso alla degenza ordinaria per patologie trattabili domiciliariamente e consente di mantenere al proprio domicilio le persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, favorendo l'eventuale recupero delle loro capacità residue di autonomia e di relazione.

Caratteristiche peculiari del nuovo approccio assistenziale

Il nuovo approccio assistenziale propone un unico modello organizzativo per tutte le tipologie di pazienti assistibili a domicilio, basato sull'integrazione delle figure professionali coinvolte (MMG, infermieri, medici specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti di base, membri delle associazioni del volontariato) e su tre livelli di intensità delle cure erogate, in relazione ai bisogni assistenziali espressi dal singolo paziente (Fig. 1).

FIGURA 1 - L'assistenza a domicilio



Gli aspetti fondamentali del modello proposto sono:

- la valutazione multidimensionale dello stato funzionale del paziente, sulla base di griglie valutative omogenee e standardizzate;
- la predisposizione di un piano personalizzato di assistenza, basato sulla valutazione multidimensionale e orientato per problemi;
- l'assistenza erogata da un'equipe multiprofessionale;
- l'individuazione di un responsabile del caso che,

in stretta collaborazione con il responsabile terapeutico, assicura la realizzazione del piano di cura, coordinando gli interventi necessari;

■ la continuità assistenziale.

I destinatari dell'assistenza domiciliare integrata sono principalmente le persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, in particolare con presenza di patologie in fase terminale, riacutizzazioni di patologie croniche, dimessi o dimissibili da strutture sanitarie o residenziali (dimissioni protette), bambini con patologie croniche e in particolare condizioni di disagio sociale, portatori di gravi disabilità. In merito alla continuità terapeutica (continuità delle cure), assume particolare rilievo la necessità di concordare con le unità operative ospedaliere e i servizi sociali dei Comuni apposite procedure per le dimissioni protette, per l'attivazione delle consulenze specialistiche e per l'accesso ai servizi di diagnostica strumentale. La necessità di applicare un modello fortemente innovativo e complesso come quello proposto ha determinato il bisogno di individuare, a livello di ciascuna Azienda USL, un gruppo di esperti operanti nei diversi settori dell'assistenza domiciliare, riuniti in una Commissione Professionale per le Cure Domiciliari (CPD), con il compito di approfondire gli aspetti principali dell'assistenza, assicurandone l'omogeneità a livello locale (Fig. 2).

FIGURA 2 - CPD



Le CPD sono state istituite in tutte le Aziende USL e i temi affrontati al loro interno hanno riguardato principalmente la definizione dei criteri di eleggibilità dei pazienti in assistenza domiciliare, la specificazione dei livelli di intensità as-

sistenziale, l'individuazione dei percorsi assistenziali per le dimissioni protette.

La particolare importanza attribuita all'integrazione multiprofessionale dell'equipe assistenziale, quale elemento indispensabile a garantire la realizzazione di un programma di assistenza domiciliare, ha portato l'organizzazione regionale a promuovere sull'argomento uno specifico corso di formazione, prima a livello interaziendale e successivamente aziendale, nell'ambito del quale sono stati approfonditi gli aspetti riguardanti gli strumenti dell'integrazione, quali il piano personalizzato di assistenza e la cartella domiciliare integrata.

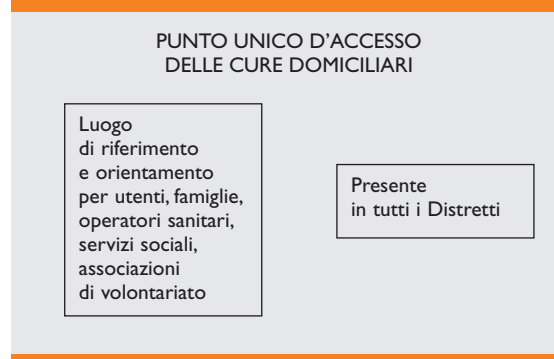
La struttura organizzativa del Servizio di Assistenza Domiciliare nel Distretto

La sede organizzativa delle cure domiciliari, individuata nel Distretto, è l'ambito in cui si integrano tutti i professionisti e i servizi coinvolti nell'erogazione dell'assistenza: l'equipe infermieristica domiciliare, i Medici di Medicina Generale nelle diverse forme associative, il Servizio Assistenza Anziani, il Servizio di Assistenza Domiciliare di tipo sociale erogata dai Comuni.

Presso ogni Distretto è inoltre attivo un Punto Unico di Accesso per le cure domiciliari (Fig. 3), quale sede di raccolta della domanda di assistenza e di attivazione dei percorsi di presa in carico e punto di riferimento e orientamento per utenti e famiglie, operatori sanitari (delle diverse unità operative sia ospedaliere che territoriali), servizi sociali e associazioni di volontariato.

L'equipe multiprofessionale domiciliare è costi-

FIGURA 3 - Punto Unico di Accesso



tuita da Medici di famiglia, infermieri, assistenti sociali e altri operatori dell'area sanitaria, tra cui medici specialisti e tecnici della riabilitazione e dell'area sociale che, in maniera integrata, assicura al domicilio del paziente un'assistenza continuativa e globale, erogata in relazione alle necessità per tutto l'arco della settimana (fascia oraria diurna), compreso il sabato e la domenica per i casi gravi.

Il flusso informativo dell'assistenza domiciliare

La complessità e le peculiarità del nuovo modello organizzativo hanno reso indispensabile l'istituzione a livello regionale di un flusso informativo specifico (Fig. 4) per superare i flussi già esistenti, indirizzati a rilevare separatamente l'attività dei diversi componenti dell'equipe domiciliare (MMG, infermieri, assistenti sociali, ecc.) o delle diverse tipologie di pazienti assistiti (oncologici, anziani, pazienti affetti da AIDS).

FIGURA 4 - Flusso informativo

FLUSSO REPETTO – SI – ADI (circolare 9/2002)	
CATEGORIE DI INFORMAZIONI:	
<ul style="list-style-type: none"> • Caratteristiche del paziente • Dati anagrafici • Condizione patologica o problema prevalente ai fini dell'assistenza 	
CARATTERISTICHE DELL'ASSISTENZA EROGATA	
<ul style="list-style-type: none"> • Origine, motivazione e conclusione dell'assistenza • Livello d'intensità delle cure • Tipologia dell'assistenza • Operatori coinvolti e relativi accessi • Durata dell'assistenza 	

Il flusso informativo regionale, a partire dall'anno 2000, ha consentito di utilizzare criteri omogenei per conoscere e descrivere l'assistenza fornita al domicilio dei pazienti, permettendo inoltre di verificare il raggiungimento dei risultati rispetto agli obiettivi attesi. Le informazioni raccolte consentono, infatti, di misurare in modo approfondito l'attività erogata con gli indicatori di attività, di accessibilità e di struttura stabiliti dalla normativa regionale. Inoltre, la rilevazione effettuata individualmente per ciascun soggetto assistito (così come avviene ad esempio per le schede di dimissione ospedaliera) permette di rico-

struirne i percorsi assistenziali (ad esempio i ricoveri ospedalieri). I dati che si è ritenuto necessario rilevare, indicati dapprima nella Delibera di Giunta Regionale 124/99 (*Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari*) e successivamente nella circolare regionale 9/2002, esplorano due categorie fondamentali dell'assistenza domiciliare: le caratteristiche del paziente e le caratteristiche dell'attività erogata.

Le informazioni relative alle caratteristiche del paziente analizzano la condizione patologica del paziente, determinante l'impegno assistenziale e la situazione anagrafica riferita all'età e al sesso.

I dati concernenti le caratteristiche dell'assistenza erogata riguardano, fra l'altro, l'origine e la motivazione della richiesta di attivazione dell'assistenza domiciliare, la tipologia di assistenza, il livello di intensità delle cure, gli operatori coinvolti nella realizzazione del piano di cura con i relativi accessi, la motivazione della cessazione dell'assistenza. La rilevazione delle tre date fondamentali, segnalazione, inizio e conclusione dell'assistenza, permettono di definire la durata dell'episodio di cura (intendendo per episodio di cura il periodo che va dalla data della presa in carico alla data della dimissione e durante il quale vengono effettuati n accessi) e del tempo di attesa per la presa in carico. Componente essenziale del flusso informativo è l'episodio di cura (o Tipologia di Assistenza Domiciliare – TAD) reso al singolo paziente (Fig. 5).

FIGURA 5 - TAD

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA DOMICILIARE (episodio di cura o TAD)	
1	ASSISTENZA MEDICINA GENERALE
2	ASSISTENZA SPECIALISTICA
3	ASSISTENZA INFERMIERISTICA
4	ASSISTENZA SOCIALE

Le tipologie di assistenza domiciliare, pur mantenendo la fondamentale caratteristica di assistenza erogata da un'equipe multiprofessionale, vengono definite in base alla figura professionale che prevalentemente assiste il paziente (responsabile dell'assistenza) o, nel caso del MMG, in relazione all'apertura di contratti amministrativi previsti dagli accordi attuativi nazionali e regionali. Sono pertanto previste cinque tipologie diverse di TAD:

1) *TAD di Assistenza di Medicina Generale* – sono così definiti tutti gli episodi di cura corrispondenti ai contratti amministrativi dei Medici di Medicina Generale “ADI, ADP, NODO”.

