

ZOOM

FOGLIO NOTIZIE SULL'ASSISTENZA PRIMARIA E L'ASSISTENZA H.24

N° 1 - 2011



age.na.s.  AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

INDAGINE
DISTRETTI
AGENAS

ASSISTENZA
PRIMARIA
E DISTRETTO
SPUNTI DI
RIFLESSIONE
-RECENSIONE-

PERCORSI
DI INNOVAZIONE
NELLE
CURE PRIMARIE
PARMA 21-22/10/11

GESTIONE
DELLE
CRONICITÀ
IN TOSCANA

16 ANNI DI
FORMAZIONE
SULLE CURE
PRIMARIE
EMPOLI
14-16/06/12

VENETO
RIORDINO
CURE
PRIMARIE

ZOOM

N°1 /2011



Sommario

ZOOM - FOGLIO NOTIZIE SULL'ASSISTENZA PRIMARIA E L'ASSISTENZA H 24	1
LA NUOVA INDAGINE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEI DISTRETTI SANITARI IN ITALIA	3
RECENSIONE DELLA PUBBLICAZIONE: "ASSISTENZA PRIMARIA E DISTRETTO, DALLO SVILUPPO DI MODELLI AL MOMENTO DI SVILUPPO. SPUNTI DI RIFLESSIONE PER UNA VISION SOSTENIBILE"	6
CONVEGNO "PERCORSI DI INNOVAZIONE NELLE CURE PRIMARIE"	14
LA GESTIONE DELLE CRONICITÀ SUL TERRITORIO IN TOSCANA	17
16 ANNI DI FORMAZIONE SULLE CURE PRIMARIE A EMPOLI	19
RIORDINO DELLE CURE PRIMARIE NELLA REGIONE VENETO	22

ZOOM - FOGLIO NOTIZIE SULL'ASSISTENZA PRIMARIA E L'ASSISTENZA H 24

Foglio notizie on line collegato alle attività di monitoraggio dei progetti regionali sugli obiettivi di Psn – Cure primarie e assistenza h. 24

Zoom è un foglio notizie, gratuito, on line, per utenti esperti e meno esperti interessati all'assistenza primaria, che si propone l'obiettivo di promuovere e sviluppare il confronto sulle conoscenze acquisite, in termini di impatto, pratiche, formazione, sulle sperimentazioni attivate a livello aziendale e regionale sulle modalità organizzative innovative finalizzate a garantire la continuità assistenziale h 24 e ridurre gli accessi impropri nelle strutture di emergenza.

Ministero e Regioni esprimono, tramite diversi atti programmatici collegati agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale, un'attenzione specifica alla sperimentazione di modalità organizzative innovative finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo di realizzare forme di assistenza continuativa, in grado di ridurre gli accessi impropri nelle strutture di emergenza

Gli obiettivi: promuovere la ricerca, non solo monitorare

Zoom offre notizie flash, articoli originali su ricerche, sperimentazioni ed esperienze regionali e locali, a partire dai progetti presentati dalle Regioni sugli obiettivi prioritari di Piano sanitario nazionale relativi alla linea progettuale 1 "Cure primarie" .

Zoom intende ospitare una gamma di articoli sulla tematica dell'assistenza primaria, cronicità, presa in carico integrata, negli aspetti dell'esperienza e della pratica clinica, sia dell'ospedale che del territorio. Solo a titolo di esempio, i temi riguardano:

la disseminazione della pratica basata sulle prove di efficacia e contributi metodologici che possono aiutare i diversi professionisti ad approfondire i metodi della ricerca sull'assistenza primaria;

lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi sulla base delle indicazioni programmatiche nazionali e regionali, nonché degli Accordi Collettivi Nazionali sulla Medicina generale; esempi sono la sperimentazione di Case della Salute, Unità Territoriali di Assistenza Primaria, e anche le Forme innovative per garantire l'assistenza h. 24 proposte dal Ministero della salute;

le modalità di presa in carico delle persone fragili o non autosufficienti, tematiche fortemente collegate a quelle della continuità assistenziale e dell'appropriatezza, per garantire una risposta di sistema unitaria ad un bisogno di salute complessivo;

A chi ci rivolgiamo

Tutti gli operatori sanitari, prevedendo come interlocutori privilegiati i referenti regionali e aziendali coinvolti nei progetti di ricerca sull'Assistenza primaria.

L'aumentato interesse verso il lavoro multidisciplinare e la differenziazione delle competenze sanitarie di base e avanzate, rendono utile la possibilità

di usufruire di uno spazio dedicato alle buone esperienze sviluppate in risposta ai problemi dei pazienti e la raccolta dei contributi di quanti sono coinvolti direttamente o indirettamente nelle decisioni che hanno un impatto sull'assistenza al paziente.

Contenuti

Zoom ospita uno o più contributi di ricerca o la descrizione di esperienze rilevanti sull'assistenza primaria o sui modelli innovativi per garantire l'assistenza h.24, oltre a notizie di eventi (convegni, aggiornamenti normativi) su queste tematiche.

LA NUOVA INDAGINE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEI DISTRETTI SANITARI IN ITALIA

A cura di Mariadonata Bellentani, Sara Catania e Leonilda Bugliari Armenio – Agenas
Sezione OSS

Il Distretto è la struttura operativa della Azienda Sanitaria Locale (ASL) deputata a contribuire alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza riferibili al sistema della *primary health care*, che si traduce principalmente nella proposizione, attuazione e verifica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale e nella realizzazione della continuità assistenziale per pazienti cronici e con bisogni assistenziali complessi.

In coerenza con le indicazioni sviluppate nella proposta di PSN 2011-2013 sulla riorganizzazione dell'assistenza primaria ed il ruolo di *governance* dei Distretti sanitari, ed in seguito all'interesse suscitato dalla ricerca sui Distretti svolta nel 2005, l'Agenas ha effettuato nell'anno 2010 un'Indagine sullo stato di attuazione dei Distretti sanitari in Italia, focalizzando l'attenzione sugli aspetti di relazione tra i diversi attori e professionisti nella complessa rete dei servizi territoriali.

681 Distretti sanitari sul totale dei 711 attivati al 31.12.2009 nelle Regioni e Province Autonome hanno partecipato alla rilevazione, con un'adesione quasi totale (96%) soprattutto in considerazione del processo evolutivo in corso nell'organizzazione dei servizi sanitari.

L'Indagine mirava ad ottenere informazioni più dettagliate sull'organizzazione del Distretto, sugli strumenti di governance, sul Direttore di Distretto (profilo professionale, posizione funzionale, ecc.), sull'integrazione socio-sanitaria, sui rapporti ospedale-territorio (assistenza domiciliare integrata, punto unico di accesso, percorsi assistenziali integrati, ecc.), sulle modalità di partecipazione e ascolto dei cittadini, sulla formazione del personale, sui rapporti interni tra il Direttore di Distretto ed i responsabili delle attività di assistenza primaria.

Lo strumento adottato per la ricognizione è stato un questionario elaborato dalla Sezione Organizzazione Servizi Sanitari (OSS) dell'Agenas con la collaborazione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, successivamente validato da un *team* di esperti in materia di assistenza territoriale.

Le domande del questionario sono state strutturate sulla base di quattro indicatori di collaborazione tra professionisti all'interno di organizzazioni sanitarie, secondo il modello D'Amour et al (*BMC Health Service Research 2008; 8:188*): governance, rapporti formali, obiettivi condivisi e vision, rapporti interni.

Per coprire l'intero territorio nazionale, l'Agenas si è avvalsa del supporto di ventuno referenti regionali, i quali si sono occupati della divulgazione capillare del questionario – somministrandolo a tutti i Direttori di Distretto - e del ritiro, nonché del successivo invio alla Sezione OSS.

La fase di elaborazione dei dati dei questionari è stata completata nel mese di dicembre 2010.

I risultati sono stati presentati in occasione del Convegno "La rete dei Distretti sanitari in Italia", tenutosi a Roma il 30 marzo 2011, e sono stati pubblicati in un numero monografico di Monitor contenente, oltre al report finale dell'Indagine, anche contributi di esperti e di referenti regionali (http://www.agenas.it/monitor_supplementi.html).

Dall'Indagine sono emerse alcune linee prioritarie per lo sviluppo del Distretto, condivise con tutto il Gruppo di lavoro e valutate positivamente dai referenti regionali, dai responsabili scientifici e dai Direttori di Distretto presenti al Convegno.

Alla base dello sviluppo di meccanismi di coordinamento più evoluti vi è la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale, che si basa su:

esistenza di obiettivi chiari e condivisi e di una *vision* comune, che comportano un consolidamento dei valori ed una trasformazione delle attività. Diventano necessarie sinergie orientate sui bisogni del cliente/assistito, in quanto esiste una complessa struttura di interessi, che coinvolge differenti tipi di alleanze (cliente/assistito, professionisti, organizzazione, interesse privato ed altre);

internalizzazione, ossia la consapevolezza, da parte dei professionisti, delle loro interdipendenze e dell'importanza di gestirle, che si traduce in senso di appartenenza, conoscenza personale e professionale di ciascuno, dei loro valori e fiducia reciproca;

formalizzazione, ossia la definizione chiara di azioni, ruoli e responsabilità attraverso un approccio sistematico, che utilizza diversi strumenti, quale lo sviluppo di accordi interorganizzativi, protocolli, sistemi informativi, procedure ed altri;

governance, intesa come capacità, da parte degli organismi di governo, di fornire linee di indirizzo chiare ed esplicite, al fine di guidare azioni strategiche in grado di promuovere l'implementazione di processi di collaborazione. *Governance* significa anche *leadership* di manager o professionisti, supporto ai professionisti e apprendimento continuo per sostenere i cambiamenti nelle attività cliniche, condivisione di responsabilità a livello decisionale tra tutti i soggetti coinvolti, collegamento tra individui e organizzazioni facilitato dalla disponibilità di luoghi di incontro.

In questa visione, il Distretto esprime principalmente la funzione di integrazione nei servizi sanitari e sociosanitari tra diversi professionisti, organizzazioni e assistiti, facilitando, nel rispetto delle autonomie dei diversi attori, la crescita del protagonismo degli stessi assistiti (processi di *empowerment*), della responsabilizzazione degli operatori, delle capacità di programmazione e valutazione delle attività su obiettivi comuni di assistenza.

Un altro elemento di estremo interesse derivante dall'Indagine riguarda il valore della realizzazione di percorsi assistenziali ed il miglioramento del clima organizzativo del Distretto. La formazione svolge, quindi, un ruolo strategico nel creare non solo una rete professionale, ma una rete organizzativa tra i diversi attori che si muovono nel sistema complesso "Distretto".

Ciò si concretizza nella:

gestione tecnica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale dell'assistito con patologia cronica o bisogno di salute complesso;

facilitazione dell'attuazione della continuità assistenziale in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, sostenibilità, mediante la ricomposizione dei saperi specialistici e tecnici delle diverse autonomie professionali;

rendicontazione e comunicazione di azioni svolte nell'intero sistema di *primary health care*;

azione di *advocacy* verso i cittadini, ossia sostegno e promozione di programmi di tutela della salute, favorendo la loro attiva partecipazione alla realizzazione di un reale sistema di attenzioni primarie per la salute.

In tal modo, un sistema centrato sull'offerta di prestazioni frammentarie potrebbe evolvere verso un modello in cui l'assistito può trovare risposta ai suoi bisogni mediante

l'attivazione di reti e percorsi che, alimentati da risorse e competenze integrate a livello locale, rispondano ad essenziali principi universali di presa in carico istituzionale e di continuità assistenziale.

