

Assistenza territoriale

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL, primo punto di riferimento per il cittadino nell'accesso ai servizi sanitari dell'Azienda, per il soddisfacimento dei bisogni di salute, la tutela della continuità e dell'integrazione assistenziale.

Svolge funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi socio-sanitari, oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni (medicina di famiglia, cure domiciliari, residenziali e semi-residenziali, prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative ambulatoriali, servizi per le popolazioni a più elevato rischio socio-sanitario).

Rispetto a quanto introdotto nella Legge 833/78, il Piano Sanitario Nazionale 1994-'96 e il D. L.vo 502/92, il D. L.vo 299/99 individua un nuovo assetto dell'organizzazione della medicina nel territorio, dettata da: problemi economici, liste di attesa, sottoutilizzo e utilizzo improprio di risorse nel sistema.

Obiettivi di questo riordino sono: la garanzia di un'appropriata erogazione dei servizi a partire dai L.E.A.; il mantenimento nel territorio di tutte le attività ambulatoriali; un'efficace continuità assistenziale; la fornitura di attività specialistiche; l'abbattimento delle liste d'attesa; la riduzione di ricoveri ospedalieri impropri; la attivazione dei percorsi assistenziali (PSN 2003-2005).

L'ospedale per acuti ha funzione integrativa rispetto all'assistenza territoriale. Al primo potrà essere riservato il trattamento delle patologie acute, in emergenza, ad alta complessità clinica ed elevato assorbimento di tecnologie, diventando il territorio sede di riferimento per l'assistenza personalizzata, finalizzata alla "gestione" della cronicità e all'intervento a medio-basso livello tecnologico, dalla prevenzione alla riabilitazione.

In quest'ottica va interpretata l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che prescrive, all'articolo 4, "la razionalizzazione della rete ospedaliera e la realizzazione degli interventi". Nell'Intesa le regioni si impegnano ad adottare provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati a carico del servizio sanitario regionale non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici, promuovendo il passaggio dal ricovero ordinario al diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero ed assicurare programmi di assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale e semiresidenziale.

Questo potrà essere garantito con l'attuazione di strumenti e logiche di Governo Clinico per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza primaria. Da un punto di vista organizzativo, questo può essere conseguito con l'aggregazione dei Medici di Medicina Generale in un contesto di team territoriale e/o di UTAP, basandosi sulla multiprofessionalità e su una condivisa responsabilizzazione degli operatori sanitari.

Nuovi modelli organizzativi sono stati introdotti con gli Accordi relativi alla Medicina di Base. In particolare, la medicina di gruppo, che consente ai medici di famiglia di accrescere le proprie capacità e competenze per effetto del lavoro di gruppo, realizzazione di progetti di audit clinico, condivisione di Linee Guida e percorsi assistenziali e implementazione di un più efficiente sistema di raccolta e gestione dei dati clinici ed economici.

In questa ottica si muove anche il nuovo Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, con l'adozione di strumenti di governo clinico e una maggiore responsabilizzazione dei Medici di Medicina Generale verso il miglioramento della qualità e l'equilibrio economico del sistema (Art. 7).

Qualche passo oltre il vuoto informativo sull'assistenza territoriale

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 individua la promozione del territorio, sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari, quale uno dei dieci progetti per la strategia del cambiamento. Il Piano evidenzia infatti la necessità, ormai inderogabile, di organizzare meglio il territorio spostando risorse e servizi che oggi sono assorbiti ancora dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica che attualmente non è più sostenibile. Ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta si chiede dunque di giocare un ruolo maggiore che in passato, da svolgersi anche mediante modelli organizzativi innovativi aggregativi che assicurino continuità assistenziale 24 ore su 24 sette giorni su sette.

Il territorio, da sempre considerato quale erogatore di servizi extra ospedalieri, deve quindi essere chiaramente indirizzato verso una nuova e razionale offerta di prestazioni, che configuri l'intervento ospedaliero come assistenza extra territoriale sempre più riservata alle patologie acute.

Questo processo non può prescindere dalla presenza di adeguati flussi informativi che rilevino le prestazioni svolte a livello territoriale, fino ad oggi assai carenti anche in considerazione della "mancanza per l'assistenza primaria di un equivalente della Scheda di Dimissione Ospedaliera", nonché di una definizione condivisa dei modelli organizzativi.

Conseguentemente il Ministero della Salute, le regioni e l'Agenzia dei servizi sanitari regionali, nell'ambito del progetto collaborativo "Mattoni del SSN", finalizzato a mettere ordine nei "fondamentali" del SSN, e cioè a costruire un sistema di classificazioni, codifiche, metodologie comuni per il SSN e per il Nuovo Sistema Informativo Sanitario, hanno individuato uno specifico "mattoncino" per Assistenza primaria e prestazioni domiciliari (Capogruppo la regione Puglia), con l'obiettivo di:

- definire un sistema di classificazione delle prestazioni di assistenza primaria;
- definire un sistema di classificazione per le prestazioni domiciliari;
- definire i contenuti informativi per la rilevazione delle prestazioni.

Contestualmente lo stesso Ministro della Salute, nell'ambito della Direttiva generale per l'attività amministrativa e la gestione per l'anno 2004, emanata ai sensi degli articoli 4 e 14 del D.Lgs n. 165 del 30 marzo 2001, ha individuato nella "Ricognizione ed analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di cure primarie" uno degli obiettivi strategici delle politiche di interesse del Ministero ed ha assegnato alla Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio V, il suo perseguimento.

Per ottemperare alla realizzazione di questo obiettivo e consentire un confronto tra le diverse realtà regionali, l'ufficio ministeriale incaricato ha predisposto, congiuntamente al gruppo di lavoro del "mattoncino", un questionario, composto da 11 domande relative ad altrettanti argomenti contenuti nel D.P.R. 270/2000 "Accordo Collettivo Nazionale con i Medici di Medicina Generale", inviato capillarmente a tutte le ASL del territorio nazionale, e compilato dai referenti indicati dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale.

Sono pervenute 181 risposte al questionario su 195 (92,8 %), ed è stato predisposto quindi un documento di analisi dei risultati, che ha rappresentato una prima fotografia nell'ambito dell'osservazione del graduale passaggio in atto dalle cure primarie, fornite dallo studio individuale del medico, a quelle fornite da Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Guardia e Specialisti Ambulatoriali riuniti in associazione.

Per quanto riguarda la rilevazione sull'esistenza, a livello sperimentale, di forme di aggregazione tra medici, riconducibili ad un modello evolutivo quale, ad esempio, Unità di Cure Primarie, Gruppo di Cure Primarie, ecc., dalle risposte pervenute si è evidenziato che in 31 Aziende Sanitarie Locali, sulle 181 che hanno risposto al questionario, esistono queste forme sperimentali.

Analizzando i dati per macroaree si è evidenziato che delle suddette 31 ASL, 23 Aziende, pari al 74,2 %, sono ubicate al Nord; 7, pari al 22,6%, sono ubicate al Centro mentre nel Sud e nelle Isole, esiste una sola forma sperimentale.

Anche per quanto riguarda la presenza attiva di équipes territoriali (ex art. 15 del DPR 270/2000), il Nord (45,8%) ed il Centro (24,3%) sono le macroaree nelle quali ne è stato rilevato il numero maggiore rispetto al Sud (8,5%) ed alle Isole (7,1%) e delle 554 équipes presenti a livello nazionale 486, pari all'87,7%, sono al Nord; 57, pari al 10,3%, sono al Centro; una, pari allo 0,2%, al Sud e 10, pari all'1,8% nelle Isole.

ASL con Centro Unificato di Prenotazione (C.U.P.)

Significato. Il Centro Unificato di Prenotazione (C.U.P.) è un sistema automatizzato territoriale che consente la visibilità (agende dei servizi) e la possibilità di prenotare le prestazioni sanitarie specialistiche, di laboratorio e di diagnostica strumentale effettuabili presso tutte le strutture comprese nel territorio della ASL da uno o più punti (sportelli di prenotazione) del-

lo stesso territorio. Secondo l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome dell'11 luglio 2002, ogni regione deve creare un sistema di prenotazione che permetta di monitorare le disponibilità delle prestazioni erogabili dal S.S.R., attraverso punti di prenotazione, generalmente definiti C.U.P.

Percentuale di ASL con Centro Unificato di Prenotazione

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Numero di ASL con Centro Unificato di Prenotazione
 Denominatore: Numero ASL

Validità e limiti. L'indicatore descrive la percentuale di ASL con C.U.P. ed indica la disponibilità di uno strumento di gestione della domanda, ma non fornisce indicazioni sulla modalità di assistenza territoriale effettiva e sull'appropriatezza del servizio. Premesso che il flusso informativo è riuscito a rilevare tutte le ASL esistenti (corrispondenti sia nel 2000 sia nel 2003 a 197), il valore riportato si riferisce alle ASL che dichiarano servizi C.U.P. attivati. Si evidenzia come il dato di notifica di una sola ASL (es.: Valle d'Aosta o P.A. di Trento) possa determinare una sensibile variazione della percentuale del dato regionale.

Valore di riferimento. Il valore di riferimento per questo indicatore è il 100%, in quanto l'obbligo di copertura dell'intero territorio dovrebbe interessare capillarmente ogni ASL.

Descrizione dei risultati

Sono stati considerati dati del periodo 2000-2003. L'indicatore si riferisce alle ASL che presentano un servizio di C.U.P. attivo.