Nei casi in cui il Medico di Medicina Generale non valuti la necessità di attivare un contratto amministrativo:

- 2) *TAD di Assistenza Infermieristica* – sono così definiti tutti gli episodi di cura dove l'infermiere è il responsabile assistenziale;
- 3) *TAD di Assistenza di Medicina Specialistica* – sono così definiti tutti gli episodi di cura che hanno per responsabile assistenziale e terapeutico il medico specialista;
- 4) *TAD di Assistenza del Volontariato* – sono così definiti tutti gli episodi di cura che vedono la responsabilità assistenziale e terapeutica dei medici dell'associazione di volontariato;
- 5) *TAD di Assistenza Sociale* – sono così definiti tutti gli episodi di cura di assistenza domiciliare dove è prevalente l'assistenza tutelare.

Tra i dati riferiti alle caratteristiche del paziente viene rilevata la condizione patologica o il problema prevalente ai fini dell'assistenza, al fine di individuare il problema (sanitario o non sanitario) che il paziente presenta in quel particolare momento e che determina il maggior impegno assistenziale per l'intera equipe nell'ambito dell'episodio di cura; non necessariamente quindi si tratta della patologia principale di cui è affetto il soggetto ma l'individuazione della categoria da cui dipende la particolare situazione della persona.

L'aggregazione proposta è nata dall'esperienza di raccolta dei dati analitici per singolo codice diagnostico nella fase sperimentale del flusso infor-

mativo; tale esperienza ha messo in evidenza da un lato il concentrarsi della casistica su alcune specifiche patologie o gruppi di patologie, dall'altro le notevoli possibilità di errore e/o diversità di interpretazione insite nel sistema di segnalazione analitico.

Tenendo conto di questi elementi e del grado di approfondimento richiesto, si sono individuati i raggruppamenti sotto riportati, con le corrispondenze dei codici analitici della classificazione ICD-9 CM:

- Infezioni da HIV
- Tumori
- Diabete mellito
- Demenza senile e morbo di Alzheimer
- Altre psicosi, neurosi, ritardo mentale
- Parkinson e altre malattie degenerative SNC
- Emiplegie, monoplegie e altre sindromi paralitiche
- Scompenso cardiaco e cardiopatie mal definite
- Malattie cerebrovascolari acute e croniche
- Altre malattie del sistema circolatorio
- Malattie dell'apparato respiratorio
- Malattie dell'apparato digerente
- Insufficienza renale e altre malattie del sistema genitourinario
- Ulcere croniche e da decubito e altre malattie della pelle
- Artrosi, artrite e altra patologia del sistema osteo-muscolare e connettivo
- Fratture del femore e altri postumi di fratture
- Altra patologia non altrove indicata
- Problemi non legati a patologie ma ad altre circostanze.

La raccolta delle informazioni sull'attività di assistenza domiciliare, attraverso il flusso informativo descritto, ha permesso di rilevare l'attività erogata dall'equipe domiciliare nell'ambito del piano assistenziale personalizzato; tuttavia una parte considerevole delle cure domiciliari è rappresentata da prestazioni occasionali rese a pazienti che non necessitano di un progetto assistenziale articolato e personalizzato (ad esempio: prelievi ematici, visite specialistiche). Nel 2003 si è quindi ritenuto

necessario implementare il flusso informativo con le informazioni relative alle attività domiciliari occasionali, il che ha consentito di valutare complessivamente l'attività svolta dalle equipe domiciliari distinguendo, da una parte, le caratteristiche dell'assistenza erogata ai pazienti presi in carico con le diverse tipologie di assistenza domiciliare (TAD) e, dall'altra, il numero di pazienti e le relative prestazioni occasionali effettuate dall'equipe domiciliare (in particolare dagli infermieri).

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati forniti dal flusso informativo ha consentito di conoscere le cure domiciliari erogate nella nostra Regione, cogliendone alcuni aspetti salienti (Fig. 6). Viene infatti assicurata una copertura assistenziale nei confronti di tutta la popolazione residente, anche se gli anziani con più di 80 anni risultano i maggiori fruitori di questo servizio.

I tassi specifici per età mettono in evidenza che in media, a livello regionale, vengono presi in carico, con un piano assistenziale personalizzato, oltre 16 pazienti ogni 1.000 abitanti (questo dato non tiene conto dei pazienti che hanno usufruito di prestazioni occasionali); gli ultraottantenni seguiti sono oltre 151 ogni 1000 abitanti. Nel 2003 sono stati seguiti al proprio domicilio 111.584 pazienti, tra cui oltre 66.000 presi in ca-

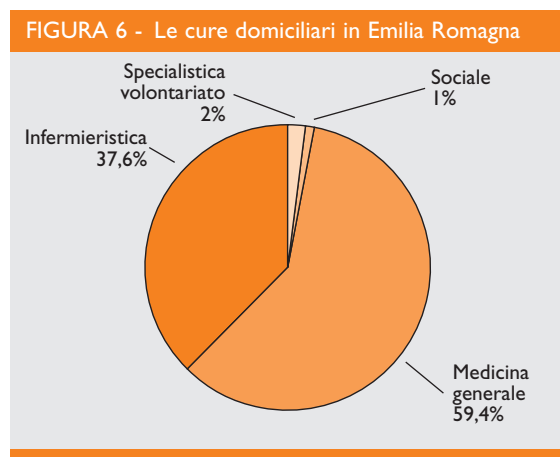
rico con piano assistenziale.

Elemento significativo dell'assistenza domiciliare è l'integrazione degli operatori attraverso lo sviluppo delle equipe multiprofessionali: rilevante è stata l'integrazione a domicilio da parte dei diversi operatori, in particolare il medico di famiglia e l'infermiere rappresentano i due principali responsabili dell'assistenza. Altro aspetto significativo che si evidenzia è quello relativo all'assistenza infermieristica, che rappresenta una componente fondamentale dell'assistenza domiciliare. L'infermiere infatti svolge la propria attività anche in qualità di operatore unico per programmi assistenziali di esclusiva attività di nursing.

L'assistenza domiciliare è il servizio offerto dal Distretto al cittadino e si può collocare fra le strutture ospedaliere e le strutture residenziali per anziani non autosufficienti, garantendo la continuità assistenziale ai pazienti con necessità di dimissioni protette, al termine del periodo di ricovero ospedaliero e si pone, per periodi medio lunghi, come alternativa ai ricoveri nelle strutture residenziali.

Le cure domiciliari si collocano inoltre fra gli interventi di sostegno alle responsabilità familiari, parte integrante delle politiche per migliorare l'efficacia dei progetti di cura rivolti ai pazienti, in quanto il ruolo della famiglia è fondamentale per garantire un'adeguata assistenza domiciliare.

La famiglia entra perciò a pieno titolo nel percorso assistenziale come componente dell'equipe curante e viene sostenuta attraverso interventi di supporto diversificati, tra i quali svolge un ruolo importante il responsabile del caso, che supporta la famiglia garantendo la mediazione e i collegamenti con i diversi servizi, l'utilizzo, qualora necessario, di ricoveri presso strutture residenziali (Hospice, Strutture residenziali per anziani ecc.) per periodi temporanei, l'attribuzione dell'assegno di cura.



Regione Toscana

LE UNITÀ DI CURE PRIMARIE IN TOSCANA

a cura di Cosetta Simonti

Direzione Generale "Diritto alla Salute" della Regione Toscana - Responsabile della Posizione Organizzativa "Convenzioni Mediche"

Le Unità di Cure Primarie (UCP) rappresentano per la Toscana un nuovo modello organizzativo di erogazione dell'assistenza sanitaria territoriale. Esse si inseriscono in un quadro più ampio di studio e verifica di strumenti innovativi che la Regione sta promuovendo per offrire una risposta organizzata e modulata in relazione ai problemi sanitari e socio-sanitari complessi.

Questo modello è il frutto di un lungo lavoro della Regione, che ha coinvolto i diversi attori dell'assistenza primaria e ha trovato una prima conclusione nell'accordo regionale su tutta la cosiddetta "medicina convenzionata", recepito con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1204 del 17 novembre 2003. Un accordo sottoscritto dall'Assessore del Diritto alla Salute, dai Direttori Generali delle 12 Aziende sanitarie e da tutte le Organizzazioni Sindacali delle diverse professionalità mediche di assistenza primaria, continuità assistenziale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale, ad esclusione del sindacato Snammi dell'area della medicina generale.