I risultati dell'Indagine si possono unire alle riflessioni del Gruppo di lavoro sui Distretti, da cui emerge una *vision* del Distretto che lo individua come:

luogo di integrazione professionale, di globalità della presa in carico e della risposta all'utente (in contrapposizione all'assistenza ospedaliera, dove l'evoluzione tecnologica accresce la specializzazione delle competenze e la settorializzazione dell'agire; inoltre, le disposizioni istituzionali ed organizzative responsabilizzano non tanto sulla presa in carico quanto sull'efficacia/efficienza della produzione);

luogo in cui si assicura la produzione dei servizi sul territorio (con una tendenza a integrare l'erogazione diretta con una pluralità di servizi che vengono svolti all'esterno ed acquisiti con forme diverse di convenzioni e garanzie di qualità);

luogo di allocazione e gestione delle risorse rispetto ad obiettivi predefiniti;

luogo di prevenzione e medicina pro-attiva, da svolgersi mediante i professionisti del territorio, e prima di tutto i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, rafforzando ed ampliando i programmi e le azioni rilevanti in termini di efficacia (*screening*, vaccinazioni, *chronic care model* e attività fisica adattata);

luogo dove l'integrazione non è tendenzialmente solo funzionale ma diviene sempre più strutturale e fisica: nelle esperienze di Case della salute o in organismi simili, individuate da diverse Regioni nei propri atti di programmazione, i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta, i Medici di continuità assistenziale agiscono in una interazione funzionale tra loro e con una pluralità di altri professionisti del territorio, quali infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, personale amministrativo, psicologi ed altri. Una modalità di interazione che si costruisce sul bisogno del paziente e supera in larga parte quelle difficoltà che esistono quando ci si confronta con il tema della presa in carico, diminuendo il rischio – ancora frequente - di una interazione tra attori scoordinata, ridondante e caratterizzata da una variabilità che non trova giustificazioni;

luogo riconoscibile e di ricomposizione di una rete di servizi sempre più articolata, con modalità di integrazione orizzontale, intorno a problemi e obiettivi comuni (con reti virtuali o strutturali) e basati su modalità di fiducia e di relazioni competenti.

All'Agenas è stato assegnato il prestigioso Premio di "**Eccellenza nei Public Affairs 2011**" da parte della Giuria dei *Public Affairs Award*, per il prezioso contributo svolto dalla sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari nell'ambito dell'Indagine sullo stato di attuazione dei Distretti sanitari in Italia.

Recensione della pubblicazione: **“Assistenza Primaria e Distretto, dallo sviluppo di modelli al momento di sviluppo. Spunti di riflessione per una Vision Sostenibile”**

In: Atti dell'VIII Congresso Nazionale CARD

“La qualità del sistema di assistenza territoriale e il valore delle relazioni per un distretto con-vincente”

Padova 16-18 Settembre 2010

Damiani G*, Cosentino M*°, Vena V*

*Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

°Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Age.Na.S.

“L’assistenza primaria è il complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica” (Guzzanti 1985).

L’assistenza primaria, o *Primary Health Care* (PHC), costituisce non solo un’area di offerta di servizi sanitari e sociosanitari, ma un vero e proprio sistema organizzativo. Essa, infatti, è caratterizzata dall’offerta di interventi di primo livello, da una fase di primo contatto, da azioni di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione, *counselling*, rivolte a patologie acute a bassa complessità specialistica e tecnologica, a patologie croniche e a condizioni di fragilità e/o non autosufficienza, in varie sedi di trattamento (es. domicilio, residenze, ambulatorio). Tale livello di assistenza si occupa, inoltre, della presa in carico, dell’indirizzo unitario tra livelli assistenziali diversi e della garanzia della continuità assistenziale (Damiani 2010).

L’evoluzione concettuale, che ha condotto a questa definizione operativa di assistenza primaria, ha attraversato nel tempo diverse tappe.

Il concetto ha spostato il focus dall’erogazione dei servizi sanitari di primo livello (Primary Care, Dawson 1920) per il singolo individuo, e successivamente per la comunità (Community Oriented Primary Care, Kark 1950) (Cueto 2004), ad un’attenzione non solo sugli aspetti inerenti l’offerta di servizi, ma anche su quelli organizzativi, soprattutto riguardanti l’integrazione tra assistiti, professionisti, *manager*, *policy maker* (*Primary Health Care*).

Nel sistema di PHC sono valorizzate, quindi, dimensioni organizzative quali: le strategie di indirizzo (*policy*), la managerialità per la promozione dell’integrazione tra servizi appartenenti anche a diversi settori (ad esempio sociale e sanitario), la *governance* degli operatori e l’autodeterminazione di assistiti e *caregiver*.

Il termine *Primary Health Care* appare per la prima volta nel primo fascicolo della rivista “Contact”, edito dalla Christian Medical Commission, nel 1970.

L’approccio innovativo della PHC è declinato, ulteriormente, all’interno del lavoro di Halfdan Mahler (1976), che culmina nella “Dichiarazione Universale di Alma-Ata” del 1978, nella quale si esplicita il modello concettuale di assistenza primaria ed i suoi principi fondanti (WHO 1978).

Nello stesso anno, l'Institute of Medicine (IOM) ha definito in maniera esplicita le funzioni principali dell'assistenza primaria, grazie anche al contributo di Barbara Starfield (1979):

- "Accessibilità all'assistenza -*accessibility*- ossia la facilità nel ricevere un primo contatto per prossimità dei servizi all'utenza, adeguatezza dei tempi di apertura e tempi di intervento contenuti, grazie ad un'appropriata gestione delle liste d'attesa;
- Attenzione rivolta ai bisogni di salute del paziente nel suo complesso, piuttosto che a segni e sintomi specifici di organi e apparati – *comprehensiveness*;
- Coordinamento e integrazione tra i diversi attori coinvolti nel sistema – *coordination*;
- Continuità nel tempo dell'assistenza – *continuità/longitudinality*;
- Rendicontazione periodica dei professionisti sui processi e sui risultati dell'assistenza, per il miglioramento continuo di competenze e servizi offerti, e la corretta informazione agli assistiti per la realizzazione di scelte informate – *accountability*". (Damiani 2010)

Nel 2008, nella Carta di Tallin, si afferma come il modello concettuale della PHC sia necessario non solo per i Paesi in via di sviluppo, ma anche per quelli sviluppati.

Tale asserzione poggia su evidenze scientifiche che dimostrano che i Paesi che basano l'allocazione delle risorse sui bisogni di salute piuttosto che sulla domanda, mettendo in atto un'assistenza centrata sulla persona e non sui singoli episodi di trattamento, e attuando logiche e strumenti di assistenza primaria, presentano outcome di salute migliori, minore disparità in termini sanitari e minori costi complessivi per l'assistenza (Starfield 2005; WHO 2008).

Il 26 gennaio del 2009, il World Health Organization (WHO) sottolinea come sia prioritario nonché urgente garantire un impegno politico verso i valori e i principi espressi nella Dichiarazione di Alma Ata, rafforzando, in tutti i sistemi sanitari, un approccio di PHC (WHO 2009).

All'interno della PHC troviamo elementi che caratterizzano situazioni di complessità, e cioè la numerosità degli attori in gioco, l'eterogeneità tra le variabili in esame, la mutevolezza delle situazioni. In particolare, si riscontrano:

- la variabilità individuale, clinica e sociale, del bisogno di salute;
- la multipatologia;
- la multiprofessionalità;
- la multisettorialità;
- la diversa natura giuridica dei soggetti erogatori;
- la molteplicità dei livelli su cui si basano le decisioni dal punto di vista istituzionale;
- le diverse forme di finanziamento;
- la rapida evoluzione nel tempo degli stessi elementi.

A tal proposito la PHC può essere considerata come un sistema adattativo complesso, ossia "un insieme di attori autonomi nella loro attività in modo da non essere sempre totalmente prevedibili e le cui azioni sono interconnesse e tali da influenzarsi a vicenda" (Plsek 2001).

In risposta a tali situazioni di complessità, all'interno del sistema di PHC è, pertanto, fondamentale soddisfare il fabbisogno organizzativo di coordinamento/integrazione, inteso come processo di ricomposizione unitaria delle azioni di istituzioni, organizzazioni, singoli operatori e assistiti per il raggiungimento degli obiettivi della PHC, nel rispetto di una *governance* pubblica consona ad un sistema sanitario di *Welfare*.

L'integrazione, così definita, si traduce principalmente nella proposizione, attuazione e verifica del processo organizzativo di presa in carico e nella realizzazione della continuità assistenziale.

La presa in carico, da parte del sistema sanitario, è un processo organizzativo teso a fornire una risposta adeguata ai bisogni socio-sanitari e socio-assistenziali complessi di persone che necessitano di piani/progetti assistenziali unitari personalizzati per il trattamento della cronicità e della non autosufficienza. Tale visione prevede che ci sia un coinvolgimento ed un impegno responsabile a livello strategico (*policy*), tattico (gestionale-organizzativo) ed operativo (clinico-assistenziale).

È, inoltre, fondamentale garantire la continuità assistenziale che, secondo Haggerty (2003), consiste nel fornire un insieme di trattamenti, considerando una serie di eventi sanitari tra di loro coerenti e collegati, in conformità con i bisogni sanitari del paziente ed il contesto personale. In essa si identificano la presenza di un percorso di trattamento a medio-lungo termine e l'attenzione del percorso stesso su un destinatario individuale.

Questa si articola in tre dimensioni di riferimento:

- "Continuità di informazione: uso di informazioni sugli eventi passati e sulle circostanze personali utili, per effettuare un piano di assistenza individuale appropriato;
- Continuità di gestione: approccio unitario e coerente nella gestione della condizione di salute in risposta ai bisogni del paziente;
- Continuità di relazione: presenza di una relazione terapeutica continua tra il paziente ed uno o più fornitori di assistenza". (Damiani 2010)

In Italia, la struttura operativa della Azienda Sanitaria Locale (ASL) deputata a contribuire alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza riferibili al sistema della PHC è rappresentata dal distretto sanitario.

Nel distretto è possibile distinguere la funzione di committenza da quella di produzione.

La funzione di committenza è la capacità di leggere i bisogni della persona ed individuare i servizi in grado di rispondervi ed anche valutare quali servizi per quali bisogni e a quali costi.

La funzione di produzione consiste nell'erogazione di servizi che, seppur governata dal distretto, può essere attuata direttamente o indirettamente dallo stesso.

Alla luce di tali considerazioni, lo studio, condotto presso l'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, attraverso la revisione di dati primari presenti in articoli di letteratura scientifica, si è proposto di valutare il contributo che l'assistenza primaria fornisce in termini di miglioramento dei risultati clinici (output e outcome) e dei costi, anche con l'identificazione di un *framework* concettuale che, sulla base del principio della *comprehensiveness*, identifichi alcuni macro bersagli della PHC, con l'ausilio dei quali definire scelte di programmazione e individuare le azioni in una logica di processo di assistenza.

Secondo obiettivo è stata la ricerca e l'analisi di modelli concettuali in grado di facilitare l'integrazione interdisciplinare nell'ambito dell'assistenza primaria.

La revisione sistematica della letteratura è stata condotta su motori di ricerca utilizzando parole chiave combinate con gli operatori booleani "and" e "or" e ulteriori articoli di interesse sono stati reperiti attraverso *snowball searching* e consultazioni di documenti di letteratura grigia.

Dall'analisi della letteratura sono emersi 2356 titoli ed abstract per lo studio della relazione tra la maggior offerta di medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) e i risultati clinici e i costi. Tra questi 59 articoli sono risultati essere rilevanti per lo studio, perché rispondenti ai criteri di inclusione e di esclusione scelti.