Nell'ultimo anno analizzato, le regioni con la più alta percentuale di ASL con Centro Unificato di Prenotazione sono risultate essere: Piemonte, Valle d'Aosta, P.A. di Trento, Lazio, Abruzzo, Molise e

Tabella 1 - Percentuale di ASL con Centro Unificato di Prenotazione (C.U.P.), per regione – Anni 2000 - 2003

Regioni	2000			2003		
	Numero . ASL con CUP	Numero totale ASL	ASL con CUP %	Numero. ASL con CUP	Numero totale ASL	ASL con CUP %
Piemonte	22	22	100	22	22	100
Valle d'Aosta	1	1	100	1	1	100
Lombardia	6	15	40	6	15	40
Bolzano-Bozen	2	4	50	2	4	50
Trento	1	1	100	1	1	100
Veneto	20	21	95	20	21	95
Friuli-Venezia Giulia	4	6	67	4	6	67
Liguria	4	5	80	4	5	80
Emilia-Romagna	10	13	77	12	13	92
Toscana	12	12	100	11	12	92
Umbria	4	4	100	3	4	75
Marche	11	13	85	12	13	92
Lazio	9	12	75	12	12	100
Abruzzo	5	6	83	6	6	100
Molise	4	4	100	4	4	100
Campania	7	13	54	11	13	85
Puglia	9	12	75	11	12	92
Basilicata	5	5	100	5	5	100
Calabria	2	11	18	4	11	36
Sicilia	4	9	44	5	9	56
Sardegna	1	8	13	3	8	38
Italia	143	197	73	159	197	81

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Annuario Statistico del Sistema Sanitario Nazionale. Anno 2005.

Basilicata (100%). Seguono, in ordine decrescente Veneto (95%), Emilia-Romagna, Marche, Toscana e Puglia (92%), Campania (85%), Liguria (80%), Umbria (75%), Friuli-Venezia Giulia (67%), Sicilia (56%), P.A. di Bolzano (50%), Lombardia (40%), Sardegna (38%) e Calabria (36%).

Dal 2000 al 2003, complessivamente il valore dell'indicatore nazionale è passato da 73 a 81%. Confrontando i dati fra gli estremi dell'intervallo temporale considerato, si nota come le regioni Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna hanno annualmente incrementato la percentuale di C.U.P. attivati sul totale delle ASL, mentre Toscana e Umbria l'hanno ridotta. Le restanti regioni hanno mantenuto invariato il numero del servizio C.U.P. attivato. Tra il 2000 ed il 2003, nei valori percentuali annui delle regioni Piemonte, Lombardia, Liguria, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, sono state riscontrate alcune oscillazioni, non riportate in tabella. Tali variazioni, che necessitano di ulteriori approfondimenti a livello locale, sono probabilmente dovute ad anomalie nella trasmissione delle schede di rilevazione regionale (Modello FLS. 11) ai sensi del D.M. del 23/12/1996 e/o a cambiamenti organizzativi locali, determinando una modificazione nel dato secondo quanto riferito nel paragrafo "Validità e limiti".

Raccomandazioni di Osservasalute

I C.U.P., organizzati a diverso livello sovra-aziendale, aziendale e sub-aziendale, sono strumento di governo della domanda, di integrazione per il miglioramento dell'accessibilità agli erogatori e di razionalizzazione dei tempi di attesa. Inoltre il sistema C.U.P. assicura l'integrazione dell'intero sistema di offerta della gestione delle liste di attesa, facilitando le prestazioni secondo un principio di prossimità.

Ad oggi, i Centri Unificati di Prenotazione sono un proxy dell'integrazione del sistema di offerta pubblico e privato accreditato, presente nelle regioni. Essi dovrebbero essere adeguatamente collegati agli ambulatori di Medicina Generale e ad altre strutture di offerta. Infatti un'opportuna integrazione del Sistema Informativo aziendale dei dati di attività e di costo, derivati dai Centri Unificati di Prenotazione, potrebbe dotare le ASL e le regioni di strumenti efficaci e tempestivi per la programmazione ed il monitoraggio delle attività assistenziali. L'organizzazione dei C.U.P. deve essere affiancata da altri meccanismi di diminuzione delle liste di attesa e delle disuguaglianze nell'offerta dei servizi (overbooking, recalling, Linee-Guida, percorsi assistenziali condivisi).

Riferimenti bibliografici

Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Idelson-Gnocchi, 2005.
Cicchetti A, Citoni G, Di Stanislao F, Filippetti F, Damiani Ministero della Salute. Direzione generale del sistema informativo Ufficio di direzione statistica. Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e Aziende Sanitarie - Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2001, 2002, 2003 e 2004.

Intesa 23 marzo 2005. La Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Supplemento ordinario 83 della Gazzetta Ufficiale 7 maggio 2005. Serie generale n. 105.

ASL con Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)

Significato. L'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) è una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti, aventi necessità di un'assistenza continuativa, che può variare da interventi esclusivamente di tipo sociale ad interventi socio-sanitari. Le prestazioni in A.D.I. sono incluse nelle prestazioni comprese nei L.E.A. in ambito territoriale previste nell'Allegato 1 del DPCM 29 novembre 2001, fermo restando l'autonomia di ogni singola regione nell'organizzazione del servizio.

L'A.D.I. può essere intesa in due forme: o come sinonimo di servizio di cure domiciliari, modulato su più livelli, diversi per intensità assistenziale oppure come componente specifica ed integrata di tipo sanitario e socio-sanitario, facente parte di un più ampio sistema di cure domiciliari all'interno del quale sono previsti anche altri interventi quali assistenza infermieristica domiciliare, assistenza domiciliare programmata dei medici di medicina generale, assistenza domiciliare per particolari tipologie di utenza.

L'indicatore fornisce informazioni sulle potenzialità di offerta dei servizi di A. D. I. sul territorio.

Percentuale di ASL con servizio di Assistenza Domiciliare Integrata

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Numero di ASL con Servizio di Assistenza Domiciliare
 Denominatore: Numero ASL

Validità e limiti. E' indicata la percentuale di ASL con A.D.I.. Si evidenzia come la notifica di una singola ASL possa causare un sensibile cambiamento della percentuale dei valori regionali. Sebbene l'indicatore caratterizzi un servizio che permetta ai cittadini, in stato di bisogno, di essere assistiti a casa, evitando il ricovero in Ospedale per acuti o in residenzialità sul

territorio, non esplicita l'articolazione organizzativa e funzionale intraregionale. L'indicatore si riferisce alle ASL con servizio attivo dichiarato dal flusso informativo (modello FLS 11).

Valore di riferimento. Il valore di riferimento è il 100%, in quanto l'erogazione dell'A.D.I. all'interno

Tabella 1 - Percentuale di ASL con Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), per regione Anni 2000 - 2003

Regioni	2000			2003		
	Numero . ASL con ADI	Numero totale ASL	ASL con ADI %	Numero. ASL con ADI	Numero totale ASL	ASL con ADI %
Piemonte	22	22	100	22	22	100
Valle d'Aosta	1	1	100	1	1	100
Lombardia	15	15	100	15	15	100
Bolzano-Bozen	4	4	100	4	4	100
Trento	1	1	100	1	1	100
Veneto	20	21	95	21	21	100
Friuli-Venezia Giulia	6	6	100	6	6	100
Liguria	4	5	80	5	5	100
Emilia-Romagna	11	13	85	13	13	100
Toscana	11	12	92	11	12	92
Umbria	3	4	75	3	4	75
Marche	13	13	100	13	13	100
Lazio	11	12	92	12	12	100
Abruzzo	3	6	50	5	6	83
Molise	4	4	100	4	4	100
Campania	10	13	77	12	13	92
Puglia	11	12	92	11	12	92
Basilicata	5	5	100	5	5	100
Calabria	8	11	73	8	11	73
Sicilia	8	9	89	9	9	100
Sardegna	6	8	75	8	8	100
Italia	177	197	90	190	197	96

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Annuario Statistico del Sistema Sanitario Nazionale. Anno 2005.

dei L.E.A. interessa ogni singola ASL.

Descrizione dei risultati

L'indicatore si riferisce alla rilevazione, a partire dai flussi informativi istituzionali, delle ASL dotate di un Servizio di A.D.I.. L'analisi presenta i dati del quadriennio 2000-2003, e nella descrizione dei risultati viene evidenziata la variazione tra il primo e l'ultimo anno della rilevazione.

Il valore dell'indicatore nazionale è passato da 90 nel 2000 a 96 nel 2003, per 100 ASL. Nell'ultimo anno analizzato, le regioni con più alta percentuale di ASL con Servizio di A.D.I. sono risultate: Valle d'Aosta e P.A. Trento (che hanno una sola ASL), Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Molise, Basilicata, Sicilia e Sardegna (100%). Altre come Campania (92%), Toscana e Puglia (92%), Abruzzo (83%), Umbria (75%) e Calabria (73%) presentano valori più bassi.

Tra il 2000 ed il 2003, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo, Campania, Sicilia e Sardegna hanno aumentato il numero di Servizi di Assistenza Domiciliare. Le altre regioni hanno mantenuto invariata la percentuale di offerta. In merito alle oscillazioni rilevate per le regioni Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, le oscillazioni rilevate nell'intervallo potrebbero essere dovute ad anomalie del flusso nella rilevazione dei dati relativi alle attività gestionali ed economiche delle ASL, previste dal D.M. 23/12/1996 (Modello FLS. 11) legato alla trasmissione delle schede di rilevazione regionali e/o ad effettive modifiche organizzative locali che risentono del fenomeno dell'impatto di notifica.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'assistenza domiciliare risente, tuttora, di un approccio prestazionale, frammentario. I ripetuti richiami del legislatore (PSN 2003-2005) sottolineano, per l'assistenza a malati cronici, anziani e disabili, la necessità di realizzare una rete di servizi di assistenza integrata e di dimensionare adeguatamente i nodi della rete - ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata propriamente detta, Centri Diurni Integrati, residenze sanitarie assistenziali ed istituti di riabilitazione - in accordo con il loro effettivo utilizzo.

Tale necessità è anche rimarcata dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che prescrive, per le regioni, la promozione "del potenziamento di forme alternative al governo ospedaliero e l'erogazione di programmi di assistenza integrata, residenziale e semiresidenziale".

E' importante definire un sistema di valutazione per la programmazione ed il monitoraggio dell'A.D.I. che, superando il limite di indicatori di sola dotazione

dichiarata, esplori processi e esiti della stessa. In una strategia di miglioramento per gli indicatori di assistenza domiciliare può risultare utile dimensionare i servizi in funzione di popolazioni e fasce d'età, che potrà essere oggetto di successive analisi.

E', inoltre, indispensabile che tale sistema possa valutare, coerentemente, le componenti sociali e sanitarie che caratterizzano l'A.D.I.. In questo modo, si potrebbe risolvere la non unitaria interpretazione del concetto di A.D.I. nelle diverse regioni e la sua traduzione in formule organizzative.