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Norme nazionali

■ DPR 270/2000 "Regolamento di esecuzione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale" prevede, all'art.15, l'istituzione in via sperimentale di équipe territoriali finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attività dei singoli

operatori tra loro e con gli obiettivi e i programmi distrettuali;

■ la stessa previsione è ugualmente presente nell'art. 14-ter del DPR 272/2000 "Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta";

■ DPR 271/2000 "Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni" prevede, agli artt. 15 e 16, la partecipazione degli specialisti alle attività territoriali, anche all'interno di programmi e progetti finalizzati;

■ il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 elenca, fra i 10 progetti per la strategia del cambiamento, "la promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari" e auspica una importante inversione: i servizi ospedalieri come realtà extraterritoriali, superando la logica tradizionale ospedalocentrica e attribuendo un maggiore ruolo alla medicina generale e alla pediatria di libera scelta. Si mira a garantire, fra l'altro, l'erogazione appropriata dei servizi a partire dai LEA, l'efficace continuità assistenziale, la fornitura di attività specialistiche e l'attivazione dei percorsi assistenziali;

■ l'Accordo fra Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome siglato in data 24 luglio 2003, ha individuato 5 obiettivi prioritari per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-05, tra cui "le cure primarie". In que-

st'ambito individua come necessario *“un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel governo dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità operative che favoriscano l'integrazione con le altre figure professionali territoriali”* e indica come percorso possibile *“la sperimentazione di forme evolutive delle varie tipologie di medicina di gruppo, già prefigurate dai vigenti accordi nazionali, formate da medici di medicina generale, da pediatri di libera scelta e, laddove presenti, da specialisti territoriali che...assicurino in via continuativa agli utenti le cure primarie, garantendo la continuità assistenziale e rapportandosi a specialisti che assicurino la competenza nella diagnostica di base...”*;

- l'Accordo fra Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome siglato in data 2 ottobre 2003 ha individuato le risorse per le 5 priorità del PSN 2003-2005, cui le Regioni possono accedere previa presentazione di appositi progetti.

Norme regionali

- L'Accordo integrativo regionale del 2001 per la medicina generale in applicazione del DPR 270/2000 individua, fra gli obiettivi da perseguire, il miglioramento della qualità e della quantità delle prestazioni erogate dall'area delle cure primarie e impegna le OO.SS firmatarie all'adesione alla sperimentazione delle équipes territoriali;
- l'Accordo integrativo regionale del 2001 per la continuità assistenziale, in applicazione del DPR 270/2000, conferma la previsione della partecipazione dei medici addetti alla continuità assistenziale a équipes territoriali sperimentali;
- l'Accordo integrativo regionale del 2001 per la pediatria di libera scelta, in applicazione del DPR 272/2000, rileva l'esigenza di riformare l'area delle cure primarie, riconoscendo ad essa un maggiore rilievo nella funzione di governo del sistema;
- l'Accordo integrativo regionale del 2001 per la medicina specialistica interna, in applicazione

del DPR 271/2000, riconosce la partecipazione degli specialisti al rinnovamento del sistema sanitario, anche attraverso la flessibilità e la territorialità dell'impegno professionale e l'implementazione dell'attività ambulatoriale e domiciliare;

- la Legge Regionale 22/2000, sul riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario toscano, indicava il medico di medicina generale in quanto primo referente capace di accogliere e indirizzare la domanda e come soggetto responsabile nei confronti del cittadino dell'attivazione del percorso assistenziale, definito e realizzato nell'ambito dei servizi e delle risorse gestite e organizzate nei distretti;
- la nuova Legge Regionale n. 40 del 24.2.2005 che modifica e integra la LR 22/2000, ai fini del riordino dell'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale, formalizza questo nuovo modello organizzativo sperimentale. In particolare chiarisce che l'attivazione delle “unità di cure primarie” è finalizzata alla qualificazione e all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali;
- il Piano Sanitario Regionale 2002-2004, approvato con delibera del Consiglio regionale 9 aprile 2002, n. 60, prevedeva forme di maggiore responsabilizzazione e coinvolgimento dei medici convenzionati e promuove forme di collaborazione e associazione tra i diversi professionisti del territorio, nonché l'attivazione di servizi e attività che riportino al territorio livelli di assistenza inopportunosamente erogate a livello ospedaliero;
- il nuovo PSR 2005-2007, approvato con Delibera del Consiglio regionale n. 22 del 16.2.2005, ha confermato le scelte programmatiche generali del Piano 2002/2005 e ha inserito 12 nuovi progetti speciali, come “priorità” da conseguire nel triennio, tra cui le Unità di Cure Primarie. Per la realizzazione di questo progetto speciale, si prevede l'attivazione graduale e sperimentale, nel triennio di valenza del Piano, di Unità di Cure Primarie, con l'obiettivo di raggiungere, a partire dal 2005 ed entro la fine del

2007, il 30% della popolazione toscana (circa 1 milione di abitanti), prevedendo il coinvolgimento annuale del 10% della popolazione. Tale modello, secondo il PSR, rappresenta il futuro assistenziale in termini aggregativi e di riappropriazione da parte del territorio del ruolo preminente di intercettazione del fabbisogno sanitario; non dovrà essere disgiunto dall'assunzione di altre determinazioni comunque rivolte a sollecitare e premiare l'associazionismo fra medici, con forme che comunque garantiscano uniformi livelli di assistenza, e ad iniziative territoriali rivolte nella stessa direzione assistenziale.

ATTUALE CONTESTO REGIONALE DI RIFERIMENTO

Il modello di Unità di Cure Primarie si inserisce all'interno di un processo volto a valorizzare e riorganizzare i servizi sanitari territoriali, per ottenere un servizio di assistenza primaria efficace, economicamente sostenibile e gradito alla popolazione.

Nel perseguimento di tale obiettivo si inserisce la centralità del ruolo di tutta la medicina di base. A tal fine la Regione Toscana ha promosso diverse sperimentazioni, tra cui l'attivazione delle "Società della salute", che costituisce un nuovo modello di governo e gestione delle cure territoriali che chiama i Comuni ad un maggior coinvolgimento nella corresponsabilità del governo della sanità.

Ha promosso, inoltre, con un grande impegno organizzativo ed economico, la diffusione delle forme associative della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta, indicate in tutti gli atti normativi regionali come "la dimensione professionale da incentivare nel processo di responsabilizzazione e integrazione dei medici di base nella gestione del Sistema Sanitario Regionale". Tutto ciò nell'obiettivo di accentuare la funzione di governo della domanda da parte del medico di famiglia, sia in termini di ruolo di filtro per l'accesso agli altri livelli del sistema, che di perseguimento dell'appropriatezza nelle atti-

ività direttamente erogate.

La rilevante presenza di forme associative in Toscana ha costituito un punto di forza per nuove sperimentazioni di integrazione tra i medici di famiglia e il servizio sanitario. Un'apposita indagine effettuata nel 2003 dall'Agenzia Regionale Sanitaria Toscana, sulla situazione al 31.12.2002, ha evidenziato che, sul numero complessivo di medici di medicina generale titolari di convenzione pari a 3111 unità, quasi due medici su tre (il 64%) risultava aderente ad una delle forme associative previste, comprese le "Cooperative mediche". Questa è un'ulteriore forma di associazionismo, più complessa di quelle previste dall'Accordo Collettivo Nazionale, che ha portato alla stipula di accordi-contratto tra le Cooperative mediche e le rispettive aziende territoriali di appartenenza, caratterizzate da contenuti aggiuntivi (es. ambulatori per patologie).

Discende da questi numeri che in Toscana 7 assistiti su 10 sono in carico ad un Medico di Medicina Generale che non lavora più isolato, ma condivide alcuni aspetti organizzativi e funzionali del proprio lavoro con altri colleghi. Si tratta pertanto di forme associative evolute, che condividono obiettivi e programmi con i servizi distrettuali.

Da una stima recentemente effettuata il numero delle forme associative è ulteriormente cresciuto. Un'ulteriore modalità di aggregazione introdotta in Toscana sono i Team, che sono a carattere esclusivamente funzionale, ossia senza alcuna conseguenza diretta nello svolgimento dell'attività professionale del singolo medico nei confronti dei propri assistiti. I Team sono mediamente composti da 8-9 medici e rappresentano una forma associativa che condivide alcuni obiettivi con l'azienda USL. In particolare sono gruppi omogenei di discussione e di confronto fra medici (attività di audit interno, adozione di linee guida e comportamenti prescrittivi comuni), da utilizzare anche in fase di contrattazione e relazione decentrata, per l'assegnazione di obiettivi comuni e l'eventuale avvio di forme di sperimentazione

di budget. I Team possono costituire dei Centri di Responsabilità all'interno della contabilità aziendale.

I PRINCIPI ISPIRATORI

I principi che hanno ispirato la messa a punto di questo nuovo modello sono innanzitutto la continuità e comprensività degli interventi multi-professionali e la promozione della governance dei processi assistenziali.