Di questi 59 articoli selezionati l'88% (52/59) valuta la relazione tra maggior offerta di MMG e PLS e output e/o outcome; il 12% (7/59) valuta la relazione tra MMG e PLS e i costi.

In particolare, nell'83% (IC 95% 0.70, 0.91) dei 52 articoli che valutano la relazione tra offerta di MMG/PLS e risultati clinici è stata riscontrata una situazione migliore dove la medicina del territorio è maggiormente rappresentata.

In particolare, laddove è presente una maggiore offerta di medici del territorio, si è riscontrata una ridotta mortalità (nel 76% degli articoli), una ridotta morbosità (nel 100% degli articoli), una migliore aspettativa di vita (nel 100% degli articoli), una maggiore adozione di interventi di prevenzione (nel 100% degli articoli), una riduzione del tasso di ospedalizzazione (nel 63% degli articoli), ed una riduzione del numero di accessi al DEA (nel 100% degli articoli).

La ricerca ha permesso, inoltre, di identificare quattro diverse tipologie di assistito cui si rivolge la PHC, sulla base del principio della *comprehensiveness*.

- Persona sana o apparentemente sana;
- Paziente non classificato;
- Paziente cronico;
- Paziente non autosufficiente e/o fragile.

È definita "Persona sana o apparentemente sana" il soggetto sul quale si può intervenire a scopo preventivo col supporto della medicina di opportunità e di iniziativa, basata sull'educazione alla salute, sulla partecipazione strutturata a programmi di prevenzione attiva (primaria: promozione di stili di vita sani, vaccinazioni; secondaria: *screening*).

Il "Paziente non classificato" è quel soggetto al primo contatto con il sistema sanitario, in regime di elezione od urgenza per situazioni "non complesse" dal punto di vista specialistico e/o tecnologico.

Il "Paziente cronico" è affetto da malattie croniche, quali diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronico-ostruttiva, la cui gestione può realizzarsi attraverso l'utilizzo di un insieme di principi e metodologie integrate basato sulle evidenze, ad esempio il *Chronic Care Model* (Wagner 1996).

Per "Paziente non autosufficiente" si intende un soggetto che ha difficoltà a svolgere una o più funzioni della vita quotidiana (ADL) autonomamente e che necessita, quindi, di assistenza per lunghi periodi di tempo di tipo residenziale o domiciliare (Katz 1963).

Per "Paziente fragile" si intende colui che si trova in una condizione di rischio e di vulnerabilità, caratterizzata da un equilibrio instabile di fronte a eventi negativi, includendo deperimento di massa muscolare, forza fisica e perdita di peso, perdita della capacità di resistenza, diminuzione dell'equilibrio, rallentamento nelle capacità motorie e potenziale diminuzione della funzione cognitiva (Fried 2001).

La definizione di tali chiari bersagli, incentrati su macro aree di bisogno, permette di evidenziare meglio le caratteristiche dei progetti assistenziali, da programmare in maniera univoca e sistematica, all'atto del processo organizzativo di presa in carico da parte del sistema di regolamentazione, e da valutare secondo le logiche dell'*accountability*.

Con riguardo alla relazione tra elementi caratterizzanti la funzione di coordinamento/integrazione per specifiche popolazioni target del sistema PHC ed i risultati clinici ottenuti e, quando riportato, anche i costi sostenuti, sono stati rinvenuti 1093 titoli ed abstract, dei quali 111 sono stati inseriti nella revisione, perché rispondenti ai criteri di inclusione e di esclusione definiti per l'analisi.

Dei 111 articoli selezionati il 72% (95% IC 0.63, 0.80) presenta evidenza significativa in merito al miglioramento dei risultati clinici associato alla presenza della funzione di coordinamento/integrazione nei macro bersagli di PHC.

Nella revisione è emersa anche una differenza significativa tra la condizione di efficienza e quella di inefficienza [0.88 (95% IC 0.70, 0.96) vs 0.12 (95% IC 0.04, 0.30)], associate alla presenza della funzione di coordinamento/integrazione nei macro bersagli di PHC.

In merito al secondo obiettivo, ossia individuare e studiare modelli concettuali in grado di favorire l'integrazione interdisciplinare nell'ambito dell'assistenza primaria, gli autori hanno sottolineato il ruolo degli studi di Danielle D'Amour (2005; 2008), che afferma che il funzionamento di un sistema sanitario necessita di collaborazioni multidisciplinari e multiprofessionali, per soddisfare il fabbisogno di integrazione rappresentato in tali sistemi.

"Il termine collaborazione, soprattutto tra professionisti sanitari, include l'idea di condivisione che implica azioni collettive orientate verso obiettivi comuni in uno spirito di armonia e fiducia reciproca, ma anche il concetto di mutua interdipendenza con professionisti collegati uno all'altro ed orientati ai bisogni del paziente, nonché quello di "potere" basato su conoscenza ed esperienza, piuttosto che su funzioni o titoli" (Damiani 2010).

La collaborazione è inoltre un processo in trasformazione, dinamico e interattivo, essenziale per assicurare un'assistenza sanitaria di qualità.

La D'Amour ha definito, pertanto, un modello concettuale, nel quale l'azione collettiva può essere analizzata secondo quattro dimensioni:

- Esistenza di obiettivi condivisi e di una vision comune, che comportano una radicale trasformazione di valori e attività. A tal proposito può essere condotta una riflessione relativa al fatto che sia necessario sviluppare dei meccanismi di allineamento dei valori orientati al soddisfacimento dei bisogni dell'assistito, in quanto esiste una complessa struttura di interessi che coinvolge differenti tipi di alleanze (cliente/assistito, professionisti, organizzazione, interesse privato ed altre);
- Internalizzazione, ossia la consapevolezza, da parte dei professionisti, delle loro interdipendenze e dell'importanza di gestirle, che si traduce in senso di appartenenza, conoscenza personale e professionale di ciascuno, dei loro valori e fiducia reciproca;
- Formalizzazione, ossia la definizione chiara di azioni, ruoli e responsabilità attraverso strumenti diversi, quali accordi interorganizzativi, protocolli, sistemi informativi, procedure ed altri;
- *Governance*, intesa come capacità, da parte degli organismi di governo, di fornire linee di indirizzo chiare ed esplicite, al fine di guidare azioni strategiche in grado di promuovere l'implementazione di processi di collaborazione.

Nella *governance* possono essere considerati anche l'azione della leadership di manager o professionisti; l'apprendimento continuo per sostenere i cambiamenti nelle attività di assistenza; l'utilizzo di sistemi informativi e meccanismi di feedback per la condivisione di responsabilità a livello decisionale tra i soggetti coinvolti; il collegamento tra individui e organizzazioni facilitato dalla disponibilità di luoghi di incontro.

Le prime due dimensioni individuate dalla D'Amour caratterizzano le relazioni interpersonali tra gli individui, le altre due determinano modalità di azione all'interno del sistema organizzativo.

Lo studio oggetto di questa recensione suggerisce che la realizzazione di un'assistenza centrata sulla persona, non soltanto sui singoli episodi di trattamento, e l'attuazione di logiche e strumenti dell'assistenza primaria, sono obiettivi prioritari dell'intero sistema sanitario.

Il distretto, fortemente coinvolto in questa dinamica, deve essere un'organizzazione con una *vision* chiaramente rappresentata ed una flessibilità attuativa in grado di modificare in maniera sostenibile i propri interventi in funzione delle diverse situazioni locali.

In particolare, diviene fondamentale esplicitare e radicare principi e valori universali del sistema PHC con accordo su obiettivi e valori di base condivisi e poche regole fondanti per

indirizzare relazioni e prassi operative; valutare l'impatto di modelli esistenti in termini di efficacia, appropriatezza ed economicità (ruolo della ricerca sui servizi sanitari); riflettere sulle criticità distrettuali ed utilizzarle come opportunità per ridisegnare ruoli e funzioni all'interno della PHC.

Alcune delle suddette criticità riguardano, ad esempio, il ruolo di legittimazione della *governance* pubblica del sistema di assistenza primaria, il quale viene riconosciuto più alla direzione della ASL che al distretto; la scarsa integrazione socio sanitaria sia a livello di *policy* sia a livello tattico ed operativo; la progressiva riduzione della funzione di produzione direttamente gestita dal distretto; lo sviluppo di forme di produzione organizzate nell'assistenza primaria, non a gestione diretta del distretto; la necessità di valorizzare i diversi ruoli, in particolare quelli del MMG, degli specialisti, dei professionisti sanitari e degli operatori di assistenza socio-sanitaria.

Tali criticità possono essere il punto di partenza per sviluppare meccanismi di coordinamento meno gerarchici e più funzionali e professionali, in quanto l'integrazione in tale contesto è condizionata, non solo dalla eterogeneità causata dai diversi orientamenti personali e professionali degli operatori, ma anche dalla diversa natura giuridica e dalla *mission* delle singole organizzazioni interessate e dalle differenti forme contrattuali dei professionisti coinvolti (ASL, comune, MMG, terzo settore, organizzazioni for profit).

In questa visione, il distretto può attuare la *governance* pubblica a livello locale, nel rispetto delle autonomie dei diversi attori, della responsabilizzazione degli operatori, della programmazione e della valutazione delle attività su obiettivi comuni di assistenza.

Questo si concretizza nella:

- "Gestione tecnica del processo organizzativo di presa in carico dell'assistito con patologia cronica o bisogno di salute complesso;
- Facilitazione dell'attuazione della continuità assistenziale in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, sostenibilità, mediante la ricomposizione dei saperi specialistici e tecnici delle diverse autonomie professionali;
- Rendicontazione e comunicazione di azioni svolte nell'intero sistema di PHC;
- Azione di *advocacy* verso i cittadini, ossia sostegno e promozione di programmi di tutela della salute, favorendo la loro attiva partecipazione alla realizzazione di un sistema di PHC" (Damiani 2010).

Partendo da tali considerazioni è possibile pensare che un sistema centrato sull'offerta di prestazioni frammentarie sia in grado di evolvere verso un modello che sappia rispondere in maniera sussidiaria ai bisogni dell'assistito.

Questo è realizzabile tramite l'attivazione di reti e percorsi di assistenza, nel rispetto di un equilibrio tra principi universali di identificazione e attuazione del processo organizzativo di presa in carico da parte del sistema di regolamentazione, nonché di gestione attiva della continuità assistenziale, e l'azione di risorse e competenze integrate a livello locale.

Bibliografia

- Guzzanti E, Longhi T, 1985: Medicina di base e medicina ospedaliera. Federazione Medica; 9:1005-1011 (editoriale).
- Damiani G, Colosimo SC, Cosentino M, Ricciardi W. Assistenza Primaria e Distretto, dallo sviluppo di modelli al modello di sviluppo. Spunti di riflessione per una Vision Sostenibile. In: Atti del 8° Congresso Nazionale CARD "La qualità del sistema di

assistenza territoriale e il valore delle relazioni per un distretto con-vincente". Padova, 16-17-18 settembre 2010; 135-147.

- Cueto M, The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*, 94:1864-1874, (2004).
- Mahler HT, "Social Perspectives in Health: Address in Presenting His Report for 1975 to the Twenty-Ninth World Health Assembly, Geneva, 4 May 1976," 1, Mahler Speeches/Lectures, Box 1, WHO Library.
- World Health Organization, Declaration of Alma-Ata, Adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- IOM. Primary Care in Medicine: A Definition. In *A Manpower Policy for Primary Health Care : Report of a Study*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1978. Ch. 2.
- Starfield B. Measuring the attainment of primary care. *J Med Educ*.1979 May; 54 (5): 361-9.
- World Health Organization, The Tallin charter: Health Systems for Health and Wealth, Tallin, Estonia, 27 June 2008.
- Starfield B, Shi L, Macinko J., Contribution of primary care to health systems and health, *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
- World Health Organization, The World Health Report, Primary Health Care, Now More Than Ever, 2008.
- World Health Organization, Primary health care, including health system strengthening, January 26, 2009.
- (<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan034097.pdf>)
- Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: the challenge of complexity in health care. *BMJ*. 323 (7313): 625-8; Sep 15 2001.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK et al, 2003: Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*; 327: 1219-1221.
- Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*; 74(4):511-44; 1996.
- Katz S et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963 Sep 21; 185:914-9.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Med Sci*; 56 (3): M146-M156; Mar 2001.