Riferimenti bibliografici

Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Idelson-Gnocchi, 2005.
Ministero della Salute. Direzione generale del sistema informativo Ufficio di direzione statistica. Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e Aziende Sanitarie - Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2001, 2002, 2003 e 2004.
Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003. Suppl ordinario 95 alla Gazzetta Ufficiale 18 giugno 2003. Serie generale n. 139.

Posti letto nei Presidi Residenziali Socio-Sanitari per i non autosufficienti

Significato. La non autosufficienza è condizione che interessa ampie fasce di popolazione (disabili psicofisici e malati cronici). Tale condizione può essere trattata, nella continuità, non in condizioni di emergenza, attraverso due modalità erogative: a domicilio dell'assistito o presso strutture residenziali. Un indicatore che sintetizza congiuntamente le caratteristiche della

residenzialità del trattamento (sia in ambito sanitario sia socio-sanitario) e della condizione di non autosufficienza degli ospiti - le R.S.A. e le Residenze socio sanitarie per anziani sul totale della popolazione residente - è un utile *proxy* di disponibilità di offerta territoriale per tale categoria di bisogno.

Tasso di posti letto nei presidi residenziali socio-sanitari per i non autosufficienti

Numeratore Numero di posti letto in presidi residenziali di tipo socio-sanitario per non autosufficienti
 Denominatore Popolazione media residente x 10.000

Validità e limiti. L'Istat ha rivisto la classificazione dei presidi residenziali socio-assistenziali, intesi come "istituzioni pubbliche che offrono servizi residenziali di tipo prevalentemente assistenziale, a favore di minori, adulti e anziani in stato di bisogno o abbandono".

L'indicatore può contribuire, in sede di programmazione regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari, al corretto dimensionamento dei singoli nodi della rete dei servizi di afferenza distrettuale che costituiscono il sistema integrato dell'assistenza socio-sanitaria, al fine di ottenere uno sviluppo coerente con l'effettivo bisogno di assistenza.

L'utilizzo dell'indicatore consente di ottenere dati riferiti alla popolazione nel suo complesso e non considera eventuali variazioni nella composizione della domanda, anche per classi di età nelle varie regioni. Inoltre, l'indicatore non fornisce informazioni sull'appropriatezza dei servizi offerti nei presidi residenziali, sui percorsi attivati e sulle relazioni dei singoli nodi appartenenti alla rete dell'assistenza socio sanitaria.

Valore di riferimento. In assenza di un valore di riferimento legislativo per questo indicatore, il riferimento operativo è individuato nel valore nazionale dell'indice di posti letto in presidi residenziali di tipo socio-sanitario per non autosufficienti, nell'arco temporale 2000-2002.

Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati ha riguardato gli anni 2000 e 2002, ultimo anno disponibile nella rilevazione. Nel 2002, l'indicatore si riferisce al 30,2% del totale dei presidi residenziali rilevati dall'Istat (2.493 su 8.246), per un totale del 50,6% dei posti letto complessivi (170.877 su 337.995).

Nel 2002, il valore nazionale è risultato di 29,9 posti letto per 10.000 abitanti, rispetto a un valore di 27,2 nel 2000. A livello regionale, il range oscilla da 94,2 posti letto per 10.000 abitanti nella P.A. Trento a 2,4

posti letto per 10.000 abitanti in Campania, sempre nel 2002.

Sia nel 2000 che nel 2002, l'analisi rivela un gradiente Nord-Sud nell'indice dei posti letto: le regioni in cui si registrano valori superiori al riferimento nazionale sono, oltre alla già citata P.A. Trento, P.A. Bolzano (74,6), Friuli-Venezia Giulia (64,0), Valle d'Aosta (75,7), Veneto (59,0), Lombardia (56,0), Emilia-Romagna (47,2), Liguria (64,6) e Toscana (34,0).

Tabella 1 - Indice di posti letto nei presidi residenziali socio-sanitari per i non autosufficienti, per regione e per 10.000 abitanti - Anni 2000 - 2002

Regioni	2000	2002
Piemonte	23,5	29,5
Valle d'Aosta	53,5	75,7
Lombardia	50,9	56,0
Bolzano-Bozen	72,8	74,6
Trento	91,2	94,2
Veneto	64,6	59,0
Friuli-Venezia Giulia	52,2	64,0
Liguria	39,9	64,6
Emilia-Romagna	44,7	47,2
Toscana	32,5	34,0
Umbria	22,8	25,4
Marche	15,7	23,4
Lazio	5,3	7,1
Abruzzo	18,5	25,9
Molise	14,7	21,4
Campania	2,0	2,4
Puglia	7,8	7,5
Basilicata	4,4	4,3
Calabria	6,6	6,5
Sicilia	5,7	6,4
Sardegna	12,6	5,4
Italis	27,2	29,9

Fonte dei dati e anni di riferimento: Istat. Health for All, Italia. Giugno 2005.

Tra il 2000 e il 2002 l'indice aumenta in: P.A. Trento (da 91,2 posti letto per 10.000 abitanti nel 2000 a 94,2 nel 2002), Valle d'Aosta (da 53,5 a 75,7), P.A.

Bolzano (da 72,8 a 74,6), Liguria (da 39,9 a 64,6), Friuli-Venezia Giulia (da 52,2 a 64,0), Lombardia (da 50,9 a 56,0), Emilia-Romagna (da 44,7 a 47,2), Toscana (da 32,5 a 34,0), Piemonte (da 23,5 a 29,5), Abruzzo (da 18,5 a 25,9), Umbria (da 22,8 a 25,4), Marche (da 15,7 a 23,4), Molise (da 14,7 a 21,4), Lazio (da 5,3 a 7,1), Sicilia (da 5,7 a 6,4) e Campania (da 2,0 a 2,4).

Si è, invece, registrata una riduzione in Veneto (da 64,6 a 59,0), Puglia (da 7,8 a 7,5), Calabria (da 6,6 a 6,5), Sardegna (da 12,6 a 5,4) e Basilicata (da 4,4 a 4,3).

Raccomandazioni di Osservasalute

Il gradiente geografico registrato che aumenta verso le regioni settentrionali poteva trovare, nel passato, fondamento nella carenza di *care-giver* per gli anziani e i non autosufficienti all'interno della famiglia, legata a dinamiche socio-economiche proprie delle aree a forte sviluppo industriale.

La presenza, nelle regioni del Sud, di una rete di supporto familiare-amicale radicata, che, insieme ad un condizionamento culturale e sociale stigmatizzante, limitava negli anni passati il ricorso alla istituzionalizzazione dell'anziano e del soggetto non autosufficiente, si va progressivamente affievolendo.

Inoltre, l'inserimento dell'attività delle R.S.A. nei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), e l'obiettivo di promuovere, su tutto il territorio nazionale, la costruzione di residenze facendo ricorso alle risorse previste dall'articolo 20 della Legge n. 67/88, potrà, anche nelle regioni del Centro Sud, determinare un incremento nella costruzione/trasformazione di moduli di offerta residenziale, da integrare con le altre politiche socio-assistenziali territoriali.

Sulla qualità complessiva dei servizi residenziali socio-sanitari esistenti interviene l'eterogeneità della tipologia di assistiti, per composizione socio-demografica, bisogni e percorsi socio-sanitari coinvolti. Questo pone ancora più l'urgenza di nuovi sistemi classificatori nazionali delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie in particolare delle strutture territoriali, prevista con il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di cui il "Progetto Mattoni" del Servizio Sanitario Nazionale potrà consentire l'interscambio informativo con i sistemi sanitari regionali.

Riferimenti bibliografici

Damiani G, Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria. Napoli: Idelson-Gnocchi, 2005.
de Belvis A.G. Sempre più vecchi: L'emergenza anziani soli e/o non autosufficienti, in Rapporto Italia 2004, Percorsi di ricerca nella società italiana, a cura di EURISPES (Istituto di Studi Politici, Economici e Sociali), Roma 2004, 122-132.

Istat - I presidi residenziali socio-assistenziali. Anni vari.

Dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del Diabete Mellito e per Asma Bronchiale

Significato. Il Diabete Mellito e l'Asma Bronchiale sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte. Ciononostante, la rilevazione dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale (in termini di "conti-

nuità di cura" e atti formativi-educativi del paziente, rivolti alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle complicanze acute e croniche). Infatti questi ricoveri possono essere considerati, potenzialmente, "evitabili" in presenza di un'adeguata rete di servizi territoriali.

Tasso standardizzato di dimissione ospedaliera potenzialmente evitabile per complicanze a lungo termine del Diabete Mellito

Numeratore	Numero dimissioni con codice di diagnosi principale per Complicanze a Lungo Termine del Diabete Mellito (CLTD) in residenti di età 18 anni e oltre	x 1.000

Denominatore	Popolazione media residente di età 18 anni e oltre	

Tasso standardizzato di dimissione ospedaliera potenzialmente evitabile per Asma

Numeratore	Numero dimissioni con codice di diagnosi principale per Asma in residenti di età 18 anni e oltre	x 1.000

Denominatore	Popolazione media residente di età 18 anni e oltre	

Validità e limiti. A supporto della scelta delle CLTD negli adulti riportiamo un'affermazione dall'ultima "Relazione sullo Stato Sanitario del Paese": "una precisa fotografia del diabete in Italia non può prescindere da un'analisi delle complicanze croniche tardive della malattia che, in un'epoca in cui è ormai raro il decesso per cause acute, ne rappresentano il vero, principale, costo umano ed economico" (Ministero Salute, 2002). È stato calcolato il tasso standardizzato medio annuo nel periodo 2001-2003 per ricoveri ospedalieri con diagnosi principale per CLTD (complicanze renali: ICD-9-CM cod 250.40-43, oculari: ICD-9-CM cod 250.50-53, neurologiche: ICD-9-CM cod 250.60-63, circolatorie: ICD-9-CM cod 250.70-73 o complicanze non meglio specificate: ICD-9-CM cod 250.80-83 e ICD-9-CM cod 250.90-93) e per Asma (ICD-9-CM cod 493) nella popolazione di età oltre i 18 anni, nella corrispondente popolazione media regionale residente. Per i ricoveri sono stati utilizzati dati derivati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, ricavati dai flussi informativi del Ministero della Salute. I dati relativi alle popolazioni sono stati ricavati da fonte Istat per gli anni 2001-2003. La standardizzazione per età è stata effettuata in maniera diretta, utilizzando come standard la popolazione del Censimento 2001. Per tutti i dati sono stati calcolati i relativi Intervalli di Confidenza al 95%.