La scelta regionale, in quest'ambito, è la promozione del governo clinico, inteso come *“insieme di comportamenti, responsabilità e azioni adottate per garantire il miglioramento continuo dei servizi erogati e la salvaguardia degli standard assistenziali”*. Si può parlare specificatamente dell'adozione di una politica sanitaria che mette al centro della propria attenzione l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni e crea le condizioni necessarie per fare in modo che la valutazione dei risultati clinici da esse ottenuti, diventi parte integrante dell'attività istituzionale dei servizi.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI

Il progetto Unità di Cure Primarie nasce dall'idea dell'Assessore regionale del diritto alla salute di costruire una risposta aggregata, a fronte di una domanda del cittadino non ancora differenziata. Insomma, un modello di risposta a rete dietro ad un “campanello” a disposizione del cittadino, posto il più vicino possibile al luogo dove si svolge la sua vita.

Il progetto ha alcuni elementi fondamentali, imprescindibili, che si possono così sintetizzare. Primo elemento caratterizzante è la “sperimentalità”, definita in un arco temporale di 2 anni. Si è partiti dall'idea di costruire modelli di assistenza territoriali specifici, in aree territoriali circoscritte, con il coinvolgimento degli stessi attori e con modalità verificabili. L'obiettivo è quello di individuare gli aspetti positivi e trasferibili delle sperimentazioni, per poter estendere gradualmente la nuova organizzazione territoriale in ambito più vasto, come diffusa modalità di risposta sanitaria territoriale.

Un'altra caratteristica essenziale della progettazione è stata la forte determinazione della Regione di diffondere e promuovere la ricchezza delle esperienze consolidate di aggregazione. Il principio è quello della “valorizzazione delle iniziative locali”, data anche la specificità del nostro territorio caratterizzato da un significativo livello di diffusione di realtà associative, mediamente dal 60% al 70%, che costituiscono senz'altro una delle condizioni più favorevoli all'avvio del nuovo modello organizzativo di cure primarie. Una buona premessa per abbandonare i ben noti limiti dell'isolamento del Medico di Medicina Generale, pur mantenendo vivo il criterio del rapporto fiduciario tra lui e i propri assistiti.

La scelta regionale si è mossa su queste premesse e pertanto ha delineato solo l'impalcatura generale del progetto, in modo da coniugare l'aspetto della realtà locale con il quadro dispositivo vigente.

Un'altra importante caratterizzazione è la “valorizzazione del ruolo assegnato” a tutte le figure mediche operanti sul territorio:

- i medici di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta, quali referenti diretti per la salute delle persone e promotori di indirizzo e guida alla corretta utilizzazione dei servizi;
- i medici di continuità assistenziale che rappresentano la garanzia della globalità dell'assistenza anche nelle ore notturne e prefestive e festive;
- gli specialisti ambulatoriali che, con le proprie specifiche professionalità, contribuiscono a promuovere iniziative dirette a migliorare comportamenti e stili di vita.

Tutti questi soggetti sono chiamati a garantire l'effettiva presa in carico del cittadino, al fine di ricondurre la medicina territoriale al proprio ruolo originario attraverso l'intercettazione diretta del fabbisogno sanitario. Obiettivo prioritario, in quest'ambito, è l'uso appropriato del pronto soccorso. Il progetto si è infine ispirato al principio della “gradualità” nell'attivazione dei processi; infatti è stato previsto che il livello di erogazione sanitaria più complesso (quello che potrà prevedere l'utilizzo di strumentazione tecnica e l'inserimento di altre profes-

sionalità a valenza territoriale, quali operatori distrettuali, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, ecc.), possa essere attivato anche in tempi differenziati.

GLI ESITI ATTESI

L'erogazione dell'assistenza 24 ore su 24, 7 giorni su 7, è dunque l'obiettivo ambizioso di questo progetto e per realizzarlo è risultato necessario innanzitutto creare i presupposti per consentire la reale integrazione fra le professionalità mediche coinvolte. Così, la pediatria di libera scelta si dovrà integrare:

- operativamente, attraverso la partecipazione al progetto di "consulenza ambulatoriale pediatrica" (Deliberazione della Giunta Regionale n. 12 del 1.12.2004), che prevede l'apertura di ambulatori pediatrici durante alcune ore dei giorni prefestivi e festivi con accesso indiretto dell'utente, in quanto la continuità assistenziale resta il primo riferimento anche per la pediatria nelle ore notturne e prefestive e festive;
 - funzionalmente, attraverso incontri programmati, sia di carattere organizzativo che clinico, con gli altri operatori della Unità di Cure Primarie, nonché con la condivisione di linee guida e percorsi assistenziali, in un'ottica di appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni e dell'uso delle risorse;
- Gli specialisti ambulatoriali si dovranno integrare:
- attraverso la definizione di specifici percorsi assistenziali per particolari patologie;
 - per la presa in carico di patologie croniche specifiche;
 - per il miglioramento delle modalità di comunicazione fra specialista e medico di famiglia;
 - attraverso la partecipazione all'ADI;
 - per l'attivazione di modalità di accesso alla specialistica in ragione della priorità, sempre nell'ottica dell'appropriatezza;
 - attivando consulenza specialistica prefestiva e festiva per visite non differibili e consulti durante la presenza dei medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta.

La continuità assistenziale si dovrà integrare:

- attraverso l'acquisizione delle notizie cliniche di tut-

ti i pazienti che afferiscono all'area di riferimento, ove il livello di informatizzazione lo consente;

- fornendo ai medici di assistenza primaria, cui risultano essere iscritti i pazienti che si sono rivolti al servizio di continuità assistenziale, le informazioni sugli interventi più significativi effettuati;
- attraverso la partecipazione a momenti programmati di incontri organizzativi e clinici con tutti i professionisti coinvolti.

Si dovrà quindi pervenire al raggiungimento dell'obiettivo ambizioso che assicuri, nell'ambito di riferimento individuato, la globale presa in carico del paziente h 24, 7gg/7, attraverso l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari da parte dell'assistenza primaria, della pediatria di libera scelta, della specialistica ambulatoriale, della continuità assistenziale.

Vi sono anche altri esiti attesi da questa sperimentazione, quali:

- il miglioramento del percorso assistenziale;
- la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni;
- il rafforzamento di un processo di educazione sanitaria nonché di informazione della popolazione;
- l'attivazione di punti territoriali di erogazione dell'assistenza sanitaria, facilmente individuabili da parte della popolazione e in grado di erogare appropriata assistenza sanitaria di primo soccorso in alternativa ai presidi ospedalieri;
- il necessario mantenimento, allo stesso tempo, oltre alla previsione di un accesso unico dell'utente alle prestazioni di primo soccorso, della capillarizzazione degli ambulatori convenzionati sul territorio, per garantire una facile accessibilità ai cittadini più deboli.

GLI STRUMENTI

Gli strumenti a disposizione per il raggiungimento di tutti gli obiettivi preposti sono:

- l'individuazione di una sede unica a cui l'utente potrà sempre far riferimento per il soddisfacimento dei suoi bisogni sanitari, in cui i medi-

ci sono sempre presenti, a turno. Il cittadino può, pertanto, accedere facilmente all'UCP, anche se non necessariamente troverà il proprio medico di fiducia. Inoltre, la sede unica non esaurisce l'attività ambulatoriale del singolo medico, che può mantenere aperto il proprio studio e lo deve fare nelle sedi periferiche;

- la concertazione con le organizzazioni sindacali: è, infatti, una peculiarità del modello toscano la permanente concertazione con le OOSS rappresentative delle professionalità mediche coinvolte;
- la volontarietà dell'adesione al progetto dei singoli professionisti, indipendentemente dalla sottoscrizione o meno del progetto stesso da parte delle rispettive organizzazioni sindacali di appartenenza (per esempio un medico SNAMI, pur appartenendo ad un sindacato non aderente, può individualmente aderire al progetto attivato nell'ambito territoriale di sua competenza);
- l'informatizzazione per la messa in rete delle notizie cliniche degli assistiti, conservate nei singoli ambulatori convenzionati con la sede unica dell'UCP, con le sedi della continuità assistenziale per consentire il collegamento con gli ambulatori specialistici, la radiodiagnostica, i laboratori di analisi, il Centro Unico di Prenotazione della rete aziendale;
- il finanziamento delle singole UCP. A tale proposito la delibera regionale prevede la modulazione del finanziamento in relazione agli obiettivi identificati come prioritari dalla sperimentazione. Inoltre nella definizione degli incentivi dovrà essere assicurata l'omogeneità economica delle Unità di Cure Primarie, a parità di funzioni svolte;
- il monitoraggio della sperimentazione, sarà svolto da un apposito "gruppo di valutazione e monitoraggio", costituito – con delibera di Giunta – da funzionari della Regione Toscana, dell'Agenzia regionale di sanità, rappresentanti delle Aziende sanitarie e rappresentanti delle Organizzazioni sindacali. Il gruppo di valutazione e monitoraggio è costituito dallo stesso gruppo di persone che ha finora esaminato i progetti di

UCP, relazionando alla Giunta Regionale per la relativa approvazione. Al fine del monitoraggio, il gruppo acquisisce e valuta dati e informazioni sui progetti, accerta la compatibilità degli stessi con gli obiettivi prefissati, verifica l'attività sulla base di indicatori di processo predeterminati. Si verificherà, ad esempio, la partecipazione dei medici agli incontri previsti, l'entità e la qualità delle informazioni cliniche messe a disposizione dell'UCP, l'opera di educazione e informazione agli assistiti. Sono presenti anche indicatori di risultato, quali la diminuzione degli accessi dei codici bianchi ai pronto soccorso, il contenimento dei ricoveri impropri, la riduzione dei ricoveri ospedalieri fuori azienda.