- D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof care*. 2005 May; 19 Suppl. 1:116-31.
- D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martin-Rodriguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in health care organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008 Sep 21; 8:188.

Convegno “Percorsi di innovazione nelle cure primarie”

Parma, 21-22 ottobre 2011

A cura del dott. Andrea Donatini – Dirigente Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari Assessorato Politiche per la Salute - Regione Emilia-Romagna

Nelle giornate di venerdì 21 e sabato 22 ottobre 2011 si è svolto a Parma il **Convegno “Percorsi di innovazione nelle cure primarie”**, organizzato dalla Regione Emilia-Romagna, insieme all’Azienda Usl di Parma, per mettere a confronto le principali esperienze di innovazione nelle cure primarie a livello nazionale ed internazionale ed elaborare proposte sul futuro assetto organizzativo dell’assistenza territoriale.

Il tema della revisione organizzativa dell’assistenza primaria e della maggiore integrazione con i servizi ospedalieri è all’ordine del giorno in tutti i sistemi sanitari pubblici. In Italia, l’insufficiente coerenza e coordinamento nell’erogazione delle cure, il limitato riconoscimento dell’autonomia professionale di alcune professioni, una scarsa rappresentazione di realtà territoriali di riferimento per il cittadino, la limitata capacità del servizio di continuità assistenziale nel garantire un punto di riferimento certo per il cittadino costituiscono alcuni dei nodi che occorre sciogliere per poter seriamente affrontare il tema del riordino delle cure primarie.

Rendere efficace questo percorso richiede tempo e risorse per individuare soluzioni organizzative in grado di intercettare i casi meno complessi, orientandoli verso forme assistenziali alternative all’ospedale, che ancora troppo spesso è visto come una soluzione ai problemi di salute, per rafforzare i rapporti tra professionisti, cercando il più possibile di promuovere una modalità di lavoro condivisa e non contrapposta, per agire sull’approccio che i cittadini hanno nei confronti delle cure territoriali facendo loro capire che queste rappresentano un’alternativa affidabile all’assistenza ospedaliera e non un semplice ripiego.

Il convegno si è articolato sia su sessioni plenarie che su sessioni parallele.

Venerdì 21 ottobre 2011 – sessione plenaria

E’ stato particolarmente apprezzato *l’intervento del professor Elio Guzzanti*, già Ministro della Sanità ed attualmente Direttore Scientifico dell’IRCCS Oasi Maria SS. di Troina (EN), che ha ripercorso la storia dell’assistenza primaria in Italia dalla fine degli anni sessanta ad oggi.

È poi seguita una accesa *tavola rotonda* alla quale, coordinati da Cesare Fassari, giornalista esperto di politica sanitaria, hanno preso parte gli Assessori alla salute di sei Regioni Italiane:

- Veneto (Luca Coletto);
- Emilia-Romagna (Carlo Lusenti);
- Friuli-Venezia Giulia (Vladimir Kosic);
- Toscana (Daniela Scaramuccia);
- Basilicata (Attilio Martorano);
- Sicilia (Massimo Russo).

Anche in questo caso, il tema è stato quello del futuro delle cure primarie, ma più in generale del sistema sanitario pubblico, in un momento storico caratterizzato da tensioni sociali ed economiche forse senza precedenti nella storia repubblicana.

Alla tavola rotonda è seguito l'intervento del *dottor Antoni Dedeu Baraldes*, Direttore dell'Office for International Affairs and Healthcare Cooperation del Ministero della Salute della Catalogna (Spagna), che ha portato la testimonianza sullo sviluppo delle Case della Salute nel suo paese.

La sessione plenaria è stata infine conclusa dallo stimolante e brillante confronto tra il Ministro della Salute Ferruccio Fazio, il Presidente della Regione Emilia-Romagna Vasco Errani e l'Assessore Regionale alle Politiche per la Salute Carlo Lusenti; anche in questo caso il futuro del servizio sanitario regionale è stato al centro della discussione.

sabato 22 ottobre 2011– sessione plenaria

La sessione plenaria si è aperta con l'intervento di *Rod Sheaff*, professore all'Università di Plymouth, che ha presentato gli aspetti principali della riforma del sistema sanitario inglese; a seguire l'apprazziatissimo intervento di *Francesco Taroni*, professore associato presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna, che, con momenti anche provocatori, ha ripercorso le tappe principali della medicina generale in Italia dalla fine del 19esimo secolo ai giorni odierni.

SESSIONI PARALLELE

In aggiunta alle sessioni plenarie, per stimolare il più possibile il confronto su tematiche di interesse nell'ambito dell'innovazione per l'assistenza primaria, gli organizzatori avevano previsto *6 sessioni parallele dedicate a specifici argomenti*. In particolare:

- l'innovazione nella gestione della cronicità;
- i luoghi e i modelli per l'accesso alle cure primarie;
- l'audit clinico-organizzativo: strumento per il miglioramento della qualità nell'assistenza territoriale;
- ICT a supporto dell'assistenza primaria;
- la valutazione della qualità assistenziale nelle cure primarie;
- l'innovazione di cui abbiamo bisogno (necessaria, ma "alla quale nessuno ha pensato", e tema volutamente "aperto").

Le sessioni si sono svolte sia venerdì pomeriggio che sabato mattina ed hanno visto la presentazione di numerose relazioni provenienti sia dalla Regione Emilia-Romagna che da altre Regioni, con argomenti che hanno spaziato dall'attivazione degli ambulatori infermieristici per la gestione delle patologie croniche, alla organizzazione delle cure palliative sul territorio, dall'assistenza primaria a favore di popolazioni "complesse" come quelle immigrate o carcerarie alle modalità di gestione territoriale dei "codici bianchi" senza ricorso al PS. Particolarmente interessanti sono stati gli interventi sulle Case della Salute attivate in alcune Regioni italiane: strutture che riuniscono in uno stesso luogo servizi sanitari e servizi socio-sanitari per semplificare ulteriormente l'accesso ai cittadini e per meglio garantire presa in carico e continuità assistenziale nell'arco dell'intera giornata. Altrettanto interessanti sono state le presentazioni sul futuro dell'assistenza domiciliare, sulle modalità di promozione dell'appropriatezza, sullo sviluppo di strumenti informatici (blog) per il confronto e l'integrazione tra professionisti e sui percorsi per la presa in carico delle patologie croniche. Organizzati per specifici pazienti affetti da patologie croniche particolarmente diffuse (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, ecc.), i percorsi sono

coordinati dal medico di medicina generale, con il coinvolgimento degli infermieri ed altri professionisti sanitari, ed assicurano una presa in carico della persona con patologia cronica a livello territoriale, ricorrendo ai servizi ospedalieri e specialistici nei casi necessari per specifiche e complesse esigenze.

Particolarmente stimolante è stata la presentazione dei profili di salute messi a disposizione alle Aziende dalla Regione Emilia-Romagna per promuovere l'audit clinico tra medici di medicina generale: una reportistica che fornisce dati epidemiologici ed analitici sulle condizioni di salute e sull'utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione, utile ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta per conoscere la situazione di salute della popolazione assistita, per monitorare la qualità dei percorsi assistenziali attivati per le persone con patologie croniche, per il confronto interprofessionale (audit clinico) su tematiche specifiche, come ad esempio l'appropriatezza prescrittiva.

Attenzione particolare è stata, infine, dedicata al tema della valutazione dell'assistenza primaria, che è un tema ancora poco considerato nell'ambito della politica sanitaria. Su questo argomento sono stati molto interessanti gli interventi sia della Università Bocconi che ha presentato i primi risultati derivanti dall'Osservatorio delle Cure Primarie attivo in Emilia-Romagna, sia i risultati del progetto Valore, presentato dall'AGENAS, di valutazione dell'impatto delle forme associative sull'aderenza alle linee guida per la gestione delle patologie croniche da parte dei MMG.

Il programma del convegno, tutti gli abstract e le presentazioni sono disponibili sul sito www.saluter.it

La gestione delle cronicità sul territorio in Toscana

Convegno del 4 novembre, Firenze

A cura della Dott.ssa Valentina Barletta – Ricercatore Agenzia Regionale di Sanità Toscana

Le dinamiche demografiche ed epidemiologiche della regione Toscana evidenziano la tendenza all'invecchiamento della popolazione, con il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche. Diventa pertanto di fondamentale importanza la gestione delle cronicità. Per discutere dell'argomento, si è tenuto lo scorso 4 novembre, a Firenze, un convegno dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS) durante il quale sono state presentate le evidenze sulla gestione delle cronicità sul territorio in Toscana grazie all'utilizzo dei dati amministrativi.

Dopo una disamina del mutamento delle cure primarie e uno sguardo sui modelli organizzativi sviluppati all'estero, ci si è soffermati sul Chronic Care Model (CCM), sui suoi elementi essenziali e sulla sua evoluzione nell'Expanded Chronic Care Model (ECCM), quest'ultimo adottato dalla Regione Toscana per la riorganizzazione delle cure primarie, mediante il "Progetto per l'attuazione della sanità di iniziativa a livello territoriale" così come riportato dal PSR 2008-2010.

Elemento essenziale del modello ECCM è il modulo, team multiprofessionale proattivo nelle cure primarie in cui gruppi di medici di medicina generale, abituati a lavorare da soli o in gruppi monoprofessionali, si trovano a lavorare con infermieri e operatori sociosanitari.

Proprio riguardo ai medici di medicina generale e alle relative forme associative, sono stati illustrati gli esiti del progetto VALORE, progetto che ha coinvolto alcuni distretti del Veneto, Marche, Toscana, Emilia Romagna, Lombardia e Sicilia. Per quanto riguarda la gestione delle cronicità relativamente all'effetto dell'associazione semplice, di rete, medicina di gruppo, nonché medici singoli di medicina generale, si può dire che non siano state evidenziate significative differenze tra le diverse forme associative nell'adesione alle raccomandazioni per la diagnosi e cura di diabete, cardiopatia ischemica e scompenso cardiaco.

Ecco perché, nella ricerca di modelli che possano portare dei cambiamenti positivi sull'evoluzione di patologie quali diabete, scompenso cardiaco, ictus e BPCO, la Regione Toscana sta puntando sulla sanità d'iniziativa. I moduli sono integrati funzionalmente da fisioterapisti, dietisti e dal supporto e consulenza dei medici specialisti. I percorsi diagnostico terapeutici delle diverse patologie croniche prese in considerazione dal modello sono stati concordati tra i professionisti sanitari coinvolti, definendo ruoli, compiti e responsabilità di ciascuno all'interno del percorso assistenziale. Tutte le attività previste dai percorsi sono registrate sulla cartella clinica del MMG e si è molto sui sistemi informativi delle cure primarie in modo che il sistema informatico della medicina generale sia l'unico sistema per l'integrazione operativa degli operatori sanitari coinvolti sui percorsi assistenziale e rappresentino a regime anche la fonte unica e completa per sostenere le attività di audit interne alle practice e implementare il sistema di valutazione. L'azienda Usl garantisce l'organizzazione dei servizi per la presa in carico nei PDTA e la verifica dell'andamento del progetto di modulo attraverso la funzione dei medici di comunità.