Valore di riferimento. In assenza di un valore di riferimento legislativo per questi indicatori è stato utilizzato il valore medio nazionale del tasso standardizzato di ricoveri per Asma (0,25 per mille) e CLTD (0,54 per mille) nel periodo 2001-2003.

Descrizione dei risultati

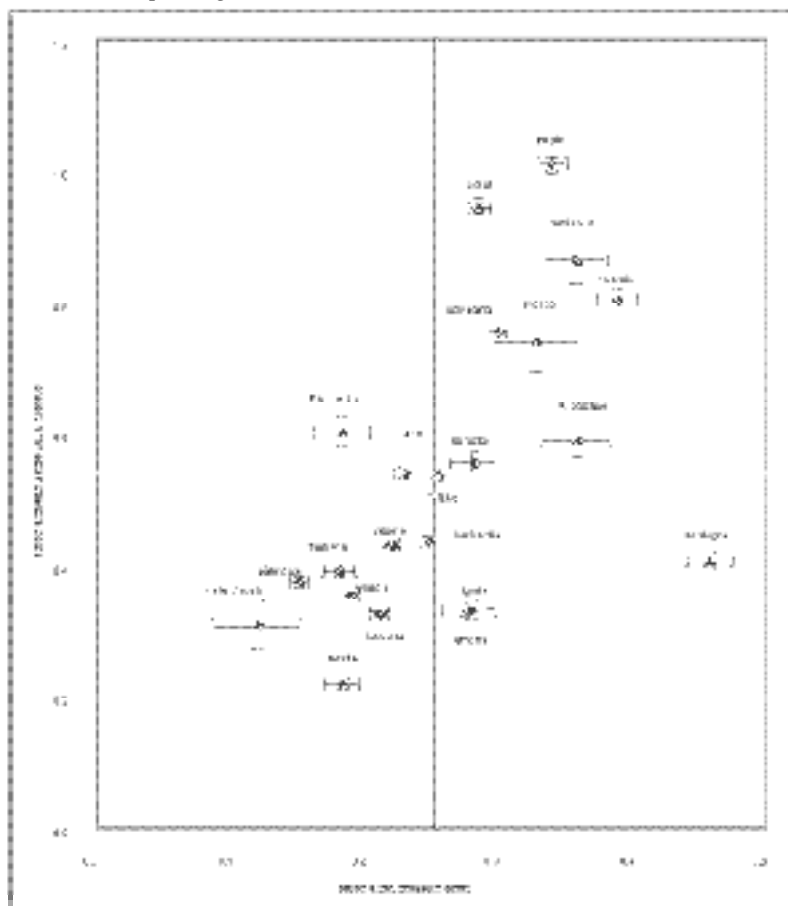
Nel triennio 2001-2003, in Italia il tasso standardizzato medio annuo di ricoveri per Asma è stato pari a 0,25 (I.C. 95%: 0,25 – 0,26) e 0,54 (I.C. 95%: 0,53 – 0,54) per CLTD ogni 1.000 adulti residenti. La Valle d'Aosta è la regione con il più basso tasso standardizzato di ricoveri per Asma 0,12 (I.C. 95%: 0,08 – 0,16), mentre la Sardegna ha presentato il valore più alto 0,46 (I.C. 95%: 0,44 – 0,48). Le Marche mostrano il valore più basso di ricoveri per CLTD pari a 0,22 ricoveri per 1.000 adulti residenti (I.C. 95%: 0,21 – 0,24), mentre la regione Puglia presenta il valore più elevato: 1,01 (I.C. 95%: 0,99 – 1,03) per 1.000 residenti. I ricoveri per queste categorie evidenziano un gradiente geografico Sud-Nord. Tale risultato è efficacemente rappresentato nel diagramma a dispersione nella figura 1, in cui l'origine degli assi coincide con i valori medi nazionali di Asma e CLTD. La rappresentazione congiunta dei tassi standardizzati per le due patologie in esame consente di collocare le differenti realtà regionali in ognuno dei quadranti del diagramma. In particolare, le regioni che evidenziano, per i ricoveri di entrambe le patologie, tassi standardizzati superiori al valore nazionale sono Puglia, Sicilia, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, P. A. Bolzano e Abruzzo. Nel quadrante opposto si posizionano regioni come Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Valle d'Aosta e Marche che presentano, per entrambe le categorie di ricovero, valori inferiori al valore nazionale. Le altre regioni, che presentano valori intermedi (P.A. Trento e Lazio; Liguria, Umbria e Sardegna), sono rappresentate nei restanti quadranti.

Tabella 1 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione medi annui per Asma e complicanze a lungo termine per diabete (CLTD), con età > 18 anni, per regione. (tassi x 1000 abitanti, IC al 95%)

Regioni	Tasso std	Asma I.C. 95%	Tasso std	CLTD I.C. 95%
Piemonte	0,15	0,14-0,16	0,38	0,37-0,39
Valle d'Aosta	0,12	0,08-0,16	0,31	0,25-0,37
Lombardia	0,25	0,24-0,25	0,44	0,43-0,45
Bolzano- Bolzen	0,36	0,32-0,39	0,59	0,54-0,64
Trento	0,18	0,16-0,21	0,60	0,56-0,65
Veneto	0,22	0,21-0,23	0,43	0,42-0,44
Friuli-Venezia Giulia	0,18	0,17-0,20	0,39	0,37-0,42
Liguria	0,28	0,26-0,29	0,34	0,32-0,35
Emilia-Romagna	0,19	0,18-0,20	0,36	0,34-0,37
Toscana	0,21	0,20-0,22	0,33	0,32-0,34
Umbria	0,28	0,26-0,30	0,33	0,31-0,36
Marche	0,18	0,17-0,20	0,22	0,21-0,24
Lazio	0,23	0,22-0,24	0,54	0,53-0,55
Abruzzo	0,28	0,26-0,30	0,56	0,53-0,58
Molise	0,33	0,29-0,37	0,74	0,68-0,80
Campania	0,30	0,29-0,31	0,76	0,74-0,77
Puglia	0,34	0,33-0,35	1,01	0,99-1,03
Basilica	0,36	0,33-0,39	0,86	0,82-0,91
Calabria	0,39	0,37-0,41	0,81	0,78-0,83
Sicilia	0,29	0,28-0,29	0,94	0,93-0,96
Sardegna	0,46	0,44-0,48	0,41	0,39-0,43
Italia	0,25	0,25-0,26	0,54	0,53-0,54

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute – SDO. Anno 2005.

Grafico 1 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione medi annui per Asma e complicanze a lungo termine per diabete (CLTD), età 18 anni e oltre, per regione. (tassi x 1000 abitanti, IC al 95%)



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute – SDO. Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi ha confermato la variabilità tra regioni nei tassi standardizzati per ricovero ospedaliero nella popolazione adulta, sia per Asma che complicanze tardive del Diabete, con un gradiente che si riduce progressivamente da Sud verso le regioni del Centro-Nord.

Certamente la diversa prevalenza a livello regionale di Asma e Diabete potrebbe aver influenzato il numero di ricoveri ospedalieri. Tuttavia, il contemporaneo posizionamento della maggior parte delle regioni, rispetto alla media italiana, per i ricoveri delle due patologie – che pure riconoscono eziologia multifattoriale completamente distinta - rappresenta un punto di forza per la metodica utilizzata nella caratterizzazione dell'appropriatezza organizzativa dei servizi distrettuali.

La necessità di creare un'integrazione tra assistenza primaria e assistenza ospedaliera comporta la revisione dei punti focali del percorso del paziente affetto da patologie croniche, soprattutto per le regioni nelle quali si è evidenziato un elevato numero di ricoveri per patologie quali Asma e Diabete. In questo modo è possibile ridurre le evoluzioni di queste patologie, che causano ricoveri ospedalieri prevenibili, offrendo un percorso che consenta di prendere in cura l'assistito a livello territoriale sin dalle prime fasi della patologia o ancor prima che questa si manifesti. Una prima possibile soluzione prevede un passaggio dalla cosiddetta "medicina d'attesa", nella quale il medico di medicina generale aspetta nel suo ambulatorio che il paziente manifesti un bisogno di salute, alla "medicina d'iniziativa".

Riferimenti bibliografici

Damiani G, Pinnarelli L, Mainelli M T, Trani F, Ricciardi G. L'appropriatezza organizzativa nella gestione delle patologie croniche in Italia: la situazione dei ricoveri evitabili nelle regioni, una opportunità per lo sviluppo della rete dei servizi territoriali. In: Atti del terzo Congresso Nazionale Card "Il Distretto tra governo e governance". Bari 18-20 Novembre 2004. Roma: Iniziative Sanitarie s.r.l., 2005: 237-46.
Istat. GeoDemo. www.demo.istat.it (ultimo accesso 30 giugno 2005).
Ministero della Salute. Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002. www.ministerosalute.it (ultimo accesso 30 giugno 2005).

Nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale

Dott. Giorgio Simon, Dott.ssa Antonella Franzo, Dott. Fabio Samani

In Italia i Medici di Medicina Generale (MMG) hanno tradizionalmente svolto il proprio lavoro in forma individuale ed in scarso collegamento con i colleghi dello stesso territorio. Ciò ha comportato sicuramente vantaggi ma anche alcuni svantaggi. Il vantaggio più rilevante è che la diffusione dei MMG in tutto il territorio nazionale, urbano e rurale, ne ha fatto il servizio sanitario più capillare e vicino ai cittadini tra quelli esistenti. In molti casi, quali i piccoli comuni o alcune aree montane, il MMG è l'unico presidio sanitario esistente.

