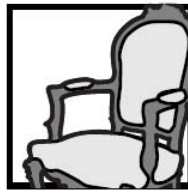


MMG/ Uno studio dell'Agenas fotografa lo stato dell'arte dei servizi territoriali

Cure primarie, cercasi regia

Bene le sperimentazioni ma serve un nuovo modello di governance



L'assistenza primaria va, ma ancora non sa bene dove. Se è indiscutibile il fervore di sperimentazioni, almeno nelle Regioni più attive, è poco individuabile una regia complessiva. «E il passaggio previsto dai recenti Acn del 27 maggio 2009 costituisce un primo e fondamentale tassello per una riorganizzazione complessiva che tuttavia è appena delineata, e molto dipenderà dalle scelte regionali». Il quadro di un territorio "in cerca d'identità" arriva dall'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), che il 23 giugno ha presentato uno studio sullo «Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane», condotto con Campania, Marche, Emilia Romagna, Sicilia, Toscana e Veneto, insieme con i medici di famiglia della Fimmg.

In 117 pagine la ricerca, realizzata nel 2008 (i referenti Agenas sono stati Mariadonata Belentani, Francesco Di Stanislao e Pierpaolo Padovano), fa il punto sul cammino della Sanità territoriale. Riconosce con la medicina generale «un

Regioni	Pop. 2008	Usl 1992	Asl 2005	Asl 2008	Distretti 1999	Distretti 2005	Distretti 2008	Distretti 2009	Bacino medio utenza distretti
Piemonte	4.401.266	63	22	13	66	65	62	62	70.988,16
V. D'Aosta	125.979	1	1	1	14	4	4	4	31.494,75
Lombardia	9.642.406	84	15	15	105	85	86	86	112.121,00
Pa Bolzano	493.910	4	4	1	20	20	20	20	24.695,50
Pa Trento	513.357	11	1	1	13	13	13	13	39.489,00
Veneto	4.832.340	36	21	21	85	56	49	53	91.176,23
Friuli V.G.	1.222.061	12	6	6	20	20	20	20	61.103,05
Liguria	1.609.822	20	5	5	26	20	19	19	84.727,47
Emilia R.	4.275.802	41	11	11	46	39	38	38	112.521,11
Toscana	3.677.048	40	12	12	80	42	34	34	108.148,47
Umbria	884.450	12	4	4	13	12	12	12	73.704,17
Marche	1.553.063	24	1	1	36	24	24	24	64.710,96
Lazio	5.561.017	51	12	12	23	55	54	55	101.109,40
Abruzzo	1.323.987	15	6	6	73	73	44	44	52.959,48
Molise	320.838	7	1	1	13	13	7	7	45.834,00
Campania	5.811.390	61	13	7	113	113	97	97	80.713,75
Puglia	4.076.546	55	12	6	70	48	48	48	84.928,04
Basilicata	591.001	7	5	2	10	11	11	11	53.727,36
Calabria	2.007.707	31	11	5	34	35	35	35	57.363,06
Sicilia	5.029.683	62	9	9	62	62	62	62	91.448,78
Sardegna	1.665.617	22	8	8	23	25	23	23	72.418,13
Italia	59.619.290	659	180	147	945	835	762	716	72.161,04

Fonte: elaborazione Agenas, marzo 2009

interessante cambiamento, pur limitato ad alcune Regioni»: «Il passaggio dalla fase di sperimentazione alla diffusione e al consolidamento di modelli regionali di associazionismo». Flessibili, dai nomi diversi

(équipe, Ncp, Gcp, Utap, Case della salute ecc.) e anche sovrapposti, in ogni caso capaci di delineare un trend. Senza però un'impronta chiara. Nonostante l'abbondante produzione normativa i distretti sono rima-

sti deboli, mai decollati veramente come riferimenti per la medicina di base. L'attenzione al territorio, e al riequilibrio con l'ospedale, è recente: è dal Psn 1998-2000 che si riconosce la necessità di spostare risorse.

Un'esigenza che il federalismo ha fatto ricevere a macchia di leopardo: lo studio individua tre modelli organizzativi di fondo (erogativo-strutturale, funzionale e aperto) e analizza i percorsi di Emilia Romagna e Toscana.

Conclusioni: è acquisita la consapevolezza che il ruolo delle cure primarie è determinante per garantire continuità, integrazione, appropriatezza e organizzazione delle cure. Ma la strada resta lunga. Perché il percorso richiede una definizione precisa delle funzioni dell'assistenza primaria. E perché bisogna superare la logica di tipo prestazionale per sviluppare un processo di cura complessivo orientato al mantenimento dello stato di salute. Un salto anche culturale dalla medicina di attesa a quella di iniziativa, che necessita di «un nuovo modello di governance clinica territoriale». Con medici «protagonisti» e Stato e Regioni attivi nel sostenere il rinnovo. Come? Definendo modalità «graduali di integrazione» tra i professionisti, rafforzando il ruolo degli infermieri nelle cure primarie, rivedendo il sistema retributivo, investendo in tecnologie, strutture e personale, e individuando strumenti concreti per il governo clinico territoriale. Facile a dirsi, molto più difficile a farsi.