I progetti presentati dal Direttore Generale dell'Azienda sanitaria devono contenere gli elementi sottoindicati, che comprendono sia gli aspetti ritenuti pregiudiziali per l'accoglimento del progetto, sia gli ulteriori, eventuali elementi qualitativi definiti in ambito di stesura dell'accordo in sede aziendale:

- l'avvenuta condivisione dell'Unità di Cure Primarie con tutte le OOSS presenti sul territorio, firmatarie dell'accordo regionale;
- la nomina del referente aziendale e del referente medico dei professionisti medici (quest'ultimo è – ovviamente – nominato d'intesa fra tutti i medici afferenti l'Unità di Cure Primarie). Queste figure avranno un ruolo molto importante di raccordo con il gruppo di valutazione e monitoraggio, con l'azienda e con tutti i singoli aderenti alla sperimentazione;
- l'area territoriale di riferimento e il bacino di utenza coinvolto;
- l'analisi del fabbisogno sanitario del territorio di riferimento;
- la ricognizione delle risposte sanitarie già presenti nel territorio di riferimento;
- le modalità di erogazione della continuità assistenziale h 24 per 7 gg;
- le modalità di integrazione della continuità assistenziale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale;
- la sede comune: caratteristiche e modalità di uti-

- lizzo da parte dei medici aderenti;
- la garanzia del mantenimento dello stesso livello di assistenza per tutti gli assistiti dell'azienda. Ovviamente è essenziale che non siano distolti, per esempio, operatori della continuità assistenziale da sedi normalmente attive per favorire l'erogazione dell'assistenza nell'ambito territoriale di competenza dell'Unità di Cure Primarie;
- l'individuazione delle risorse finanziarie, professionali, strumentali e strutturali necessarie all'attivazione del progetto;
- la previsione dell'adozione di linee guida cliniche;
- la realizzazione di percorsi assistenziali e la predisposizione di protocolli diagnostici terapeutici;
- l'attivazione di ambulatori di patologia;
- la previsione di una presenza infermieristica continua;
- la previsione di una modalità di coordinamento e integrazione con le strutture ospedaliere;

- l'individuazione degli indicatori di monitoraggio;
- la programmazione dell'adeguata informazione ed educazione sanitaria rivolta agli utenti;
- la previsione della semplificazione e snellimento delle procedure burocratiche per l'assistito.

PROGETTI UCP PERVENUTI: UNA PRIMA VALUTAZIONE

I progetti pervenuti sono stati esaminati dal Gruppo di valutazione e monitoraggio, che si è avvalso di una scheda appositamente predisposta in grado di evidenziare tutti gli elementi contenuti nel progetto e le eventuali carenze pregiudiziali al suo accoglimento. Una volta condivisa la scheda, il Gruppo ha richiesto, quando necessario, integrazioni o modifiche al progetto, per consentire l'ammissibilità dello stesso.

I 28 progetti presentati esaminati risultano valutati come riportato nella tab. 1:

TABELLA 1 - Valutazione dei progetti UCP

n. prog	Asl	Rapporto tra UCP e popolazione	H24 7 gg/7	Sede unica	Integrazione continuità assistenz.*	Integrazione specialistica ambulat.*	Attività di primo soccorso	Riunioni coordinamento	Comunicazione con i pazienti
1	1	Lunigiana (51.300 ab)	Si	no	no	no	si	parz	si
2	2	Valle del Serchio (6.800 ab)	Si	si	si	parz	parz	no	si
3	2	Piana di Lucca (6.800 utenti)	Si	si	si	no	no	no	no
4	3	Lamporecchio (10.000)	Si	si	si	si	si	si	si
5		Monsummano (20.000)	Si	no	si	si	si		
6		Coop C. da Pistoia (10.000)	Si	si	no	si	si	no	no
7	4	Prato (35.000)	Si	no	parz	si	si	si	si
8	5	Cascina (5.700)	Si	si	si	parz	si	si	si
9		La Rosa (20.000)	Si	si	si	parz	si	si	si
10		Alta Val di Cecina (9.000)	Si	no	si	parz	si	si	si
11	6	Colline pisane (4.950)	Si	si	si	si	si	si	si
12	7	Amiata senese (15.000)	No	no	no	no	parz	si	no
13	8	Rassina (6.039)	Si	si	si	no	si	no	no
14		Poppi (7.904)	Si	no	si	no	si	no	no
15		Stia (5.577)	Si	si	si	no	si	no	no
16		Civitella Val di Chiana (6.000)	parz	si	si	no	si	si	si
17		Castiglion Fiorentino (11.976)	Si	si	si	si	si	no	no
17		Castelfranco/Pian di Sco (8.500)	Si	no	si	no	si	no	no
18	9	Colline dell'Albegna (20.000)	Si	no	no	no	parz	no	no
19		Grosseto (15.000)	Si	parz	no	parz	si	no	no
20		Colline Metallifere (20.000)	Si	si	no	parz	si	no	no
21		Amiata grossetana (17.000)	Si	si	no	parz	si	no	no
22	10	Firenze (47.420)	No	no	no	no	si	parz	no
23	11	Empoli (45.111)	Si	no	si	si	no	si	si
24		Certaldo (15.863)	Si	si	si	si	si	si	si
25		S. Croce (12.491)	Si	si	si	si	si	si	si
26	12	Camaiore (8.000)	Si	si	si	si	si	si	si
27		Tabarracci (8.000)	Si	si	si	si	si	si	si
28		Versilia nord (8.500)	Si	si	si	si	si	si	si

* L'integrazione tra l'UCP, i Medici di continuità assistenziale e i Medici specialisti ambulatoriali è di tipo funzionale.

I 28 progetti comprendono un bacino di circa 450.000 utenti, con il coinvolgimento di circa 400 medici di assistenza primaria.

Dall'esame dei progetti sono emersi molti elementi positivi e alcune criticità.

Tra gli elementi positivi sono da segnalare, anzitutto, l'avvio di un dialogo e il raggiungimento di un'intesa con le Organizzazioni sindacali delle diverse categorie mediche: medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta, medici di assistenza primaria e specialisti ambulatoriali, medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale.

Altro elemento positivo riguarda l'ampia attenzione agli investimenti tecnologici: tutte le UCP hanno lavorato per l'informatizzazione della sede unica.

Da un punto di vista di impiego di risorse umane, i progetti si sono rivolti per lo più a implementare le unità infermieristiche sia per raggiungere l'obiettivo della presenza dell'infermiere nelle sedi uniche per tutto l'orario diurno, sia per incentivare la presenza infermieristica nell'Assistenza Domiciliare Integrata.

In alcuni casi è stato anche previsto il coinvolgimento di altri operatori professionali distrettuali. L'ambulatorio della sede unica è attrezzato per assicurare un'adeguata risposta ai codici bianchi, è attivo in concomitanza con le sedi periferiche degli ambulatori, che restano distribuiti capillarmente su tutto il territorio.

Tra le criticità più frequenti si segnala la difficoltà nell'individuazione specifica delle modalità che consentono la realizzazione degli obiettivi preposti (probabilmente la concretizzazione, il rendere compatibili le idee con le azioni può risultare difficile). Si è ritenuto, invece, importante prevedere, fin dall'inizio, l'attivazione o l'implementazione di percorsi diagnostici e di ambulatori per patologia.

Inoltre, mentre in alcuni progetti risulta ben organizzato l'aspetto degli incontri, delle verifiche, della condivisione fra referenti e partecipanti, al-

tri sono invece carenti sotto questo aspetto. Si è ritenuto che questo aspetto dovesse essere particolarmente curato sia nella fase di inizio dell'attività, sia in seguito, per consentire un buon livello di monitoraggio interno.