Gli svantaggi sono soprattutto quelli conseguenti all'isolamento, alle ridotte opportunità di confronto tra professionisti e ai limiti dell'accessibilità in termini di orario dovuti ai compiti molto articolati dei MMG che vanno dalle certificazioni, all'assistenza ambulatoriale, a quella domiciliare, alla presa in carico delle malattie acute e croniche. Dal 1997 al 2002 il numero di contatti /anno per un MMG con 1.000 assistiti è passato da 4.737 a 7.454 con un incremento percentuale del 57% (Samani F, Canciani G. Il carico di lavoro in medicina generale. SIMG pagg.10-12; aprile 2003). Nello stesso periodo si è verificata in tutta Italia una progressiva diminuzione dell'ospedalizzazione con spostamento dell'assistenza verso le cure primarie. La necessità di introdurre nuove forme di lavoro "di gruppo" in medicina generale è stata quindi uno dei temi dell'innovazione delle norme contrattuali a partire dal 2000. Il riferimento cui ci si è ispirati è quello delle practice inglesi. In Gran Bretagna è infatti diffuso da molti anni il modello di lavoro dei MMG in gruppo, che condividono servizi e che si prendono in carico i bisogni complessivi di quote importanti della popolazione.

L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) del 2000 (DPR 270 del 28 Luglio 2000) voleva, in sostanza, incentivare forme di aggregazione di più medici che permettessero la messa in comune di risorse, una maggiore accessibilità oraria, l'attivazione di processi di miglioramento della qualità delle cure e di revisione tra pari.

L'ACN ha definito obiettivi e forme organizzative delle associazioni tra medici. Fino a quel momento esistevano singole esperienze avanzate, ma non vi era ancora alcuna previsione contrattuale che regolamentasse e stimolasse il lavoro in comune dei MMG. Dell'associazione possono far parte anche Pediatri di Libera Scelta e medici della continuità assistenziale.

L'ACN definisce alcuni principi generali e articola l'associazionismo nelle tre seguenti tipologie:

- associazionismo

Distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto; chiusura pomeridiana di uno degli studi dell'associazione non prima delle ore 19,00; numero dei medici associati non superiore a 10; la condivisione e implementazione di linee guida diagnostiche terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza; la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e dell'appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione;

- medicina in rete

Distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto; gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili; collegamento reciproco degli studi dei medici con i sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione; utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi; chiusura pomeridiana di uno degli studi dell'associazione non prima delle ore 19,00;

- medicina di gruppo

Sede unica del gruppo articolata in più studi medici, ferma restando la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale, ma in orari aggiuntivi a quelli previsti, nella sede principale, per l'istituto della medicina di gruppo; presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di un uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati; utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni; utilizzo, da parte dei componenti il gruppo, di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno.

L'ACN definisce anche compensi e limiti massimi per ciascuna modalità associativa: l'associazione semplice riceve un compenso di L. 5.000 (2,58€) ad assistito per un massimo del 40% degli assistiti in ambito regionale; per la medicina in rete il compenso capitaro è di L. 7.000 (3,62€) purché venga raggiunta una percentuale minima regionale del 7% degli assistiti; la medicina di gruppo prevede un compenso capitaro di L. 9.000

(4,65€) e prevede un minimo del 6% regionale. Le stesse forme sono contenute nell'accordo dei Pediatri di Libera Scelta. Per poter attivare in forma operativa le diverse tipologie di associazione era necessario stipulare accordi integrativi regionali. Negli accordi dovevano essere definiti i contratti tipo che i MMG dovevano stipulare tra loro e gli impegni che si assumevano nei confronti dei propri cittadini e delle Aziende di appartenenza. Ritardi e diversità nei tempi di stipula degli accordi regionali hanno condizionato anche la diffusione dell'associazionismo. Le équipes territoriali sono forme di associazione in cui sono coinvolti anche i medici di continuità assistenziali e i Pediatri di Libera Scelta, che mirano ad erogare l'assistenza nel corso delle 24 ore.

Il nuovo ACN del marzo 2005 riconferma i principi di quello precedente e aggiunge una nuova forma più articolata di lavoro in Equipe denominata Unità di assistenza primaria (UTAP), definita come "strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone". Oltre alle forme definite dagli ACN si sono sviluppate, in questi anni, altre forme di aggregazione e di erogazione dell'assistenza, quali le cooperative e gli ospedali di comunità. Le cooperative sono forme di aggregazione tra MMG ed eventualmente altri soggetti (PLS, continuità assistenziale, ecc.). Le modalità organizzative sono diverse e vanno dalla trasmissione di dati, informazioni alle ASL da parte degli associati, fino alle erogazione di servizi articolati o alla gestione di ospedali di comunità.

Gli ospedali di comunità sono realtà in cui i MMG in forma associata si prendono in carico piccole strutture con posti letto in cui possono tenere propri pazienti per alcuni giorni per approfondimenti diagnostici, gestione di riacutizzazione di malattie note e gestione di terapie non erogabili a domicilio.

In entrambi i casi (cooperative e ospedali di comunità) si tratta di forme organizzative nuove in cui il MMG si fa carico in maniera organizzata di problemi precedentemente devoluti a ospedali o servizi distrettuali. Siamo così in presenza di nuove forme di strutturazione dei servizi territoriali che si caratterizzano per l'acquisizione da parte dei MMG del ruolo di gestori di servizi articolati. La diffusione dell'associazionismo è indubbiamente un valore aggiunto alla medicina generale in quanto persegue l'obiettivo di migliorare accessibilità e qualità dei servizi erogati. Si può quindi ritenere che quanto maggiore è il numero dei medici in associazione tanto migliore è la capacità di erogare servizi di buona qualità. A questo va aggiunta però un'ulteriore valutazione. Le diverse forme di associazionismo forniscono tipologie di servizi di qualità, soprattutto in termini di accessibilità, diversi. Si può ritenere che il servizio migliore sia fornito dalla medicina di gruppo (studio unico, servizi aggiuntivi e integrati), seguita da quelle in rete (sistema informativo unico) e infine dalla medicina associata "semplice". La presenza di ASL con studio unico o collegamento CUP (secondo e terzo indicatore) misura la diffusione di modalità organizzative in grado di migliorare l'accessibilità da parte del cittadino al MMG e alle prestazioni (CUP). Le caratteristiche organizzative analizzate sono relativamente nuove ed in evoluzione con tempi diversi nelle diverse regioni, è quindi ancora difficile stabilire uno standard di riferimento o una best practice. E' stata condotta un'indagine dal Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute, "Ricognizione ed analisi di Modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di Cure primarie" pubblicata nel Dicembre 2004. L'indagine è stata condotta con un questionario inviato a tutte le ASL. La risposta è pervenuta da 181 ASL su 195 pari al 92,8% con il massimo al Nord (95,5%) e il minimo nelle Isole (82,3%). I dati si riferiscono a 44.306 MMG sui 47.111 presenti a livello nazionale. I risultati mostrano come le associazioni dei MMG siano state avviate in tutte le aree, seppur con risultati disomogenei. La percentuale di medici in associazione (la somma delle tre forme) riscontrata è del 36,7% a livello nazionale con il massimo al Nord (43,2%) e il minimo nelle Isole (25,5%). La percentuale di assistiti da medici in associazione è del 36% (42% al Nord, 24,9% Isole). Complessivamente le forme associative sono più diffuse al Nord.

Tabella 1 - Medici riuniti in forme associative, %, di assistiti di MMG in forme associative e percentuale per macroarea

Ripartizioni geografiche	Totale MMG	MMG in associazione	MMG in forme associative %	Totale assistiti	Assistiti di MMG forme associative	Assistiti di MMG in associazione
Nord	19.410	8.934	43,2	25.136.190	10.562.704	42,0
Centro	9.249	3.293	35,6	10.485.099	3.759.050	25,3
Sud	10.574	3.251	30,7	12.864.469	3.792.109	29,5
Isole	4.666	1.188	25,5	5.736.614	1.429.238	24,9
Italia	43.899	16.126	36,7	54.222.372	19.543.101	36,0

Le diverse forme di associazione (tabella 2) hanno diffusione disomogenea. L'associazionismo "semplice" è la forma più diffusa e interessa il 14,3% dei MMG con importanti differenze tra Nord 23,5% e Sud 5,0%.

L'associazione in rete interessa il 9,8% dei medici con il massimo al Sud 15,1% e il minimo al Centro 3,2%.

La medicina di gruppo è molto diffusa al Centro 23,6% e molto poco al Sud 6,1%.

Tabella 2 - Distribuzione percentuale di MMG in Associazione nelle tre forme previste

Ripartizioni geografiche	Rete %	Gruppo %	Associazione %
Nord	9,8	12,8	23,5
Centro	3,2	23,6	8,7
Sud	15,1	10,6	5,0
Isole	11,1	6,1	8,3
Italia	9,8	13,8	14,3

Le indicazioni dell'ACN del 2000 hanno incentivato l'avvio della diffusione a livello nazionale dell'associazionismo in medicina generale. Le diversità riscontrate tra le diverse aree geografiche possono essere collegate a condizioni strutturali di partenza non omogenee, oltre che a tempistiche di stipula dell'accordo integrativo regionale. La medicina in rete prevede la condivisione di una rete informatica in grado di permettere lo scambio la condivisione delle informazioni cliniche. Per far questo è necessario avere le infrastrutture adeguate e una buona diffusione dei programmi informatici di gestione dei pazienti. Condizione necessaria alla medicina di gruppo è invece l'esistenza di una sede ambulatoriale unica. L'impedimento maggiore allo sviluppo della "medicina di gruppo" è proprio la difficoltà a trovare sedi adatte, in particolare nelle aree urbane, e la necessità per i singoli MMG di abbandonare la propria sede per acquisirne una comune. Dal punto di vista strettamente economico si tratta di operazioni onerose che, per l'avvio, richiedono investimenti non sempre facili da attuare.

E' interessante rilevare come il fenomeno dell'associazione sia in grande movimento anche nella ricerca di nuove forme organizzative. L'articolazione dell'offerta comprende infatti, oltre che alle forme precedenti, anche le équipes territoriali che anticipano l'UTAP, le cooperative e gli ospedali di comunità.