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le esperienze innovative nell'area cronica				Le proposte dell'Agenzia	
Esperienze innovative	Modelli organizzativi e principali soggetti coinvolti	Azioni/Attività	Modalità di accesso dei cittadini		
Gestione del paziente con patologie croniche	Coordinamento tra Mmg/Pls e specialisti, con un ruolo più ampio dei Mmg/Pls nella gestione dei pazienti diabetici, o con ipertensione, o per il monitoraggio della Tuo ecc.) Riappropriazione del ruolo professionale del Pls nella gestione dei percorsi per le patologie dell'infanzia, come l'asma Gestione da parte dei Mmg dei disturbi psichiatrici lievi con i Dsm	Gestione diretta del paziente cronico da parte dei Mmg/Pls in coordinamento con gli altri professionisti del territorio, con: Prevenzione, identificazione del pz. a rischio e diagnosi precoce Modalità di colloquio/contatto Mmg e specialisti per inquadramento del paziente e facilitazione di accesso dei pazienti Progetto di condivisione della cura tra Mmg, specialisti, pazienti Verifica della stabilità clinica e precoce riconoscimento delle complicanze Educazione del paziente Come azione strumentale di rilievo, anche la formazione continua dei professionisti	L'accesso e la presa in carico avvengono tramite: ambulatori dedicati; studio del Medico, per appuntamento o con invito personalizzato, per valutazione ambulatoriale periodica del livello di controllo della patologia; grading e aggiustamento della terapia di fondo	a) Strumenti per la Clinical governance territoriale (Cgt) i) Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (Ucad) ii) Pool di monitoraggio iii) Osservatori regionali per l'appropriatezza b) Migliorare la programmazione strategica regionale e aziendale c) Potenziare gli aspetti gestionali e organizzativi d) Sviluppare la medicina di iniziativa e) Sviluppare l'adozione di linee guida o percorsi assistenziali f) Potenziare il sistema informativo/informatico g) Sviluppare la formazione e comunicazione h) Migliorare il sistema delle relazioni all'interno della rete	
Definizione di Linee guida e Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (Pdta)	La definizione dei percorsi avviene con il coinvolgimento dei professionisti integrati con il distretto e rappresentanze del Pmg nell'Ucad. Le stesse possono prevedere i modelli di consulenza fra pari all'interno delle forme associative	Partecipazione dei Mmg alla elaborazione di linee guida e all'applicazione dei percorsi - Alcune malattie dell'infanzia - Malattie croniche (chronic care model) - Ictus	Ambulatori dedicati ed organizzati su appuntamento inizio percorso da parte del Mmg/Pls		

Le esperienze innovative nell'area della non autosufficienza			
Esperienze innovative	Modelli organizzativi e principali soggetti coinvolti	Azioni/Attività	Modalità di Accesso dei cittadini
Riorganizzazione e diffusione di Ad e Adp (a diverso livello di intensità assistenziale)	Integrazione tra operatori ospedalieri e coordinatore territoriale dell'Ad; integrazione con Mmg e Mca; sperimentazione di accessi programmati; segnalazione del ricovero al Mmg/Pls in alcune esperienze: call center per continuità informativa Mmg-Mca-Ad	Integrazione tra operatori segnalazione ricoveri e costituzione di Punti unici di accesso e strumenti informativi	Call center o anche Punto unico di accesso nel distretto, ove costituito Rapporti tra infermiere ospedaliero e territoriale Segnalazione al Mmg
Partecipazione del Mmg alla Valutazione multi-dimensionale	Modelli aziendali o distrettuali, che utilizzano anche gli strumenti previsti dall'Acn per incentivare la partecipazione dei Mmg/Pls alle Urm. Si coinvolgono anche i diversi modelli organizzativi delle cure primarie, in integrazione con il distretto	Porta unica di accesso/ Pua tramite valutazione multidimensionale per l'accesso all'assistenza	Sportello unico integrato Distretto/Comune
Integrazione ospedale-territorio es. dimissioni protette	Tutte le Regioni coinvolgono le forme innovative di organizzazione delle cure primarie negli obiettivi di continuità assistenziale e integrazione ospedale-territorio. Le modalità sono definite, in genere, dagli Accordi regionali integrativi per la medicina generale.	Adozione di protocolli condivisi ospedale e territorio di dimissione e ammissione protetta	Richiesta dell'équipe ospedaliera (medico o infermiere) al distretto

Le forme associative più strutturate					
Regioni	Emilia Romagna	Toscana	Lombardia	Veneto	Umbria
Modelli	Ncp - Nuclei di cure primarie	Ucp - Unità di cure primarie	Gcp - Gruppi di cure primarie	Utap - Unità Territoriali di Assistenza Primaria	Équipe professionali
Tipologia	Funzionale ma verso modello strutturale	Funzionale, con sede unica e possibilità di più ambulatori	Funzionale, con sede unica e possibilità di più ambulatori	Funzionale, con sede unica e possibilità di più ambulatori	Funzionale
Professionisti coinvolti	Mmg, Pls, Infermieri, Professionisti Sanitari Distretto, Ass. sociali terapeuti	Mmg, Mca, Infermieri, e legame con Usl	Mmg, Infermieri, Specialisti ospedalieri, Terapisti	Mmg, Pls, Mca, infermieri Ass. Sociali Specialisti territoriali e ospedalieri	Mmg, Pls, Mca, infermieri Ass. Sociali Specialisti territoriali e ospedalieri
Bacino utenza	10.000-30.000 ab.	5.000 - 50.000 ab.	Min. 6.000 ab.	10.000- 25.000 ab.	10.000- 15.000 ab.
Finanziamento	Sperimentale	Per obiettivi	Sperimentale	Da accordi integrativi	Da accordi integrativi
Responsabilità e strumenti di controllo	Si, Referente Ncp		Si, controlli interni/esterni Assl	Si, accordi integrativi locali	Si, riunioni audit
Sistema informativo	Si, progetto Sole	Si	Si, Siss regionale	Si, Sistema informativo AZ. Uss	Si

Rielaborazione da schema di Paolo Tedeschi, Cergas Bocconi, 2006