INDICATORI

In seguito alla lettura e all'analisi dei progetti presentati, il Gruppo di valutazione e monitoraggio ha ritenuto di misurare la dimensione del processo da attivare attraverso i seguenti indicatori:

- h 24 per 7 gg su 7: misurare l'effettiva presa in carico dell'assistito nelle 24 h per 7 gg alla settimana;
- sede unica: accertare la presenza della disponibilità di una sede comune, dotata di collegamenti informatici con gli ambulatori dei singoli medici che possono e devono anche mantenere gli ambulatori periferici sul territorio e del livello di pubblicizzazione effettuato nei confronti dell'utenza;
- integrazione con la continuità assistenziale: accertare l'effettiva disponibilità tecnica e professionale dei medici coinvolti nonché la condivisione e il ricorso alla consultazione delle cartelle da parte del medico di continuità assistenziale;
- integrazione della pediatria di libera scelta;
- integrazione della specialistica ambulatoriale;
- attività di primo soccorso: verificare numericamente e per tipologia gli interventi di primo soccorso da parte dell'infermiere e quelli del Medico di Medicina Generale, il numero di consulenze specialistiche, prestazioni specialistiche e diagnostiche conseguenti, la percentuale dei casi inviati al DEA;
- incontri periodici fra gli operatori medici: verificare la tipologia di incontri svolti (di tipo organizzativo, con la funzione di coordinamento e verifica degli aspetti organizzativi e operativi; di tipo clinico, al fine di promuovere il confronto interprofessionale per la condivisione di strumenti e di percorsi clinico assistenziali e facilitare l'attività di audit su casi specifici). I singoli

professionisti partecipano in base alle rispettive competenze;

- comunicazione all'utenza: accertare che le novità relative alla sede unica, alla copertura h/24, all'attività di 1° soccorso, alla presenza della linea telefonica diretta siano adeguatamente fornite, oltreché rilevare il gradimento da parte di un campione significativo di assistiti rispetto alla nuova modalità di organizzazione delle cure primarie.

CONCLUSIONI

La sperimentazione delle Unità di Cure Primarie è un obiettivo prioritario della Regione Toscana. Come si è visto, il percorso per attivarla ha già superato diverse tappe, anche di significativa difficoltà.

L'avvio della sperimentazione è, tuttavia, ritardato dalla difficoltà di pervenire ad un accordo con le Organizzazioni sindacali sugli aspetti economici, rispetto ai quali la trattativa è ancora aperta.

L'ipotesi più attendibile, in relazione alle previsioni finanziarie del PSR 2005-2007 (Progetto speciale), è l'attivazione iniziale di una sola sperimentazione di UCP per Azienda, tenendo conto delle caratteristiche migliori e più vicine alle previsioni dell'accordo.

L'attivazione degli altri progetti avverrà in seguito, sulla base dell'ordine di priorità qualitativo individuato secondo gli elementi rilevati dal Gruppo di monitoraggio e valutazione.

Per determinare la modalità di finanziamento regionale, il Gruppo di valutazione e monitoraggio

sta valutando l'opportunità di operare attraverso l'assegnazione diretta di un budget a ciascuna sperimentazione. Il budget assegnato dovrebbe essere gestito dal referente dell'Unità di Cure Primarie unitamente al referente aziendale, fermo restando che l'Azienda Sanitaria Locale mantiene la titolarità dell'erogazione degli emolumenti spettanti ai professionisti coinvolti.

Spetterà alla Regione, d'accordo con le Organizzazioni sindacali, individuare i criteri per l'assegnazione del budget per le sperimentazioni, tenendo conto del livello di organizzazione già avviato e risultante dal progetto presentato, attribuendo un particolare valore alla pesatura dei servizi offerti.

Prendendo atto del processo che ha originato l'accordo sulle cure primarie, è emersa l'assoluta necessità di non individuare un compenso per utente quale corrispettivo per la partecipazione alla sperimentazione dei medici convenzionati.

Il Gruppo sta valutando, inoltre, l'opportunità di prevedere modalità diversificate di erogazione dei compensi spettanti per la partecipazione alla sperimentazione.

Si ritiene che, malgrado questa battuta di arresto, la sperimentazione si avvierà nell'anno in corso e consentirà di verificare l'utilità di questo nuovo modello di assistenza primaria, mirante prima di tutto a garantire la continuità assistenziale per il cittadino. Un primo risultato positivo l'ha già ottenuto nell'aprire un appassionato dibattito tra professionisti, Aziende e Regione sulle prospettive di sviluppo di una rete integrata per l'assistenza primaria.

Regione Molise

IL PROGETTO ARIANNA

a cura di Sergio Florio

Direttore Generale ASL n. 3 Campobasso

a cura di Alfredo Quaranta

Direttore Distretto Sanitario ASL n. 3 Campobasso

a cura di Gianfranca Testa

Direttore Distretto Sanitario ASL n. 2 Isernia

160

i Supplementi di **monitor**

L'approccio alla razionalizzazione della spesa sanitaria e di quella farmaceutica in particolare è spesso lasciato all'inventiva dei singoli *cost-controller*, prima che sull'evidenza scientifica essi basano i correttivi sul convincimento personale, sui pochi elementi di cultura disponibili e maggiormente su dati di bilancio.

Questo approccio però si riflette molto spesso in modo negativo sulla professionalità dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta che si vedono costretti ad un agire burocratico e perdono sensibilità e volontà ad un'azione di autovalutazione critica volta alla best practice del loro operare.

La salvaguardia delle prerogative professionali dei medici in un progetto di ottimizzazione dell'attività diagnostico-terapeutica sembrerà ai più una mera utopia.

Con il progetto Arianna sono stati introdotti numerosi elementi di innovazione nel processo di razionalizzazione della spesa, il primo dei quali è, paradossalmente, non puntare direttamente alla riduzione dei costi; questa apparente contraddizione rappresenta, invece, il passaggio fondamentale per non impattare duramente con due aspetti critici del Pianeta Sanità: il diritto del paziente alla miglior cura possibile per il problema di salute in causa e la tutela dell'autonomia

professionale per il medico.

Questo approccio al problema e alcune esperienze svolte nell'Istituto di farmacologia clinica e sperimentale dell'Università di Messina dal direttore Achille Caputi e dai suoi allievi hanno reso possibile attivare una soluzione che adotta un meccanismo di formazione e di acquisizione dati che ha dimostrato essere il più efficace e compatibile con il complesso scenario di azione del Pianeta Sanità.

LA METODOLOGIA AUDIT & FEEDBACK

Una prima esperienza condotta presso l'ASL di Ragusa tra il 1996 e il 1998 ha consentito di dimostrare come siano maggiormente efficaci le iniziative formative basate sull'*audit & feedback* con creazione e adesione a Percorsi Diagnostico Terapeutici rispetto ai semplici aggiornamenti professionali.

Pur evidenziando una certa complessità nell'impianto iniziale del progetto, la profondità della modificazione che i MMG e i PLS acquisiscono nell'approccio alle patologie e, soprattutto, la persistenza nel tempo, dimostrano l'efficacia del sistema.

Non si può pretendere, d'altra parte, di affrontare un tema così delicato senza creare un terreno appropriato su cui coltivare un vero e proprio cambiamento culturale.

Un'esperienza successiva presso l'ASL Caserta 1

ha consentito di consolidare i risultati e affinare le basi metodologiche. La rilevazione dei dati di risultato ha confermato, come per Ragusa, che *“il cambiamento di atteggiamento prescrittivo è profondo e persistente, va nella direzione dell’adesione ai Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDT) emersi dall’analisi delle evidenze, soprattutto nella fase successiva alla presentazione dei dati di risultato alla comunità medica che volontariamente ha inteso aderire al progetto formativo”*.

L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA COME VALORE

Fornire una prestazione appropriata al Paziente significa offrirgli il meglio che le evidenze scientifiche abbiano finora dimostrato. Perseguire l’obiettivo dell’appropriatezza rappresenta dunque il miglior modo per difendere e sviluppare il diritto alla salute del Paziente.

Perseguire l’obiettivo dell’applicazione delle evidenze scientifiche rappresenta, per l’operatore, il gold standard che, tra l’altro, lo pone al riparo da qualsiasi possibile chiamata in responsabilità sia nei confronti del paziente che del sistema sanitario per conto del quale egli svolge la propria attività professionale.

L’Azienda sanitaria trova nell’applicazione dell’EBM la garanzia del miglior utilizzo delle risorse che mette a disposizione per la cura dei propri assistiti.

È dunque l’appropriatezza prescrittiva basata sulle evidenze il punto di composizione degli interessi e delle aspirazioni degli attori coinvolti nel processo. Un idillio, si dirà, un vero e proprio paese dei balocchi in cui tutti sono felici. Non è esattamente così: ci sono attori non ancora nominati che potrebbero ritenersi svantaggiati dallo sviluppo dell’applicazione dell’EBM.

Industria farmaceutica ed erogatori di servizi in genere (farmacie, centri specialistici, ecc.) debbono scorgere nello sviluppo dell’appropriatezza prescrittiva l’unica via possibile per un “governo clinico” del sistema; l’alternativa a ciò ci è ben nota: il taglio delle spese basato su iniziative regola-

torie di carattere amministrativo.