E' evidente che si sta assistendo ad un'importante evoluzione della medicina generale che sta determinando un nuovo approccio alle cure primarie, in cui il medico si appropria di funzioni di servizio del territorio sempre più complesse e articolate. Sicuramente questo metterà in discussione anche la definizione stessa di distretto, fino ad ora centrata sui servizi erogati direttamente dalle ASL e non dai MMG. Sarà interessante valutare l'avvio di forme di integrazioni ancora più spinte quali l'UTAP previste dal nuovo ACN.

Alcune osservazioni finali sulla disponibilità di informazioni:

- i dati presentati sono ricavati da un'indagine ad hoc, non sono disponibili informazioni routinarie ed accessibili; è possibile che l'Osservatorio sull'attuazione del nuovo ACN (art. 10) si assuma il compito della raccolta di questi dati;
- non sono disponibili in maniera sistematica tutti i dati riferibili alle caratteristiche di qualità delle associazioni (orari, linee guida, accessibilità, ecc.);
- sono presenti altre forme di medicina associata anche molto complesse che non sono presentate in questo rapporto (cooperative, UTAP, ecc.) e che comunque sarebbero difficilmente sintetizzabili in forma di indicatore.

Indicatori di performance dell'assistenza territoriale dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta – Lo studio Health Search (HS) e l'esperienza della regione Friuli-Venezia Giulia

Dott. Giorgio Simon, Dott.ssa Antonella Franzo, Dott. Fabio Samani

In questi anni la valutazione del Medico di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) è stata affidata al raggiungimento di singoli obiettivi, quali ad esempio le vaccinazioni, che spesso cambiavano nel corso degli anni. Tra gli obiettivi assegnati hanno assunto grande peso quelli di contenimento della spesa, in particolare della spesa farmaceutica. Nella valutazione della spesa si è spesso agito con gli obiettivi di ridurre la variabilità e di riportare i valori verso la media, trascurando gli aspetti qualitativi e di appropriatezza.

Questo approccio è indubbiamente parziale e può essere fuorviante. Non è dimostrato infatti che la riduzione della spesa comporti automaticamente un aumento dell'appropriatezza. Il nuovo ACN dei Medici di Medicina Generale prevede in più passaggi lo sviluppo del governo clinico, la valutazione della performance, il miglioramento dell'appropriatezza e la promozione della qualità. Anche la struttura del compenso è stata modificata e una quota è erogata sulla base di "incentivi di struttura, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché incentivi legati al raggiungimento degli obiettivi di qualificazione e appropriatezza". Il recente accordo dei General Practitioner inglesi ha introdotto importanti innovazioni in termini di strutturazione del compenso. Una quota rilevante di questo è stata legata ad un set di indicatori di performance su alcune patologie e su alcune "buone pratiche". Le patologie sono: prevenzione secondaria della malattia coronaria, diabete, stroke e TIA, ipertensione, BPCO, epilessia, ipotiroidismo, neoplasie, salute mentale, asma. Gli altri ambiti riguardano il management e comunicazione (durata delle visite, audit, farmacovigilanza, ecc.) e altri servizi (pap-test, contraccezione, ecc.).

A ciascun indicatore viene assegnato un peso e il raggiungimento di questi è legato al compenso finale.

L'ACN del 2005 non ha esplicitamente lo stesso approccio del contratto inglese, ma gli accordi regionali potrebbero orientarsi in questo senso. Una delle finalità della valutazione per obiettivi è anche la riduzione della grande mole di pagamenti a prestazione che richiede attualmente un rilevante carico burocratico per MMG e PLS. Il problema è quindi come arrivare a misurare e valutare la performance e su quali strumenti informativi basarsi. L'approccio di valutazione della performance comporterebbe molti vantaggi, primo fra tutti quello di documentare la qualità delle cure delle patologie croniche rilevanti quali diabete ed ipertensione.

A regime un sistema di questo tipo darebbe indubbiamente un contributo rilevante alla misurazione di indicatori che nessun'altra fonte sarebbe in grado di fornire. Per questo vengono di seguito descritte due esperienze pilota che possono indicare la strada da percorrere. I dati esposti sono ricavati da due fonti: la rete italiana di ricercatori di Health Search e i dati del Sistema Informativo Sanitario Regionale della Regione Friuli Venezia Giulia. La rete di Health Search è costituita da 772 ricercatori formati in 23 corsi residenziali, 667 ricercatori attivi e distribuiti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale con un totale di 1.004.949 pazienti presenti nel Database. Il database di HS ha dimostrato una buona qualità sia come rappresentatività della popolazione italiana sia come qualità delle informazioni, quando queste sono state confrontate con altre quali l'Indagine Multiscopo dell'Istat o i dati dell'OsMed sulle prescrizioni (E. Sessa, F. Samani, C. Niccolai et al. La creazione di un campione valicato dei medici di medicina generale nel database di Health Search. SIMG pagg.10-14, giugno 2004).

I dati del SISR sono ricavati dalle basi informative correnti disponibili e principalmente le prescrizioni farmaceutiche, i ricoveri ospedalieri, le prestazioni ambulatoriali e le vaccinazioni. Numerose pubblicazioni hanno dimostrato la buona qualità del SISR del Friuli-Venezia Giulia.

Il set di indicatori è stato ricavato da diverse fonti, principalmente dal nuovo contratto dei GP inglesi, ma anche dal sistema di misurazione NHS performance indicators.

Si tratta di indicatori evidence based, che misurano attività di cui è dimostrata l'efficacia nella gestione delle patologie.

Tabella 1 - Indicatori di assistenza al paziente diabetico estratti dal database Health Search (campione di 320 medici validati)

Indicatore	Nord	Centro	Sud e Isole	Totale
Pazienti (attivi al 31 marzo 2003)	212.100	91.855	167.947	471.902
Diabete (diagnosi ICD9)	10.479	4.800	9.995	25.274
Prevalenza diabete	4,9%	5,2%	6,0%	5,4%
BMI* registrato	40,2%	24,0%	35,7%	35,4%
Dato abitudine al fumo* registrato	25,9%	21,5%	27,5%	25,7%
Emoglobina glicata con valore registrato	52,7%	43,2%	42,2%	46,7%
Fundus oculi con valore registrato	13,4%	6,8%	8,3%	10,1%
Pressione arteriosa 145/85	40,2%	30,9%	43,1%	39,6%
Pazienti con microalbuminuria o protiduria e almeno una prescrizione di ACE inibitori	69,0%	77,0%	79,3%	76,4%
Colesterolo totale 200 mg/dl	10,0%	57,7%	34,6%	28,8%
Vaccinazione antinfluenzale	30,1%	30,3%	35,2%	32,1%

Fonte dei dati e anno di riferimento: Medea G, Samani F. SIMG pag.9-15, Luglio 2003.

La tabella 2 rappresenta un set più esteso di indicatori riferiti alla regione Friuli-Venezia Giulia e alle sei Aziende (ASS in FVG). Gli indicatori riguardano il diabete, lo scompenso cardiaco, l'IMA, le dislipidemie, l'asma, gli screening oncologici e le vaccinazioni. Come si vede si tratta di indicatori che riguardano sia l'adulto che il bambino (vaccinazioni e asma). Il sistema è infatti pensato per valutare l'insieme delle cure primarie e quindi anche i PLS.

Tabella 2 - Set di indicatori di performance per Azienda del Friuli-Venezia Giulia – anno 2003

Indicatori	ASS1	ASS2	ASS3	ASS4	ASS5	ASS6	FVG
% residenti che assumono farmaci per il diabete e che hanno effettuato almeno un'emoglobina glicata (anno)	44,6	63,8	66,7	53,2	50,5	62,7	55,4
% residenti che assumono farmaci per il diabete e che hanno effettuato un esame urine (anno)	43,2	65,2	63,9	63,0	64,4	45,4	54,5
% residenti che assumono farmaci per il diabete e che hanno effettuato almeno un controllo della creatinina (anno)	51,2	62,9	66,6	51,7	55,7	64,8	57,4
% residenti che assumono farmaci per il diabete e che hanno effettuato almeno un controllo del colesterolo (anno)	48,6	60,7	60,6	47,9	49,9	50,8	51,3
% residenti dimessi con diagnosi di IMA e con prescrizione di un beta bloccante	64,0	70,7	71,1	73,6	72,0	74,8	71,1
% residenti dimessi con diagnosi di IMA e con prescrizione di aspirina	78,5	66,7	76,3	73,1	82,1	72,3	74,7
% residenti dimessi con scompenso cardiaco che hanno assunto ace-inibitori	78,1	81,8	84,1	84,3	84,4	73,1	81,0
% residenti dimesse con scompenso cardiaco che hanno assunto ace inibitori e diuretici	68,3	74,7	73,8	76,5	76,8	67,7	72,2
% residenti dimessi con scompenso cardiaco che hanno assunto diuretici ma non ace-inibitori	12,7	12,0	7,7	9,4	9,3	20,1	12,5
% residenti in terapia beta2 agonisti inalatori che assumono anche cortisonici inalatori	36,2	40,2	48,4	50,5	49,4	52,5	46,9
% residenti in terapia con ipolipemizzanti che hanno effettuato il controllo del colesterolo	65,6	72,9	71,9	67,2	72,4	66,4	68,1
% di persone 65-W che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale (anno)	67,2	74,0	75,5	71,6	75,8	77,5	72,7
% di persone con scompenso cardiaco che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale (anno)	59,2	56,8	57,7	62,2	64,1	67,7	61,6
% di persone in trattamento con beta agonisti e cortisonici inal. che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale (anno)	32,8	24,8	25,4	29,4	25,6	29,3	28,9
% di donne età 25-64 che hanno effettuato un paptest (nei 3 anni precedenti)	52,6	66,5	66,7	60,3	64,3	66,4	61,6
% di donne 50-69 che hanno effettuato una mammografia (nei 2 anni precedenti)	34,3	43,0	33,3	33,0	31,0	35,5	34,9
% copertura vaccinazione antimorbillo (anno)	88,5	92,4	90,4	88,9	92,0	92,5	90,6
% copertura vaccinazione antipertosse (anno)	97,0	97,6	96,1	95,7	97,6	96,4	96,5
% allattamento al seno alla 2° vaccinazione (anno)	48,3	35,2	49,7	33,5	28,3	31,9	36,3

Gli indicatori presentati sono una dimostrazione di come potrebbe essere valutata la performance nelle cure primarie su settori importanti della presa in carico delle patologie croniche e della prevenzione individuale.