Per valutare l'impatto che la sanità di iniziativa sta avendo, è stata utilizzata la banca dati MaCro. Si tratta di una banca dati delle malattie croniche, messa a punto dall'ARS, che mediante un sistema di record linkage tra gli archivi dei ricoveri ospedalieri, delle prescrizioni farmaceutiche, delle esenzioni ticket per patologia e del registro di mortalità, è in grado di individuare i toscani con patologie croniche e di seguirne i percorsi diagnostici e terapeutici. MaCro è utilizzata, oltre che dalle Aziende che richiedono dati dei loro assistiti, dai ricercatori, dalla Regione, anche nell'ambito di diversi studi epidemiologici, in particolare dei servizi sanitari.

Durante il convegno, è stato dato spazio ad approfondimenti descrittivi sulle diverse patologie croniche effettuati proprio grazie all'utilizzo di MaCro. Per quanto riguarda lo studio di impatto della sanità di iniziativa, sono stati mostrati i primi risultati per la prima delle patologie prese in considerazione dal nuovo modello di gestione delle cronicità: il diabete. Sono stati considerati un gruppo di MMG aderenti al CCM e un gruppo di MMG non aderenti al progetto. Sono stati considerati i pazienti diabetici, assistiti nel 2009 e nel 2010, di entrambi i gruppi di medici e di questi sono stati valutati gli indicatori di processo, tra cui la percentuale di pazienti con almeno un monitoraggio nell'anno valutato della emoglobina glicata, della microalbuminuria, del profilo lipidico, e utilizzo di prestazioni sanitarie specifiche, quali visite specialistiche, esami di diagnostica di laboratorio e strumentale, consumo di farmaci. Nei pazienti con diabete arruolati dai MMG aderenti al CCM, confrontati coi pazienti con diabete arruolati dai MMG non aderenti al CCM, la qualità delle cure in termini di indicatori di processo sembra migliorare al contrario dei tassi delle visite specialistiche che sembrano diminuire. Non cambia la percentuale di pazienti in trattamento con specifici farmaci. I tassi delle visite oculistiche e della diagnostica di laboratorio specifica sembrano aumentare. Tutto questo suggerisce una migliore gestione a livello di cure primarie della patologia cronica e una maggiore aderenza alle linee guida nazionali ed internazionali per la diagnosi e cura del diabete. Poiché dei vari indicatori di processo solo uno era quello considerato per il sistema incentivante la sanità d'iniziativa, i risultati ci confortano su un migliore trattamento che vada al di là del mero interesse economico, ma che consideri la patologia cronica nei suoi vari aspetti. In uno studio condotto dalla AUSL 8 di Arezzo, di cui sono stati mostrati i risultati, sono stati studiati gli effetti della sanità di iniziativa nei confronti dell'equità nell'accesso alle cure.

E' stato confermato che anche in Toscana chi ha meno risorse segue stili di vita meno salubri, è a maggior rischio di malattie croniche e segue processi di cura meno appropriati, ma che l'implementazione di programmi di "disease management" ha prodotto miglioramenti nei processi di cura dei pazienti diabetici con riduzione delle disuguaglianze per condizione socio-economica. E' pur vero che soltanto un modello "person-focused" può portare un reale vantaggio nella qualità della cura delle malattie croniche nelle persone svantaggiate, ma il progetto toscano, seppur al momento "disease-oriented", migliorando i processi di cura, riducendo le differenze per condizione socio-economica e rafforzando la centralità delle cure primarie, si avvia verso un sistema sanitario più equo e più attento alla gestione delle patologie croniche.

16 anni di formazione sulle cure primarie a Empoli

Per il 17° anno Lettura Magistrale del padre del Chronic Care Model
Ed Wagner del MacColl Institute – USA

Dott. Piero Salvadori, Direttore U.O.C. Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali, Dipartimento Territorio Fragilità, Azienda USL 11 Empoli – p.salvadori@usl11.toscana.it

Introduzione

Il territorio della attuale Azienda USL 11 di Empoli è sempre stato un luogo fecondo per incontri di formazione sul tema delle cure primarie, intese nella più ampia accezione anglosassone come Primary Healthcare.

Qui la Medicina Generale e la Pediatria di famiglia si sono storicamente integrate con le Amministrazioni Sanitarie (prima USL, poi AUSL), Sociali e Comunali (oggi Società della Salute). Qui il complesso mondo del territorio si integra con il Distretto Socio Sanitario e favorisce la nascita (quasi “come funghi”) di quella sorta di integrazione professionale ad alta valenza assistenziale per il cittadino che noi chiamiamo “Casa della Salute”.

La storia

Tornando indietro nel tempo possiamo dire che già dal 1995 si tennero una serie di incontri sui temi: gli screening di popolazione nel distretto socio sanitario e le certificazioni medico legali nel distretto socio sanitario.

Dal 1998 gli incontri sono divenuti annuali. All’inizio si trattava di seminari sulla assistenza domiciliare che vedevano il coinvolgimento di tutte le professionalità che fanno delle cure domiciliari ed in particolare dell’assistenza Domiciliare Integrata (ADI): Medici di Medicina Generale (MMG), Infermieri, Fisioterapisti, assistenti Sociali, Operatori socio assistenziali, Volontariato ecc.... Tutti questi professionisti a rete ruotano intorno al Cittadino con l’obiettivo di assisterlo bene nel Suo ambiente di vita e cioè il suo domicilio.

Già dal 98’ si è quindi partiti a trattare la definizione dell’ADI, per passare alla sua classificazione in più livelli (primo, secondo e terzo) (1999), alla valutazione dei costi (2000), allargandosi poi ai rapporti ospedale – territorio (2001), per arrivare alla assistenza territoriale fornita a livello dei nuovi soggetti nascenti in Toscana, quali le *Società della Salute* (2002).

Con la nascita di questi nuovi soggetti sul territorio i temi degli incontri annuali si sono allargati alle cure primarie, rimarcando in esse il ruolo sempre più forte della Medicina Generale.

Già dal 2004, in seguito all’apporto determinante oltre alla Medicina Generale anche del Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Università degli Studi di Firenze, il convegno ha assunto un respiro a carattere europeo con relatori provenienti dalla Gran Bretagna e dalla Spagna.

Nel 2005 fu affrontata la parte relativa alle strutture che si relazionano con le cure primarie: ospedale, dipartimenti ecc.)



Nel 2006 tale respiro di benchmarking europeo si è ulteriormente ampliato con la Regione Toscana nell'ambito del Progetto "European Regions Healthy Network", sono intervenuti relatori inglesi, irlandesi, francesi e croati, non solo medici ma anche infermieri ed assistenti sociali.

Nel 2007 lo sviluppo del congresso ha affrontato il dibattito sul Chronic Care Model (CCM) presentato da medici U.S.A. appartenenti alla HMO (Health Maintenance Organization) denominata Kaiser Permanente, citata anche nel film documentario di Michael Moore "Sicko".

<http://formazione.usl11.toscana.it/asolmat/STRANIERI%20-%20Edward%20Ellison%20-%20Kevin%20Rossi%20-%20Judy%20White.PDF>

Il Chronic Care Model è stato quindi inserito dalla Regione Toscana nel Piano Sanitario regionale 2008-2010 come possibile risposta al problema della cronicità. Il contatto con la realtà del CCM e di Kaiser Permanente ha portato alla organizzazione da parte dell'allora Ministero della Salute, AUSL 11, Regione Toscana e Istituto Superiore S. Anna di una study visit per conoscere sul posto tale realtà. Dalla visita ne è scaturito un libro che racconta l'esperienza: "Le sfide della sanità americana. La riforma di Obama. Le innovazioni di Kaiser Permanente.

http://www.pensiero.it/catalogo/recensioni.asp?page=video_maciocco2

Nel 2008 il pianeta cronicità è stato affrontato sul versante dei "Contenuti e contenitori per la cronicità". Questo particolare tipo di epidemia un po' dimenticata come scritto nel famoso articolo di Horton su The Lancet nel 2005 è stata vista non solo come modello teorico di cura (ad esempio il CCM), ma anche come una serie di luoghi fisici dove affrontare tale epidemia.

L'edizione del 2009 è stata invece dedicata agli attori: l'integrazione tra professionisti e l'empowerment del cittadino.

Nel 2010 si è svolto a Pisa (e quindi non a Empoli) il Congresso Internazionale sulle cure primarie: <http://www.euprimarycare.org/>

Per l'anno 2012, è previsto a Empoli un congresso di tre giorni (14,15 e 16 giugno), che si aprirà con la lettura magistrale sul chronic care model da parte del Prof. Ed Wagner del MacColl Institute, praticamente l'ideatore e padre di questo modello.

Saranno presenti anche altri oratori europei del Forum sulle Cure Primarie, come pure l'apporto delle regioni, e dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. La Regione Toscana avrà alcune sessioni dedicate ai primi risultati di processo e di esito relativi alla applicazione del CCM. Saranno presentate ricerche da parte del MES (Management e Sanità - Istituto Superiore S. Anna Pisa) e ARS (Agenzia Regionale Toscana Sanitaria). Sarà dato ampio spazio al confronto di idee e professioni: medici di famiglia, infermieri, assistenti sociali ecc...Sarà infine presentato anche il risultato di una supervisione effettuata da esperti del MacColl Institute riguardo alla applicazione del CCM in Toscana.

Ogni edizione ha visto dai 400 ai 700 partecipanti, provenienti dalla Toscana, ma anche da tutta l'Italia. L'edizione del 2012 si apre anche alla partecipazione di congressisti stranieri presentando una traduzione simultanea italiano / inglese - inglese / italiano per tutta la durata del congresso.

Sul sito ausl 11, sezione Agenzia formativa sono presenti tutti gli atti e le diapositive dei Congressi:

per il periodo 1995 - 2005 <http://servizi.usl11.tos.it/conv.htm>

per il periodo 2006 - 2009

http://formazione.usl11.toscana.it/sif/menu_sett.php poi eventi, poi cure

primarie

Per informazioni ed iscrizioni

Agenzia per la Formazione AUSL 11 Empoli

Tel. 0571 704320 - Fax 0571 704339

E-mail: f.maggiorelli@usl11.tos.it



Servizio Sanitario della Toscana

www.usl11.toscana.it

Riordino delle cure primarie nella Regione Veneto

Il 19 ottobre 2011, la Regione Veneto ha approvato la delibera di riordino delle cure primarie (*in corso di pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione*), che riconosce e valorizza il ruolo dell'Assistenza Primaria e della Continuità Assistenziale.

In particolare, per conseguire gli obiettivi definiti negli atti di programmazione regionale, è stato costruito un modello organizzativo e funzionale di Distretto Socio Sanitario, costituito da Aggregazioni Funzionali Territoriali nell'ambito delle quali operano i MMG nelle forme associative previste (*Medicina di gruppo integrata, quale punto di riferimento della rete delle AFT*) e, per consentire una maggiore operatività, coordinati in team funzionali. In questo modo si realizza la rete orizzontale tra medici e si pongono le condizioni per quella verticale con le altre strutture del sistema, per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza, su tutto il territorio regionale, secondo appropriatezza.

La delibera prevede il progressivo passaggio dall'associazionismo semplice e rete a medicine di gruppo integrate (cioè multiprofessionali, con infermieri, personale di segreteria e altre figure, fornite eventualmente di call center e altri servizi), anche senza sede unica laddove serva garantire la capillarità degli studi.