La ricerca dell’appropriatezza rappresenta dunque il miglior modo possibile di tutelare le conquiste raggiunte sul piano dell’assistenza sanitaria e gli operatori lungimiranti sanno che un quadro gestionale stabile è il solo che consente di poter pianificare investimenti (nel campo della ricerca per l’industria farmaceutica, nel campo delle tecnologie e dell’edilizia per gli altri erogatori di prestazioni sanitarie). Alle farmacie consentirebbe di poter drasticamente ridurre i costi finanziari della propria attività, che sono divenuti assolutamente insostenibili e rappresentano una gravissima inefficienza di un sistema che, già a corto di risorse, si consente il lusso di *“far sedere al tavolo dei commensali le istituzioni finanziarie nelle loro varie declinazioni”*.

L'INAPPROPRIATEZZA COME PATOLOGIA DEL SISTEMA

Se l’appropriatezza costituisce la condizione fisiologica ottimale per il sistema, è evidente che l’inappropriatezza costituisce la patologia da individuare e sconfiggere. La proposta di questa schematizzazione viene da un lavoro in corso di pubblicazione che analizza il tema dell’inappropriatezza come una vera e propria patologia: *“Sindrome degenerativa della prescrizione diagnostico-terapeutica in Medicina Generale. Andamento cronico con riacutizzazioni locali periodiche”*.

L’eziologia indicata dagli autori è assolutamente condivisibile:

- Ridotta capacità del MMG di avere una visione critica degli studi scientifici portati alla sua attenzione.
- Scarsa abitudine alla ricerca costante delle informazioni che riguardano i profili di sicurezza dei principi attivi e, soprattutto, delle loro interazioni e controindicazioni.
- Scarsa conoscenza e abitudine all’utilizzo dell’EBM.
- Il contatto frequente tra MMG e informatore scientifico del farmaco è fortemente associato con prescrizioni a costi più alti e comporta mag-

giori probabilità che i medici esprimano opinioni che portano a prescrizioni non necessarie, rispetto ai medici che hanno contatti meno frequenti.

La sintomatologia è, anch'essa, piuttosto riconoscibile:

- elevata variabilità prescrittiva;
- predilezione dell'esperienza personale a scapito delle evidenze;
- scarso ricorso alla terapia empirica basata sull'evidenza per le piccole patologie con rinuncia frequente alla propria funzione clinica;
- irrazionale scelta della via di somministrazione.

Per quanto riguarda la terapia dell'inappropriatezza, gli autori indicano il meccanismo dell'audit & feedback come terapia d'elezione, da opporre a quelle che essi stessi indicano come terapie palliative: la terapia chirurgica (delisting radicale o parziale delle prestazioni mediante interventi regolatori, note AIFA) e quella medica (corsi di aggiornamento).

Fin qui i modelli teorici; naturalmente essi sono da mettere a confronto con gli uomini e le donne che debbono concretizzarli. L'aspetto della comunicazione, ad esempio, è particolarmente rilevante per la buona riuscita di questi progetti. Al di qua (dal lato dell'Azienda) debbono esserci persone che, oltre ad aver ben compreso il meccanismo formativo, abbiano rispetto per gli interlocutori (MMG e PLS) e, supportati dalla Direzione Strategica Aziendale, sappiano esercitare un'azione coerente e paziente, ottenendo da parte dei MMG la fiducia necessaria allo sviluppo e alla diffusione del progetto..

Dall'altra parte pesano anni di sollecitazioni "a risparmiare", tentativi di imporre regole, visioni, schematismi quasi mai applicabili, oltre ad un peso burocratico in talune fasi francamente inaccettabile.

Affrancarsi da questo passato necessita di impegno e di tempo.

ARIANNA NELL'ASL 3 CENTRO MOLISE

In Molise l'esperienza di Arianna ha preso le mos-

se dall'ASL n. 3 "Centro Molise".

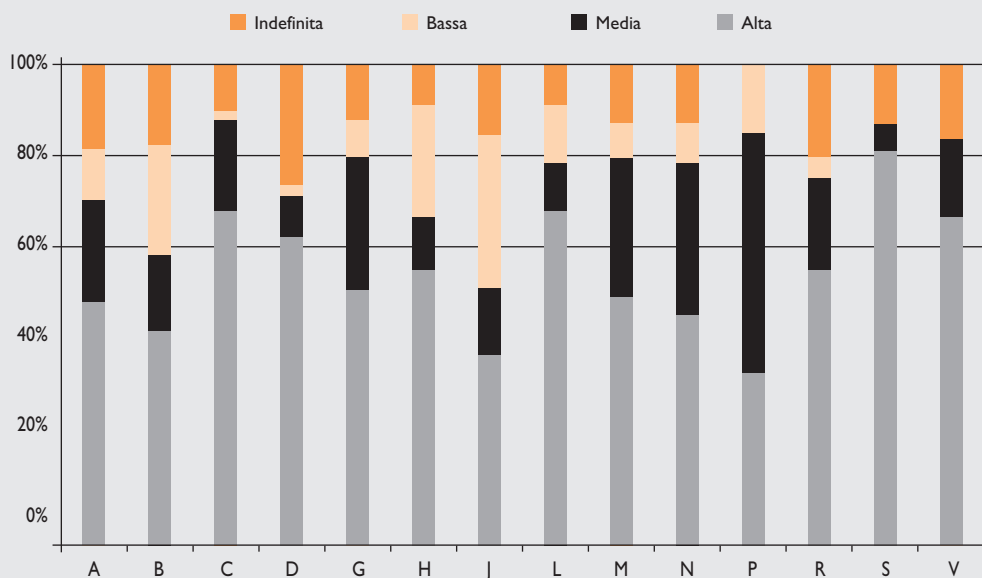
La prima fase del lavoro è consistita nel presentare il progetto, la sua logica, i suoi animatori ai MMG e PLS. Alla prima riunione di presentazione hanno partecipato pochi pionieri (MMG) che già al secondo "tentativo" erano più che raddoppiati. I professionisti hanno da subito rappresentato la loro disponibilità ad offrire una partecipazione attiva al progetto in cambio di "ascolto". Sono seguite fasi di trattativa per stabilire i parametri di partecipazione e di incentivazione alla partecipazione: qui è stato introdotto un primo rilevante elemento di innovazione rispetto alle esperienze precedenti.

L'accordo prevede il raggiungimento di parametri quali-quantitativi sia in termini di partecipazione (65% della popolazione MMG) che di qualità dei dati forniti (continuità correttezza e completezza). Gli incentivi, inoltre, sono per la stragrande maggioranza subordinati al raggiungimento degli obiettivi di qualità clinica.

Il flusso dati che alimenta il feedback verso i medici partecipanti prevede l'invio nei primi 5 giorni lavorativi del mese dei dati prescrittivi dei farmaci, corredati dalla diagnosi motivante ciascuna prescrizione, espressa mediante il codice ICD-9. Il tracciato record, denominato "Panoramica", è stato messo a punto nel 1999 e annovera più di 10 software di gestione ambulatoriale "compatibili" con questo standard.

L'analisi delle prescrizioni motivate è un altro elemento di innovazione rispetto alle macro analisi di tipo consuntivistico che includono spesa, numero di prescrizioni, ripartizione per ATC (Classificazione Anatomica Terapeutica Clinica adottata dall'OMS) ecc. La prescrizione di taluni tipi di farmaci infatti presenta uno spettro di applicazioni molto vasto. Nel grafico riportato (Fig.1) la maggiore altezza dei segmenti grigio + nero indica che la classe terapeutica ha un campo di applicazione identificabile, ovvero un'associazione molto ben definita farmaco-patologia. Come si può notare la classe degli antibiotici (J) ha la più bassa associazione.

FIGURA I - Specificità di indicazioni delle diverse classi terapeutiche nel database Arianna



N.B. Le lettere riportate nel grafico si riferiscono alle classi ATC

La segnalazione della diagnosi motivante della prescrizione consente, inoltre, di ricostruire un quadro clinico complessivo del paziente che spesso può essere determinante per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (analisi delle comorbilità).

Infine, è possibile in questo modo ricostruire mappe epidemiologiche dettagliatissime sia dal punto di vista geografico (aree rurali vs aree urbane), sia per stratificazioni di sesso ed età.

Si ottiene, dunque, una banca dati multidimensionale, basata però, ed è molto importante sottolinearlo, su informazioni facilmente riscontrabili. Altre esperienze analoghe, infatti, risultano auto-referenziali poiché non vengono incrociate con altri flussi dati (flusso dati prescrizioni farmaceutiche, ricoveri, specialistica ambulatoriale, anagrafe assistiti ed esenzioni, ecc.).

Un vantaggio ulteriore è che l'invio dei dati per la costituzione della banca dati ha la caratteristica di essere non invasivo nell'attività ambulatoriale del MMG e PLS partecipante (la terapia è ben tollerata!!!) e ha tra i suoi effetti concomitanti

un notevole incremento di qualità nel corredo informativo legato al paziente che ciascun professionista coltiva all'interno del suo sistema gestionale.