I dati derivano da contesti in qualche maniera privilegiati quale un gruppo di MMG ricercatori e un database molto solido come quello del Friuli Venezia Giulia. E' comunque interessante analizzarli perché permettono di capire, con esempi concreti, in quale direzione potrebbero muoversi gli sviluppi dei sistemi informativi di territorio per poter fornire informazioni consistenti sulla performance.

In regione Friuli-Venezia Giulia si sta lavorando per introdurre nell'accordo integrativo regionale la misurazione della performance. Nell'ASL Triestina è già in vigore un accordo che condiziona una parte degli incentivi al miglioramento dei dati di performance, misurati per gruppi di medici. Il set di indicatori è comunque stato inserito nelle Linee di gestione del Servizio sanitario Regionale del 2005. Ogni ASL ha costruito il proprio piano annuale progettando azioni di miglioramento del livello degli indicatori attuale.

Anche altre realtà regionali stanno attivando iniziative analoghe. E' il caso ad esempio del Picenum Study della provincia di Ascoli Piceno (P. Misericordia, V Ladro, et al. Utilizzare gli indicatori di performance per il miglioramento continuo della qualità: il Picenum study. SIMG pag. 8-12, Ottobre 2005).

Le esperienze esposte stanno evidenziando come vi siano sviluppi interessanti per una raccolta sistematica e diffusa di informazioni in MMG e che tali sviluppi stiano andando decisamente nella direzione della valutazione della qualità assistenziale. Il recente accordo nazionale della medicina generale prevede un forte impulso alla diffusione dell'informatizzazione. E' evidente che tale sviluppo deve essere governato e indirizzato verso la costituzione di una base dati diffusa della medicina generale, le cui potenzialità informative possono essere sicuramente di grande rilievo. Tutto ciò non può avvenire spontaneamente ma deve passare attraverso la progettazione congiunta tra MMG e Regioni.

In tal senso si sta muovendo il Friuli-Venezia Giulia che ha prodotto un documento pluriennale per l'informatizzazione in medicina generale.

Riferimenti bibliografici

Per le informazioni su Health Search: www.healthsearch.it

Medea G, Samani F. Il diabete mellito: indicatori di qualità e qualità dell'assistenza in medicina generale. SIMG pagg. 9-15, luglio - ottobre 2003

Tutte le informazioni sul contratto dei GP inglesi si trovano nel sito
<http://www.nhs.uk/nhais/pages/download/newgpcontractpay/default.asp>

L'integrazione ospedale-territorio in regione Friuli-Venezia Giulia

Dott. Giorgio Simon

La continuità delle cure e il suo corrispettivo organizzativo che è l'integrazione ospedale – territorio sono i punti critici dell'evoluzione dei sistemi sanitari caratterizzati per una progressiva riduzione dell'ospedalizzazione. Quali sono gli indirizzi e le realizzazioni messi a punto in regione Friuli Venezia Giulia per affrontare il problema della continuità e dell'interazione ospedale distretti?

1 – **La strutturazione della rete ospedaliera.**

In regione Friuli-Venezia Giulia vi sono tre ospedali azienda. Gli altri sono qualificati come ospedali di rete. Si tratta di ospedali di 130- 150 posti letto con alcune funzioni di base (chirurgia, ortopedia, medicina, area di emergenza, punto nascita). La dipendenza di questi ospedali dalle ASL ha permesso una stretta interazione con il territorio anche con l'uscita di alcuni specialisti per attività territoriali e/ o domiciliari.

2 – **L'articolazione dell'offerta di strutture intermedie.**

In regione sono state sviluppate numerose strutture intermedie denominate RSA a prevalente impronta riabilitativa. Tali strutture dipendono dai distretti, hanno modalità di accesso attraverso la valutazione di un'unità multidisciplinare (UVD) e una permanenza del paziente limitata nel tempo.

3 – **Lo sviluppo di progetti su aree critiche.**

E' il caso delle cure palliative e della nutrizione artificiale domiciliare. In entrambi i progetti sono stati costituiti équipes miste per garantire professionalità e continuità nel passaggio tra ospedale e territorio. Il progetto cure palliative ha previsto anche l'attivazione di hospice.

4 – **Sperimentazione di nuove forme di assistenza.**

Tra queste vanno annoverati ad esempio gli ospedali di comunità gestiti da MMG in stretta relazione con i distretti. Altri hanno introdotto l'infermiere di comunità che si fa carico di essere il referente dei bisogni sanitari di piccole comunità, in stretta relazione con gli Enti locali.

5 – **Il sistema informativo.**

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale contiene in forma individuale tutte le informazioni relative al paziente in ogni contatto con i servizi siano essi ospedali, servizi domiciliari, uffici invalidi o dipartimenti di prevenzione (vaccinazioni, ecc.). In questa maniera è possibile per l'operatore ricostruire rapidamente la storia del paziente e per il distretto fare valutazioni di popolazione su servizi e performance.

6 – **Dimissioni protette.**

In tutte le aziende sono stati attivati protocolli di gestione delle dimissioni complesse.

Il progetto EUROMEDSTAT (db): il database europeo della medicina generale

Dott. Pietro Folino-Gallo, Prof.ssa Angela Testi



La prescrizione di un farmaco è uno degli atti medici più comuni, di conseguenza viene consumata in Europa un'enorme quantità di farmaci (nell'ordine delle tonnellate per anno) con una spesa che, per le sole statine, ammontava nel 2000 ad oltre quattro miliardi di euro.

Nonostante questo largo consumo e questa importante spesa, esistono a livello europeo pochi flussi informativi sull'utilizzo e la spesa per farmaci e, soprattutto, sono molto limitate le informazioni sui risultati della terapia farmacologica sia in termini di beneficio terapeutico sia di effetti avversi.

Nè la Commissione nè Eurostat, OECD o WHO hanno un flusso informativo sistematico sull'utilizzazione dei farmaci.

Per tale motivo la Commissione Europea ha finanziato il progetto EURO-MED-STAT, che ha prodotto una serie di indicatori di valutazione di spesa, prezzo e consumo dei farmaci: The Library of EU Pharmaceutical Indicators.

Recentemente la Commissione ha rifinanziato il progetto con due nuovi principali obiettivi: costruire un database europeo dei farmaci autorizzati negli Stati Membri ed effettuare uno studio di fattibilità per un database europeo della medicina generale.

Questo secondo obiettivo è estremamente importante in quanto i database della medicina generale sono gli unici che permettono di collegare il farmaco al motivo (diagnosi), per cui esso viene prescritto permettendo dunque di costruire profili terapeutici per patologia (ipertensione, diabete, malattie ischemiche del cuore, Parkinson, Alzheimer, etc), nonché di conoscere i motivi per cui specifiche classi di farmaci (antibiotici, antiinfiammatori, diuretici) sono utilizzati.

In Europa esistono già varie attività di questo tipo: dallo storico General Practice Research Database (GPRD) nel Regno Unito, attualmente gestito dal Ministry of Health, ad attività simili in Spagna (Agenzia Spagnola del Farmaco AGEMED), Olanda (Istituto di Ricerca sui Servizi Sanitari NIVEL) oltre a varie attività non strettamente pubbliche, a volte con scopi puramente commerciali.

Anche in Italia è attualmente in corso una sperimentazione, supportata dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, di fattibilità di un database nazionale della medicina generale. Il progetto, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, vede la partecipazione di Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Liguria, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Campania e Sicilia. I medici partecipanti trasmettono i loro dati ad un server ubicato presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche che riceve ed analizza i dati in termini di appropriatezza prescrittiva e potrà costituire il nucleo italiano del database europeo della medicina generale.

Partners dei progetti EURO-MED-STAT (db): Austria: Austrian Institute of Health; Belgium: Belgian Social Insurances; Czech Republic: State Institute for Drug Control; Charles University, Faculty of Pharmacy; Denmark: Danish Medicines Agency; Estonia: University of Tartu; Finland: The Social Insurance Institution; France: University of Lyon; Germany: University of Heidelberg; WidO - German Drug Index and Evaluations; Greece: - Institute of Preventive Medicine, Environmental and Occupational Health; Hungary: - National Institute of Pharmacy; Ireland: National Centre for Pharmacoeconomics; Italy: Consiglio Nazionale delle Ricerche; AIFA - Italian Medicines Agency; Latvia: - State Agency of Medicines; The Netherlands: - Ministry of Health, Welfare and Sports; NIVEL; Norway: WHO CC for Drug Statistics Methodology, Norwegian Institute of Public Health; Portugal: INFARMED; Slovakia: University of Bratislava; Spain: Spanish Medicines Agency; Sweden: NEPI - Network for Pharmacoepidemiology; Swedish Corporation of Pharmacies; The United Kingdom: University of Liverpool; The Council of Europe; World Health Organisation.

Riferimenti bibliografici

The EURO-MED-STAT Group: EURO-MED-STAT: Monitoring expenditure and utilisation of medicinal products in the EU Member States. A Public Health Approach

European Journal of Public Health 2003; 13(3):95-100

P. Folino-Gallo, T. Walley, A. Melander, K. deJoncheere, E. vanGanse, U. Schwabe

Can we assess the impact of medicine utilisation on population health? The example of statins utilisation and Coronary Heart Disease mortality. In Gunnar Tellnes (Ed.): New challenges to health promotion and prevention

Selected manuscripts from the 11th Annual Congress of the European Public Health Association. July 2005. Oslo University Press

P. Folino-Gallo, T. Walley, K. deJoncheere, R. vander Stichele

EURO-MED-STAT: Monitoring expenditure and utilisation of medicinal products in the European Union countries. A public health approach. In W.Kirch (Ed.): Public Health in Europe 10 years EUPHA

Selected manuscripts from the 10th Annual Congress of the European Public Health Association. Springer Verlag Berlin 2003

Integrazione ospedale-territorio: il modello della Asl di Lecco

Dott.ssa Simona Sappia, Dott.ssa Francesca Goffi, Dott.ssa Maria Vitale, Dott. Stefano A. Inglese

La presa in carico dei pazienti "fragili" (anziani, malati cronici, non autosufficienti, terminali, etc.) caratterizzata, in modo particolare, dalla complessità di gestione, dalla lunga durata dell'intervento e dall'elevata intensità assistenziale, esige una pluralità di luoghi e approcci di cura differenti a seconda dei diversi bisogni, tanto della persona malata che della sua famiglia e richiede l'attivazione di un sistema coordinato di relazioni a garanzia della continuità assistenziale.