Medicine di gruppo integrate e Utap, infine, verranno messe in rete con la continuità assistenziale per garantire l'assistenza h24.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

9^ legislatura

Struttura amministrativa
competente:
Direzione Attuazione
Programmazione Sanitaria

			P	A
Presidente	Luca	Zaia		
Vicepresidente	Marino	Zorzato		
Assessori	Renato	Chisso		
	Roberto	Ciambetti		
	Luca	Coletto		
	Maurizio	Conte		
	Marialuisa	Coppola		
	Elena	Donazzan		
	Marino	Finozzi		
	Massimo	Giorgetti		
	Franco	Manzato		
	Remo	Sernagiotto		
Daniele	Stival			

Segretario Mario Caramel

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. del

Oggetto: Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della D.G.R. n. 41 del 18.1.2011 – medicina generale

NOTE PER LA TRASPARENZA: riorganizzazione della Medicina convenzionata per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza in ogni parte del territorio regionale.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Il futuro della sanità è sempre più proiettato sul Territorio con la valorizzazione dell'assistenza primaria (medici di base e specialisti) nel ruolo cardine del futuro dell'assistenza.

Per rispondere a tale prospettiva e per conseguire i suddetti obiettivi fondamentali il Sistema Socio – Sanitario Veneto deve impegnarsi nell'attuazione di una ineludibile inversione, sotto il profilo sia programmatico che operativo, del processo assistenziale alla persona, con salvaguardia della continuità assistenziale ed in una logica di rete a forte integrazione socio-sanitaria:

- sistema delle assistenze domiciliari,
- sistema delle assistenze ambulatoriali,
- sistema delle assistenze residenziali extraospedaliere.

Un sistema socio-sanitario in cui le parti componenti dello stesso – le Aziende sanitarie territoriali – gestiscono i servizi sanitari e sociali del processo assistenziale, ponendosi obiettivi di salute tenendo conto delle risorse disponibili. Il suddetto sistema socio-sanitario deve basare le proprie prospettive configurandole, per quanto attiene agli assetti programmatori, sulla epidemiologia della popolazione di riferimento; essa deve essere assunta a fondamento di ogni decisione programmatica, strutturandola sugli standard più elevati delle attuali specifiche conoscenze.

L'inversione del processo assistenziale alla persona va realizzato attraverso alcune azioni, quali:

coinvolgimento e responsabilizzazione dei medici di famiglia. Ci deve essere un reale coinvolgimento "forte" dei medici di medicina generale nella definizione di linee guida, protocolli diagnostici e terapeutici e nella concreta integrazione con i colleghi medici dipendenti, prevedendola in sede di accordi a livello regionale e realizzandola nell'ambito territoriale di ciascuna ULSS, con assunzione da parte degli stessi della piena responsabilità sui risultati da raggiungere (Patti e Contratti Aziendali). Lo sviluppo della Medicina delle Cure Primarie (MCP) è la chiave di volta della continuità assistenziale. Il MMG deve essere valorizzato, ma al contempo va responsabilizzato rispetto al corretto utilizzo delle risorse pubbliche ancorché sia legato al S.S.N. da un rapporto di lavoro di non dipendenza; in sintesi si tratta di dare applicazione uniforme ed equiordinata al generale principio del "rendere conto" da parte di chiunque usi risorse pubbliche, interfacciando e monitorando nel tempo i comportamenti individuali dei professionisti per metterli in relazione/a confronto con il budget assegnato per la soddisfazione dei bisogni specifici degli assistiti.

Necessaria è la definizione e approvazione di percorsi diagnostici e terapeutici che, condivisi il più diffusamente possibile, rendano concreta la standardizzazione in termini effettivi dei profili di cura attuati nelle diverse strutture costituenti il sistema socio-sanitario. A tale proposito si rende sempre più necessario che vengano adottati indicatori/misure di risultato di salute espliciti da parte dell'organizzazione sanitaria.

Si dovrà avviare un reale potenziamento della rete di assistenza territoriale che si realizzi con:

il rafforzamento e il consolidamento della politica ultra ventennale di integrazione sociale - sanitario, che ha consentito risposte concrete ed uniformi anche nelle piccole realtà comunali, procedendo alla corretta ripartizione/attribuzione dei correlati oneri finanziari ai due ambiti interessati; integrazione che rappresenta la condizione operativa per realizzare in concreto la continuità assistenziale. È in merito necessaria, a livello programmatico, una migliore definizione degli obiettivi da conseguire da parte delle ULSS e dei Comuni, dei modelli organizzativi e gestionali possibili e degli indicatori di verifica dei risultati;

il completamento, anche nella prospettiva di una sua indifferibile riqualificazione, ed il potenziamento della Rete residenziale e semi residenziale extraospedaliera sia per l'assistenza intensiva che estensiva.

lo sviluppo e il consolidamento dell'assistenza domiciliare nelle diverse forme, con particolare riferimento all'ADIMED ed alla ospedalizzazione domiciliare.

razionalizzazione dell'assistenza specialistica per risolvere il problema delle liste di attesa, obiettivo realizzabile anche con l'attivazione di sedi poliambulatoriali ad alto contenuto tecnologico utilizzando possibilmente presidi ospedalieri dismessi (decentramento/diffusione delle attività specifiche sul territorio). Parallelamente ad un uso più efficiente delle

prestazioni in alcuni specifici settori, va perseguita una capillare quanto costante formazione sociale della comunità e aggiornamento del personale medico sul percorso clinico.

Riorganizzazione dell'assistenza primaria. DGR n. 41 del 18.11.2011.

Da medico solitario a professionista integrato, in un sistema di condivisione e flessibilità che gioverà ai pazienti e alle loro famiglie. Questa la peculiarità del modello di assistenza primaria che permetterà di garantire una migliore accessibilità ed affrontare pazienti sempre più «consumatori di assistenza.” Di fronte a soggetti con patologie multiple, persone sane i cui stili di vita scorretti gravano sulla loro salute futura e un'età media dei pazienti in progressivo aumento (si prevede che entro il 2050 la popolazione degli ultra 75enni veneti raddoppierà dal 9,5% attuale al 15%) con conseguente incremento dei problemi di salute correlati, oltre che alla malattia, anche ad autonomia, disabilità e complessità gestionale, assume fondamentale importanza la proposta di nuovi modelli di accessibilità alle cure primarie capaci di rispondere alle diverse esigenze degli utenti. La soluzione individuata nella proposta operativa della Regione Veneto è orientata ad una riorganizzazione delle cure primarie in vere e proprie forme di Rete di assistenza che, grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici, possano favorire lo scambio di informazioni cliniche e di conseguenza la continuità assistenziale tra i diversi livelli - preventivo, ospedaliero, territoriale - garantendo una visione integrata delle problematiche e centrata sulla persona nel suo processo di cura. Una riorganizzazione volta ad una valorizzazione del territorio e del ruolo specifico e centrale del medico di famiglia operante in quel territorio. La svolta di un sistema che non sia più ospedale-centrico ma che investa sul territorio e indichi la strada da intraprendere per il futuro professionale. Si tratta di un traguardo che è frutto di una cultura associativa che si concretizza nella realizzazione di Reti in grado di fornire un servizio 24 ore su 24 per il miglioramento della qualità della salute di tutta la popolazione veneta.

L'obiettivo della Regione è quello di un'organizzazione distrettuale delle cure primarie che possa fungere da soggetto regolatore per il medico di famiglia, il quale si troverà quindi all'interno di un sistema razionale oltre che relazionale con i propri pazienti.

Dalle migliori pratiche aziendali risulta che le forme aggregative (soprattutto, Medicina di Gruppo Integrata) sono in grado di sviluppare effettivamente la Rete dell'Assistenza primaria. Pertanto, l'azione regionale si orienta su tale scelta che verrà attuata gradualmente in relazione all'ulteriore crescita professionale della Medicina convenzionata e alla riallocazione di risorse dall'Ospedale al Territorio.

Elementi essenziali del Progetto per la Riorganizzazione della Medicina generale:

- **Obiettivo:** garantire la continuità delle cure e dell'assistenza in ogni parte del territorio regionale, attraverso lo sviluppo della Rete delle Medicine di Gruppo Integrate.
- **Quadro di riferimento:** il Progetto è l'espressione delle migliori pratiche aziendali nell'Assistenza primaria, deriva da una analisi della situazione esistente (tutta la documentazione è agli atti della struttura regionale competente) ed è conforme ai principi di cui all'articolo 8, comma 1, lettera e) e f) del D lgs n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Il Documento, "**Allegato A**", costituisce applicazione innovativa dell'impianto

normativo delineato dallo stesso D lgs n. 502/92. Tiene conto dei principi fissati nel nuovo PSN e degli indirizzi del PSSR 2012 – 2014 il cui DdL è all'esame del Consiglio regionale.

- Modello: descritto nel documento allegato – “**Allegato A**” - al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale, che prevede le modalità per il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata.
- Attuazione: tavoli tecnici con le OOSS, su aree sistema. Selezione e avvio di sperimentazioni per verificare l'efficacia del modello delineato dagli indirizzi regionali.
- Tempi: 2012-2013-2014.
- Monitoraggio e Verifica: attraverso l'Organismo Tecnico
- Monitoraggio Piani Aziendali: attraverso la Commissione regionale Cure Primarie.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

- VISTI gli AACCN del 2009/2010 per la disciplina dei rapporti con i Medici convenzionati.
- VISTA la D.G.R. n. 41 del 2011.

DELIBERA

1. di approvare il Documento descritto nell'elaborato allegato – “**Allegato A**” - al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale, che prevede le modalità per il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata;
2. di costituire, dal 2012, un Fondo alimentato da risorse del capitolo 060009 o equivalente, del bilancio regionale degli esercizi di competenza, per finanziare il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata, di euro 20.705.427,00.=, ripartiti negli anni: 2012: euro 6.901.809,00.= – 2013: euro 13.803.618,00.= – 2014: euro 20.705.427,00.=;

di stabilire che l'attivazione delle singole Medicine di Gruppo Integrate dovrà essere espressamente autorizzata dalla Giunta Regionale e che le forme della medicina di gruppo senza sede unica saranno concesse per particolari condizioni organizzative e/o territoriali per un periodo non oltre il 31.12.2013;

di incaricare il Segretario Regionale per la Sanità di costituire un Organismo Tecnico con il compito di verificare le richieste aziendali per l'attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate, di fornire alla Giunta Regionale il proprio parere in merito, con particolare attenzione al governo clinico e alla sostenibilità economica conseguiti dalle forme associative in oggetto e verifica annuale dell'andamento delle stesse;

di affidare alla Commissione regionale per le Cure Primarie il compito di monitorare i Piani Aziendali Sviluppo Cure Primarie e di predisporre annualmente una relazione alla Giunta Regionale;

3. di sottoporre il presente atto all'attenzione del Comitato regionale per la medicina generale per le valutazioni di competenza, in merito alla fase attuativa;
4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
5. di pubblicare nel Bollettino Ufficiale della Regione il presente atto.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO IL PRESIDENTE

Avv. Mario Caramel F.to Dott. Luca Zaia

VISTO: se ne propone l'adozione, attestandone la conformità agli atti, la regolare istruttoria e la compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale.

Il Dirigente

U.C. Assistenza Distrettuale e Cure Primarie
Dott. Renato Rubin

RR/mav
(06-Assistenza territoriale cure primarie MG)



ASSISTENZA TERRITORIALE TRAMITE LE CURE PRIMARIE.
LINEE DI INDIRIZZO E OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE
DELLA DGR N. 41 DEL 2011 - MEDICINA GENERALE

IL CONTESTO

Il presente documento esplicita il quadro di riferimento per l'Assistenza Primaria delineato dalla DGR n. 41 del 18.1.2011.

Per riorganizzare l'Assistenza Primaria è necessario tener conto del contesto formato dal vigente sistema delle Cure Primarie e dei nuovi indirizzi formulati nel documento di PSSR 2012 – 2014, approvato dalla Giunta Regionale e, ora, all'esame del Consiglio.