IL GRUPPO DI LAVORO DEL PROGETTO

Il progetto è portato avanti da un gruppo di lavoro costituito da 8 tutor (7 MMG, 1 PLS), 1 esperto di epidemiologia, 1 esperto della banca dati, dal coordinatore (medico) del gruppo di lavoro (unico rappresentante dell'Azienda).

Compiti principali del gruppo di lavoro sono:

- la selezione delle patologie da affrontare nel programma formativo della durata di un anno;
- la scelta degli esperti di patologia che affiancano il gruppo di lavoro sul singolo argomento;
- la predisposizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici condivisi (PDT) inerenti ogni singola patologia;
- la valutazione dei dati prescrittivi pre e post intervento formativo.

I tutor, provenienti dai 5 distretti dell'ASL integrati da due colleghi con esperienze nel campo

degli studi clinici, rappresentano il punto di riferimento per i partecipanti al progetto, sia dal punto di vista tecnico che medico-scientifico.

GLI ARGOMENTI PRESCELTI PER I PRIMI INCONTRI

Tra le nove patologie prese in esame dal gruppo di lavoro, sono state prescelte per motivi “didattici” due patologie introduttive: Cistite e Infezioni delle alte vie respiratorie. Le due patologie sono completamente nel dominio del MMG e PLS e hanno consentito di affrontare numerosi temi, tra i quali ricordiamo la qualità degli studi clinici; sulla cistite, ad esempio, l’assemblea ha ricevuto l’indicazione delle diverse opzioni terapeutiche previste dall’Evidence Based Medicine.

Gli studi in esame riportavano la possibilità di ricorrere al Cotrimoxazolo nelle aree in cui le resistenze batteriche non eccedessero il 20% dei casi; grazie anche alla collaborazione col Laboratorio di Analisi dell’Ospedale Cardarelli di Campobasso (dove sono accentrate tutte le attività analitiche del territorio), è stato possibile accertare le resistenze dei più frequenti agenti patogeni a livello territoriale e proporre il Cotrimoxazolo come uno dei farmaci di prima linea, in quanto si è documentato che la resistenza è ben al di sotto di tale soglia, considerando le sole cistiti non complicate nelle donne in età fertile.

Nel caso delle infezioni delle alte vie respiratorie, è stato possibile, dopo la definizione del PDT e visti i dati di utilizzo degli antibiotici, allargare il discorso a considerazioni di farmacocinetica e biodisponibilità di tali farmaci, che ha dato il via ad un programma regionale di formazione; il primo importante incontro verterà appunto sul tema della corretta scelta della via di somministrazione nella terapia antibiotica, che costituisce uno dei temi “caldi” del profilo dei consumi nella nostra Regione, come ha dimostrato l’analisi dei dati del database che è in grado di fotografare il fenomeno sia dal punto di vista dell’indicazione per cui viene prescelta la terapia antibiotica iniettiva, sia la stratificazione per età dei pazienti.

Gli appuntamenti formativi successivi riguarderanno temi molto più scottanti, poiché coinvolgono il tema dell’induzione: malattie acido-correlate, osteoartrosi.

Gli ultimi due appuntamenti del primo ciclo riguarderanno un tema strategico: valutazione e gestione del rischio cardiovascolare.

MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI, PRIMI DATI EPIDEMIOLOGICI E DI FARMACO UTILIZZAZIONE

A titolo esemplificativo, essendo ancora poco numerosi i dati prescrittivi pervenuti, riportiamo le principali motivazioni di prescrizione per i pazienti trattati con farmaci da parte del primo campione di medici partecipanti al progetto che hanno inoltrato la loro attività prescrittiva.

È bene precisare che non si tratta di dati di prevalenza data la brevità del periodo analizzato e il non aver rapportato i casi alla popolazione assistibile da parte dei MMG partecipanti.

CONCLUSIONI

L’esperienza proposta rappresenta un’assoluta innovazione in campo regionale, consentendo di rivedere profondamente concetti quali appropriatezza prescrittiva ed efficienza del trattamento. Il limite più volte dimostrato dai sistemi di consuntivazione della spesa finora utilizzati è rappresentato dall’impossibilità di fornire al medico indicazioni precise sui determinanti di spesa legandoli alla patologia e non solo all’uso dei farmaci. Il sistema Arianna fornisce un profilo dettagliato delle proprie strategie terapeutiche, raffrontandole con quelle della comunità medica di appartenenza. L’atteggiamento prescrittivo, quindi, non è valutato sul singolo caso, su cui deve imperare l’assoluta autonomia professionale del medico, ma sul complesso dei casi trattati. La possibilità di stratificare adeguatamente i dati con riguardo alle variabili oggetto di studio consente di calcolare indici unitari assolutamente confrontabili, eliminando fattori di confondimento che falsano, negli attuali strumenti, i dati di valutazione.

TABELLA 1 - Percentuale per problema di salute dei Pazienti mono-politerapia (prime 20 diagnosi)

Patologia	%	Montante %	% Politerapia
Iperensione essenziale	18,2%	18,2%	31,3%
Osteoartrosi e disturbi similari	5,3%	23,5%	7,8%
Disturbi del metabolismo dei lipidi	4,5%	28,0%	11,0%
Diabete mellito	3,8%	31,7%	25,8%
Faringite acuta	3,1%	34,9%	5,7%
Tonsillite acuta	2,8%	37,7%	2,1%
Gastrite e duodenite	2,6%	40,3%	7,4%
Cistite	2,5%	42,8%	5,8%
Malattie dell'esofago	2,3%	45,0%	5,3%
Altre forme di ischemia cardiaca cronica	2,0%	47,1%	28,2%
Forme e complicazioni mal definite di cardiopatie	1,8%	48,9%	41,2%
Asma	1,8%	50,8%	22,5%
Cardiopatia ipertensiva	1,6%	52,4%	35,8%
Disturbi depressivi non classificati altrove	1,5%	53,8%	9,0%
Bronchite e bronchiolite acute	1,4%	55,3%	9,2%
Disturbi del ritmo cardiaco	1,3%	56,6%	16,2%
Infezioni acute delle vie respiratorie superiori a localizzazioni mult	1,3%	57,9%	6,4%
Miocardipatie	1,3%	59,2%	24,8%
Bronchite cronica	1,3%	60,6%	22,9%
Ipertrofia della prostata	1,3%	61,9%	17,4%

TABELLA 2 - Macro rappresentazione del campione dei Pazienti dal punto di vista delle patologie

Pazienti	Percentuale	Età media
Totale Pazienti	4.732	100,0%
Polipatologie	1.956	41,3%
Più di due patologie	907	19,2%

TABELLA 3 - Farmacoutilizzazione con indicazione Iperensione essenziale (ICD9=401)

Gruppo	% Pz	Età media
C09AA Ace inibitori non associati	19,3%	69,1
C08CA Calcioantagonisti	13,6%	69,2
C09BA Ace inibitori e diuretici	13,2%	70,1
C09DA Sartani + diuretici	12,1%	68,8
C09CA Sartani	10,4%	67,0
C07AB Betabloccanti, selettivi, non associati	6,1%	61,1
C03CA Sulfonamidi, non associate	5,8%	73,2
C02CA Bloccanti dei recettori alfa-adrenergici	4,5%	64,8
C07AG Bloccanti dei recettori alfa e beta adrenergici	2,6%	66,4
C03BA Sulfonamidi, non associate	1,2%	70,5
C03EA Diuretici. Ad azione diuretica minore associati a farmaci risparmiatori di potassio	1,1%	67,2
C07CB Altre sostanze	10,2%	71,1

La disponibilità di una base documentale solida e oggettiva consentirà di meglio orientare il dibattito e la sintesi sulla terapia raggiungendo, in tem-

pi brevi e attraverso la sola formazione basata sull'EBM, importanti risultati anche sul piano dell'economia, come già avvenuto nelle Aziende che

hanno adottato la medesima metodologia.

Nel progetto l'Azienda ha un ruolo organizzativo che si estrinseca attraverso la fornitura di servizi ai propri medici convenzionati i quali, nella loro piena autonomia professionale, individue-

ranno le soluzioni più adatte per raggiungere l'obiettivo della razionalizzazione dell'uso della risorsa farmaco, conseguendo nel contempo una sostanziale riqualificazione sia di ruolo che professionale.

L'Agenzia oggi | **Presidente**_Franco Toniolo; **Direttore**_Laura Pellegrini

Consiglio di amministrazione_Silvio Natoli, Filippo Palumbo, Michelangelo Scopelliti, Aldo Vecchione

Collegio dei revisori dei conti_Emanuele Carabotta (Presidente), Renato Balduzzi, Antonio Mastrapasqua

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 **monitor**

Finito di stampare nel mese di luglio 2005