ASSISTENZA PRIMARIA: IL MODELLO DI RIFERIMENTO

Per conseguire gli obiettivi di assistenza definiti negli atti di programmazione regionale, progressivamente è stato costruito nel corso del tempo un modello organizzativo e funzionale di Distretto Socio Sanitario, costituito da Aggregazioni Funzionali Territoriali nell'ambito delle quali operano i MMG nelle forme associative previste (*Medicina di gruppo integrata, quale punto di riferimento della rete delle AFT*) e, per consentire una maggiore operatività, coordinati in team funzionali. In questo modo si realizza la rete orizzontale tra medici e si pongono le condizioni per quella verticale con le altre strutture del sistema, per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza, su tutto il territorio regionale, secondo appropriatezza.

2.1 La Medicina di Gruppo Integrata, descrizione

In letteratura e nell'esperienza operativa, il modello strutturale, organizzativo e funzionale dell'Ospedale risulta ben definito; molto rimane ancora da delineare per quanto riguarda il Territorio. Pur esistendo precisi riferimenti teorici¹ e normativi² sui principi, sugli elementi principali, sui livelli e sulle caratteristiche operative del Territorio (Primary Care o Assistenza Primaria), le realizzazioni pratiche fino ad oggi attuate hanno sofferto di notevole incertezza e variabilità. Sia i Distretti socio sanitari che la Medicina di famiglia non hanno ancora trovato, nelle maggior parte delle realizzazioni pratiche, un modello organizzativo omogeneo e pienamente rispondente ai bisogni di salute dei cittadini.

La ricerca di questi modelli si è sviluppata lungo le seguenti direttrici:

¹ dalla Carta di Alma Ata del 1978 alla Definizione europea di Medicina di famiglia del 2003 del Wonca Europe

² dalla Legge 833/1978, al DPCM 14/02/2001 sull'integrazione socio sanitaria alla normativa regionale veneta sui Distretti socio sanitari

adottare l'orientamento della Organizzazione Mondiale della Sanità verso il "care near to patient", ispirandosi ai principi della accessibilità e della equità, della validità scientifica e della accettabilità sociale dei metodi, del coinvolgimento della comunità nella progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi, della sostenibilità economica degli stessi puntando sulla loro appropriatezza clinica e organizzativa;

assumere una visione in cui il Territorio sia caposaldo della cronicità e l'Ospedale sia caposaldo dell'acuzie, collocando la gestione delle patologie croniche a livello territoriale; riconoscere, nel perseguire lo sviluppo complessivo del Territorio, le caratteristiche operative dell'Assistenza Primaria, la quale è: generalista, includendo la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la diagnosi, la cura e la riabilitazione; olistica, essendo interessata alla persona nel contesto della famiglia e della comunità; continua, poiché usa tipicamente strategie di presa in carico e di controllo nel tempo dei problemi di salute.

La pratica attuazione dei principi suesposti è facilitata dall'ulteriore sviluppo del Sistema Informativo Aziendale il quale, sulla base di una informatizzazione sempre più spinta a tutti i livelli, già oggi permette un'ampia condivisione del fascicolo socio sanitario di ogni assistito tra l'Ospedale, i Servizi del Distretto e del Comune di residenza ed il Medico di famiglia.

In prima istanza diventa quindi strategico porre l'enfasi sulla capacità di "leggere" i bisogni assistenziali e di "governare" la domanda di prestazioni espressa verso tutti i poli della rete sociosanitaria, dando spazio ad un'idea di programmazione aderente alla realtà locale e fondata sull'analisi e sulla valutazione di obiettivi di salute per il singolo e per la Comunità. È questa una programmazione che trova definizione nel Territorio e che non si limita alla mera razionalizzazione della spesa secondo parametri centralistici privi di una corrispondenza locale.

Il modello di riferimento, esito delle esperienze in corso, per lo sviluppo delle Cure Primarie (Medicina di Famiglia) risulta coerente agli indirizzi strategici regionali e funzionale al perseguimento gli obiettivi di programmazione territoriale attraverso:

un approccio al Territorio caratterizzato da una programmazione triennale della domanda e dell'offerta coerente con i bisogni di salute della popolazione, attraverso la formulazione di un Piano delle Cure Primarie quale strumento di governo unitario delle politiche per la salute e delle strategie aziendali per il conseguimento di obiettivi correlati alla gestione integrata dei pazienti ed alla continuità dell'assistenza;

la progettazione di modelli organizzativi per migliorare e razionalizzare l'accessibilità all'assistenza primaria su tutto il territorio aziendale, utili a garantire l'assistenza attraverso una rete diffusa e qualificata, quale interconnessione di nodi organizzativi innovativi e multiprofessionali, caratterizzati da livelli di complessità differenti.

Queste azioni si inseriscono in un contesto di riferimento più ampio, regionale, nella prospettiva di consolidare e sviluppare gli orientamenti già espressi e di prevedere una loro possibile evoluzione.

Nel lungo periodo l'assistenza primaria dovrà progressivamente essere in grado di:

migliorare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e nella salute della popolazione;

affrontare la cronicità e la comorbidità;

favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;

mantenere un'elevata qualità delle caratteristiche tipiche dell'assistenza primaria (es. la relazione interpersonale, l'assistenza basata sulla persona e non sulla malattia, la continuità ed il coordinamento dell'assistenza).

Nel richiamato PSSR 2012-2014 sono obiettivi strategici da perseguire:

la continuità dell'assistenza, anche attraverso l'implementazione di protocolli condivisi che garantiscano l'integrazione tra Ospedale e Territorio;
la gestione integrata dei pazienti, attraverso l'implementazione di percorsi assistenziali e l'integrazione tra sociale e sanitario;
la promozione della salute e l'implementazione di una medicina di iniziativa;
la sostenibilità economica, realizzabile attraverso il governo clinico e della domanda.

Di qui la necessità di sviluppare un piano di riqualificazione delle forme associative della medicina convenzionata, che faciliti prioritariamente:
la costituzione di team multiprofessionali bene integrati;
la specificazione dei problemi a cui il team deve rispondere, affidando ruoli e funzioni alle diverse figure professionali;
la presa in carico dei problemi della cronicità attraverso metodi di medicina attiva;
un ottimale uso delle competenze delle diverse professionalità;
la realizzazione della completa informatizzazione del fascicolo socio-sanitario.

ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE

Aggregazioni Funzionali

Il modello organizzativo che viene qui descritto è parte del processo di implementazione della Medicina di Gruppo Integrata, sostiene lo sviluppo delle forme associative più evolute al fine di acquisire il maggior numero possibile di assistiti e garantire una risposta appropriata, lungo le 12 ore, alle richieste dei pazienti, in ogni parte del territorio regionale.

I nuovi principi fissati dalla DGR 41 del 18.1.2011 vengono accompagnati dalle indicazioni operative contenute nel presente documento.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT svolgono funzioni di coordinamento, e non di erogazione, tra gli studi medici in esse presenti.

Con le Aggregazioni Funzionali Territoriali si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

Le Aziende individuano le AFT in relazione ai seguenti criteri: riferimento all'ambito di scelta e comunque intra distrettuale; popolazione assistita non superiore a 30.000 e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 15/20, organizzati in team. L'estensione territoriale della AFT risulterà dalla convergenza di due fattori: limitazione all'estensione al fine di facilitarne l'accessibilità; caratteristiche morfologiche del territorio (urbano, rurale, montano).

Si prevede l'attivazione di 3 AFT per ciascuno dei 53 Distretti attualmente presenti, per un totale di 159 AFT in tutto il territorio regionale.

La AFT è costituita con atto del Direttore Generale, previo parere del Comitato Aziendale. La delibera individuerà i nominativi dei MMG facenti parte della AFT. Entro trenta giorni dalla costituzione della AFT, i medici che ne fanno parte designano, mediante consultazione avviata dalla Azienda, il Medico coordinatore che sarà nominato dal Direttore Generale, in base alle procedure definite nel Comitato aziendale.

3.2 Compiti ed attività del MMG nelle AFT

Nelle AFT i medici di Medicina Generale garantiscono:
compiti ed attività previsti nell'ACN e nell'AIR.

Tutto ciò è attuato, nella fase transitoria, attraverso i Medici, nelle modalità in cui sono organizzati:

Medicina di Gruppo anche integrata con o senza sede unica;
Rete, Associazione semplice e Singolo.

3.3 Rete, associazione semplice e singolo

Nelle AFT operano i medici attualmente in rete, associazione e singoli e vi aderiscono allo scopo di:

promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;

promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";

promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";

promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia;

avvalersi, nelle proprie attività, del Distretto di riferimento, come erogatore di servizi e funzioni utili al raggiungimento degli obiettivi assistenziali e condividere i relativi indicatori;

partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale.

L'AFT, al fine di assicurare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento, con particolare attenzione a quelli cronici e fragili, può rimodulare al proprio interno il carico assistenziale di ciascun medico.

3.4 Forme associative evolute

Le forme associative concorrono all'implementazione graduale di modelli organizzativi in grado di garantire assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, anche attraverso lo sviluppo di *Sistemi Operativi*, coordinando le risposte e i trasferimenti dall'Ospedale alle strutture territoriali (ammissioni e dimissioni protette), in costante collegamento tra i medici di famiglia.

Le forme associative possono essere classificate nel seguente ordine:

Medicina di Gruppo/Integrata con sede unica: indennità base: euro 10,10 + 3,10 + 1,35 = euro 14,55 ass./anno più contratto di esercizio.

Medicina di Gruppo senza sede unica: indennità base: euro 6,00 + 3,10 + 1,35 = euro 10,45 ass./anno più contratto di esercizio.

MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA (l'attivazione di tale forma associativa è sottoposta ad autorizzazione della Giunta Regionale)

Il modello organizzativo di riferimento che viene proposto per una riorganizzazione territoriale complessiva della Primary Care, è rappresentato dalla Medicina di Gruppo Integrata, che:

è Medicina di Gruppo perché risponde ai requisiti previsti dalle Linee-guida introdotte dall'ACR per la Medicina Convenzionata (DGR n.4395 del 30/12/2005);

è integrata perché si avvale di risorse messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo) e dalle Amministrazioni comunali (es. assistente sociale e personale amministrativo);
coglie i risultati più significativi della sperimentazione delle UTAP e delle altre esperienze associative evolute della Medicina Generale e li diffonde su tutto il territorio.

Le caratteristiche di questa forma organizzativa la rendono determinante nell'assetto territoriale dell'assistenza primaria in quanto:

- si rivolge ad un bacino di popolazione determinato;
- rappresenta un nodo di una rete ed un punto di riferimento territoriale ben riconoscibile;
- si fonda sul lavoro multi professionale in cui sono coinvolti Medici ma anche Specialisti, infermieri, assistenti sociali, amministrativi, allo scopo di costituire un riferimento unitario per i pazienti e le loro famiglie;
- è un luogo privilegiato per l'integrazione socio-sanitaria;
- garantisce i LEA, esigibili attraverso obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, misurabili attraverso opportuni indicatori;
- realizza programmi di prevenzione, eroga prestazioni per il paziente acuto e gestisce il paziente cronico con possibilità di "personalizzazione" delle cure;
- implementa percorsi diagnostico-terapeutici, basati sull'evidenza scientifica;
- raccoglie dati socio-epidemiologici e mappa i bisogni locali;
- è supportata da una rete informativa-informatica.

Sul piano operativo, si possono così declinare i compiti per ciascuna area, che saranno definiti con apposito Contratto d'esercizio:

Prevenzione

- vaccinazione nell'ambito di campagne vaccinali;
- partecipazione attiva alle campagne di screening, anche attraverso l'aggiornamento e la revisione degli elenchi nominativi della popolazione eleggibile;
- attività di prevenzione e di promozione della salute, anche attraverso l'applicazione di metodiche di counselling. Un ambito di specifico interesse riguarda la prevenzione del rischio cardiovascolare, fondata su strategie innovative che coinvolgono altre figure professionali, nonché supportate dall'utilizzo/coinvolgimento di "risorse" della Comunità (es. palestre e luoghi di ritrovo, associazioni di volontariato, organizzazioni sociali, ecc.).

Prestazioni e processi assistenziali

- visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico;
- trattamento delle patologie a maggiore prevalenza e di competenza della medicina generale;
- procedure tecniche mediche e trattamento dei problemi più comuni;
- diagnostica rapida per piccola patologia ambulatoriale;
- primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi acuti;
- primo contatto per problemi psicosociali e problemi "senza diagnosi".

Gestione della cronicità

- supporto all'autogestione del paziente, aiutandolo ad acquisire le capacità necessarie ad affrontare e risolvere i problemi di salute e a porsi obiettivi di miglioramento (es. nel campo dell'alimentazione, dell'esercizio fisico, delle automisurazioni cliniche, dell'uso dei farmaci);

adozione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali basati sull'evidenza scientifica
atta a delineare gli standard per garantire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
presa in carico della terminalità e del paziente fragile, attraverso l'implementazione della
apposita scheda;
gestione della domiciliarità, delle dimissioni protette, delle cure palliative.

Integrazione socio sanitaria

La presenza dell'Assistente Sociale nelle Medicine di gruppo facilita la collaborazione tra la Medicina di Famiglia, gli Enti Locali, il Distretto e le Organizzazioni Sociali e del Volontariato in modo da riuscire a rispondere in forme e modi diversi alle complessità socio sanitarie delle persone e delle famiglie.

Inoltre, nella sede della Medicina di Gruppo, possono essere garantite le seguenti funzioni:
prenotazioni degli appuntamenti e gestione delle agende dei Medici di famiglia;
effettuazione di prenotazioni per prestazioni specialistiche (CUP), con specifico riferimento a quelle con priorità B e per fasce deboli di popolazione;
distribuzione/ritiro di moduli per richieste varie (es. invalidità, ausili, assistenza domiciliare, ecc.) e di materiale illustrativo per la preparazione all'effettuazione di esami ed accertamenti (consegna provette, ecc.);
punto prelievi;
prestazioni, in base ad accordi aziendali e su specifici progetti, di codici bianchi e verdi, inviati dal Pronto Soccorso.

MEDICINE DI GRUPPO SENZA SEDE UNICA (solo per la fase transitoria e fino al 31.12.2013)
Per consentire lo sviluppo pianificato delle forme associative evolute, determinato dalla esigenza di garantire uno standard per l'Assistenza primaria compatibilmente con lo sviluppo della Medicina convenzionata, viene introdotta in via sperimentale la Medicina di gruppo senza sede unica.

Al fine di assicurare una migliore disponibilità del servizio, di ampliare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di favorire una presenza organizzata e possibilmente omogenea, di assicurare una miglior continuità assistenziale e di sperimentare interventi di razionalizzazione della spesa, programmazione, prevenzione, educazione sanitaria, audit, ricerca, (...) al medico in **MEDICINA DI GRUPPO SENZA SEDE UNICA**, viene chiesto:
di aderire al coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi, in modo da garantire un orario di almeno otto ore giornaliere, distribuite tra mattino e pomeriggio per 5 giorni alla settimana, per quanto possibile su prenotazione, salvo le urgenze;
di impegnarsi a svolgere la propria attività ambulatoriale anche nei confronti degli assistiti dei Colleghi aderenti al proprio Gruppo;
di coordinarsi per l'effettuazione delle visite domiciliari, al fine di una prestazione più pronta;
di coordinarsi per l'effettuazione degli accessi di assistenza programmata domiciliare ed Integrata, in modo da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici del gruppo o, eventualmente nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dall'Accordo nazionale in materia di recepimento delle chiamate;
di gestire la scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;

di aver attuato il collegamento reciproco degli studi medici con sistemi informatici tali da consentire, su richiesta e con il consenso del paziente, l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti il proprio Gruppo;

di utilizzare, da parte di ogni medico, sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici e prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi Regionali e/o Aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dal medesimo Gruppo;

di adottare linee guida diagnostico-terapeutiche condivise e nell'ambito delle attività di formazione professionale dei Medici di Medicina Generale;

di realizzare ulteriori possibilità assistenziali per quanto riguarda gli aspetti organizzativi in relazione ai bisogni della salute della popolazione o a forme di sperimentazione organizzativa del servizio che saranno concordate di volta in volta con l'Azienda;

3.5 Contratto di esercizio

Il contratto di esercizio stipulato tra l'Azienda e la Medicina di Gruppo Integrata costituisce lo strumento attraverso il quale vengono concordate con il Distretto le modalità d'uso dei fattori produttivi per consentire *l'erogazione delle prestazioni aggiuntive che favoriscano la riallocazione di processi assistenziali nel territorio identificando le risorse necessarie.*

3.6 Orario della forma associativa della Medicina di Gruppo senza sede

Il Medico di Famiglia organizzato in Medicina di Gruppo senza sede è tenuto a garantire attraverso accordi interni ai componenti della AFT/team, la *disponibilità oraria complessiva (nello studio e per le attività esterne) di 32 ore ripartite nei sei giorni della settimana, dal lunedì al venerdì e sabato come da contratto.* Viene considerato orario aggiuntivo quello utilizzato nelle attività compatibili in Centri servizi, Ospedali di comunità, Hospice, aggiornamento, medico formatore e altro. Tali incarichi, vengono retribuiti secondo tariffe prestabilite. La copertura assistenziale di otto ore giornaliere del team è assicurata attraverso il coordinamento degli studi dei medici in gruppo.

Gli obblighi di rintracciabilità (dalle ore 8 alle ore 20.00), sono a carico della AFT/team e la responsabilità individuale è determinata in base all'organizzazione del lavoro risultante dalla carta dei servizi, sottoscritta da tutti i medici del team ed esposta in ogni studio medico.

Per quanto riguarda l'orario della Medicina di Gruppo con sede si rinvia agli indirizzi regionali sulla costituzione di tale forma associativa; invece, per i medici in rete, associazione semplice e singolo, si rimanda all'Accordo Collettivo Nazionale.

3.7 Continuità Assistenziale

Il Medico di Continuità Assistenziale (MCA) partecipa alle attività delle AFT, utilizzando 14 ore a settimana in attività diurna per la gestione di obiettivi prioritari di salute e collaborando, soprattutto, con le Medicine di Gruppo Integrate per la gestione delle prestazioni aggiuntive. L'Amministrazione Regionale verificherà la possibilità di stabilizzare l'incarico in convenzione dei MCA, in possesso dell'attestato di idoneità alla attività di MMG o titolo equivalente, a tempo indeterminato (per tendere, in prospettiva ad un ruolo unico della medicina generale).

Oggi esistono le condizioni per una riprogettazione integrata, fra Ospedale e Distretto, degli interventi per migliorare la continuità assistenziale nelle Cure Primarie ed ottimizzare l'attività del Pronto Soccorso. Gli obiettivi da perseguire sono fondamentalmente due: educare il cittadino ad una scelta più consapevole del servizio più appropriato alla sua esigenza assistenziale; ricondurre al servizio appropriato la domanda di assistenza del cittadino anche quando, per motivi diversi, è stata erroneamente indirizzata. Per far ciò è necessario organizzare e supportare l'Assistenza Primaria, ed in particolare la Medicina Generale, come sopra proposto, facendo in modo che possano sempre più rappresentare per il paziente una valida alternativa al P. S. e garantendo il miglior inquadramento clinico – terapeutico ad oggi possibile. In questo caso i Medici di Continuità Assistenziale possono svolgere, nella Medicina di Gruppo Integrata, attività finalizzate alla copertura oraria H12 e all'erogazione delle prestazioni aggiuntive.

3.8 Principali prestazioni aggiuntive (elencazione a titolo indicativo)

Le principali prestazioni aggiuntive riguardano:

- diagnostica rapida per piccola patologia ambulatoriale;
- primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi acuti;
- prenotazioni degli appuntamenti e gestione delle agende dei Medici di famiglia;
- effettuazione di prenotazioni per prestazioni specialistiche (CUP), con specifico riferimento a quelle con priorità B e per fasce deboli di popolazione;
- distribuzione/ritiro di moduli per richieste varie (es. invalidità, ausili, assistenza domiciliare, ecc.) e di materiale illustrativo per la preparazione all'effettuazione di esami ed accertamenti (consegna provette, ecc.);
- punto prelievi;
- prestazioni, in base ad accordi aziendali e su specifici progetti, di codici bianchi e verdi, inviati dal Pronto Soccorso

3.9 Principali prestazioni non differibili (elencazione a titolo indicativo)

Le principali prestazioni non differibili interessano le prestazioni ambulatoriali e quelle a domicilio.

Prestazioni ambulatoriali:

- piccole urgenze ambulatoriali,
- ricettazione urgente di farmaci.

Prestazioni a domicilio:

- visite domiciliari urgenti per garantire la continuità assistenziale a:
 - patologie acute (per es. coliche),
 - pazienti dimessi dall'ospedale e con necessità di prestazioni assistenziali particolari,
 - pazienti in assistenza domiciliare integrata (ADI).

4. GOVERNO DEL SISTEMA

4.1 Aree prioritarie

Le aree tematiche individuate per lo sviluppo di progetti di appropriatezza sono:

- Area dei ricoveri ospedalieri
- Area delle prestazioni specialistiche
- Area della farmaceutica

I progetti di appropriatezza devono essere correlati agli obiettivi strategici aziendali esplicitati nel piano di attività dell'Azienda, sviluppato in relazione alla DGR 3140 del 14.12.2010 relativa all'assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali.

4.2 Obiettivi di salute

Rientrano tra i compiti affidati dai relativi Progetti obiettivo (*ad esempio, Diabete*) alla Medicina generale. (Quota C dei Patti).

4.3 Risorse

Si prevede di costituire un Fondo alimentato da risorse del capitolo 60009 del bilancio regionale degli esercizi di competenza, per finanziare il passaggio dei Medici di Assistenza Primaria nella Medicina di Gruppo Integrata, di euro 20.705.427,00=, ripartiti negli anni: 2012: euro 6.901.809,00 – 2013: euro 13.803.618,00 –2014: euro 20.705.427,00.

Il quadro di spesa non comporta la crescita dei trattamenti economici anche accessori dei Medici Convenzionati (vietata dall'articolo 16 comma 1 lettera b D.L. 6 luglio 2011 n. 98) trattandosi di modalità organizzative necessarie alla razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini di garantire i LEA con le risorse disponibili.

4.4 Tempi e modalità di realizzazione

Considerato che il miglioramento dell'equità nell'accesso ai servizi e nell'assistenza rappresenta un obiettivo strategico perseguito dalle Aziende ULSS, si rende necessario estendere nel biennio 2012-2013 (fase transitoria) il modello sopra descritto a tutta la popolazione veneta, prevedendone la messa a regime dal 2014.

La Regione valuterà la possibilità di attivare sperimentazioni gestionali per verificare direttamente l'efficacia delle azioni previste dal presente documento.

4.5 Risultato di gestione

Il risultato di gestione in caso positivo può comportare, per una parte, le risorse per alimentare *il processo di sviluppo dell'Assistenza primaria* e il riconoscimento della quota D dei Patti; diversamente, se negativo, la revisione del Piano aziendale per il potenziamento dell'Assistenza Primaria.