In un'era in cui l'ospedale mostra sempre più la sua inadeguatezza a far fronte a queste necessità, e in cui però fatica ancora a decollare un sistema territoriale integrativo e sostitutivo, capillare in tutto il Paese, e soprattutto capace di offrire una risposta appropriata e universale, il caso della Asl di Lecco rappresenta un ottimo modello.

Nell'Azienda Sanitaria Locale lecchese da qualche anno è stato attivato il Dipartimento della fragilità, un vero e proprio circuito assistenziale, che accompagna il bisogno nel suo evolversi componendo l'offerta in base alle necessità sanitarie e socio-assistenziali, attraverso la definizione del percorso di cura. Si tratta di una vera e propria rete orientata a seguire la persona malata là dove si ha la garanzia di curarla meglio, dotata di una vera e propria centrale operativa (Numero Verde 800-465328, lun-ven 09.00-12.00) collegata con i presidi ospedalieri, un istituto di riabilitazione, un hospice, associazioni di volontariato, i servizi sociali dei 90 comuni facenti parte della Asl, le R.S.A. e i medici di famiglia, oltre al pronto intervento e la teleassistenza. La centrale operativa accoglie il bisogno, elabora il piano di assistenza, interagisce con la rete, consiglia il percorso più appropriato ed eroga le cure necessarie; si occupa, inoltre, di gestire le informazioni e di valutare i risultati dell'intervento.

Il sistema così costruito è in grado di accompagnare l'evolversi del bisogno del cittadino e della sua famiglia, senza mai abbandonarli fino al soddisfacimento ottimale, di tradurre in realtà la collaborazione fra ospedale, distretto e servizi sociali, di garantire la continuità delle cure, di promuovere la collaborazione professionale e la partecipazione civica (l'hospice, ad esempio, è stato realizzato insieme ad una locale associazione di volontariato).

Altri punti di forza di questo sistema sono l'efficienza e la sostenibilità dal punto di vista economico, anzi la spesa pubblica pro-capite nella Asl è notevolmente inferiore rispetto alla media nazionale e regionale, la sua riproducibilità, e la possibilità di valutarne l'efficacia sulla base di una serie di precisi indicatori di qualità con valutazione degli esiti.

Definizione e applicazione dei percorsi assistenziali nell'area metropolitana di Firenze

Dott.ssa Maria Teresa Mechi, Dott.ssa Lucia Turco, Dott.ssa Francesca Bellini, Dott. Marco Nerattini, Dott. Simone Baldi

Nell'Azienda Sanitaria di Firenze sono stati definiti e realizzati i percorsi assistenziali per i cittadini con bisogno di riabilitazione ortopedica e neurologica e di lungodegenza con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale, l'appropriatezza delle prestazioni e l'equità dell'accesso.

Nella realizzazione del progetto sono stati coinvolti tutti i presidi di ricovero e territoriali dell'area metropolitana - i presidi pubblici dell'Azienda Sanitaria di Firenze, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, le strutture accreditate convenzionate dell'Area Metropolitana Fiorentina che erogano prestazioni di medicina (in continuità con i DEA aziendali), di ortopedia e traumatologia, di riabilitazione ortopedica e neurologica e di lungodegenza.

Descrizione del progetto

Tutti i pazienti con necessità di riabilitazione ortopedica e neurologica o di lungodegenza vengono valutati con l'ausilio di una scheda multidimensionale, che attraverso l'analisi delle condizioni cliniche, del bisogno infermieristico, delle caratteristiche sociali e funzionali del paziente, condotta dai professionisti competenti, individua il percorso più appropriato in relazione ai bisogni assistenziali (per esempio: riabilitazione in regime ospedaliero ordinario, di DH, in regime extra-ospedaliero residenziale o semiresidenziale, in regime ambulatoriale etc).

La scheda è informatizzata e inserita in un sistema software in rete che ne permette la visione in tempo reale a tutti i professionisti coinvolti dal percorso: medici, infermieri, assistenti sociali e fisioterapisti dell'Ospedale per acuti, del Distretto di residenza e della struttura di riabilitazione o di lungodegenza cui viene trasferito il paziente. La scheda viene compilata al momento del ricovero e della dimissione nell'ospedale per acuti (es, nel reparto di ortopedia per frattura di femore), viene aggiornata ad ogni tappa del percorso e accompagna il paziente fino alla conclusione dell'iter assistenziale, permettendo, fin dal momento della sua prima compilazione, la consultazione da parte del Distretto di residenza del cittadino, che viene così informato tempestivamente non solo del quadro clinico, ma anche del bisogno assistenziale infermieristico, della situazione funzionale e delle condizioni sociali dell'utente, in modo da facilitare la presa in carico al momento della dimissione.

I pazienti con un bisogno di riabilitazione o di lungodegenza vengono così valutati in modo omogeneo, con l'ausilio di uno strumento condiviso e hanno la garanzia di continuità ed accessibilità alle prestazioni.

Stato di attuazione del progetto

L'utilizzo della scheda è dal luglio del 2002 l'unica modalità di accesso alla riabilitazione intensiva ospedaliera cod (56) e alla lungodegenza e, dal marzo 2004, anche per l'accesso all'attività di riabilitazione intensiva extra-ospedaliera residenziale e semiresidenziale (ex art 26) per i pazienti che vengono trasferiti dai reparti per acuti degli ospedali pubblici e privati accreditati dell'Area Fiorentina (es. dopo frattura di femore).

Il progetto prevede l'assegnazione del paziente ad uno tra 7 diversi possibili percorsi per la riabilitazione e ad una tra 4 diverse tipologie di bisogno assistenziale per la lungodegenza.

L'utilizzo del programma ha permesso di raccogliere informazioni utili alla definizione del reale bisogno assistenziale della popolazione.

L'analisi dei dati raccolti ha rappresentato uno degli elementi utilizzati per la programmazione sanitaria e per la definizione dei nuovi accordi contrattuali con le strutture accreditate.

A tali strutture infatti è stata definita e contrattata una differenziazione progressiva in più livelli assistenziali, distribuiti secondo le tipologie del bisogno della popolazione emerse dall'analisi delle schede.

Assistenza domiciliare e integrazione ospedale territorio in Emilia-Romagna

Dott.ssa Maria Rolfini, Dott. Augusto Zappi

Tra i processi di riorganizzazione sanitaria avviati dalla regione Emilia-Romagna e consolidati con la L.R.29/04 relativa al funzionamento del Servizio Sanitario Regionale e dalle linee di indirizzo contenute nel documento predisposto per la consultazione preliminare del Piano regionale Sociale e Sanitario 2005-2007, l'assistenza domiciliare si colloca fra gli obiettivi strategici.

A tal fine è stata predisposta una specifica normativa attraverso la quale sono stati proposti modelli migliorativi dell'assistenza a domicilio, superando le frammentazioni esistenti dovute alla suddivisione dei pazienti in categorie, a causa delle quali l'efficacia dell'intervento assistenziale e l'efficienza dei servizi coinvolti risultavano penalizzate.

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

Aspetti fondamentali del modello proposto:

- valutazione multidimensionale dello stato funzionale del paziente, sulla base di griglie valutative omogenee e standardizzate;
- predisposizione del piano personalizzato di assistenza, basato sulla valutazione multidimensionale, orientato per problemi;
- assistenza erogata da un'équipe multiprofessionale;
- individuazione del responsabile del caso che, in stretta collaborazione con il responsabile terapeutico, assicura la realizzazione del piano di cura, coordinando gli interventi necessari e assicurando la continuità assistenziale.

Obiettivi specifici dell'assistenza domiciliare:

- assistere i pazienti con patologie trattabili a domicilio, evitando il ricorso improprio al ricovero ospedaliero o in struttura residenziale, assicurando la continuità assistenziale;
- mantenere le persone non autosufficienti al domicilio;
- favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e relazionali per migliorare la qualità di vita dei pazienti;
- supportare i familiari e trasmettere, quando è possibile, conoscenze e capacità per consentire autonomia di intervento;
- assistere la persona e la famiglia nella fase avanzata o terminale della malattia.

La sede organizzativa delle cure domiciliari viene individuata nel Distretto, dove si integrano tutti i servizi coinvolti nell'erogazione dell'assistenza: équipe infermieristica domiciliare, medici di famiglia, Servizio Assistenza Anziani, Servizio di Assistenza Domiciliare sociale erogata dai Comuni.

Per facilitare l'accesso, la normativa ha previsto l'istituzione dei Punti Unici, riferimento per cittadini e operatori, dove vengono attivati, direttamente o in via mediata, i percorsi necessari a garantire le risposte assistenziali domiciliari.

L'assistenza domiciliare è una delle componenti della rete dei servizi sanitari e socio-assistenziali che concorrono al processo di presa in carico del paziente. Trattandosi di un processo unitario, le cure che vengono erogate non devono presentare discontinuità ed i punti della rete devono essere in collegamento fra loro attraverso precisi e codificati rapporti funzionali. Le dimissioni protette rappresentano a questo proposito uno dei momenti prioritari a supporto della realizzazione della continuità delle cure.

A tutt'oggi l'assistenza domiciliare nella regione rappresenta, un "set assistenziale" con una struttura organizzativa definita, modalità operative consolidate ed attività specifiche svolte da équipe multiprofessionali. Nel 2003 sono state curate a domicilio 113.253 persone per un totale di 2.058.295 accessi. Di queste 45.071 hanno ricevuto prestazioni occasionali (109.492 accessi), mentre 68.182 sono state prese in carico dall'équipe domiciliare curante che ha predisposto un piano assistenziale personalizzato con 1.948.803 accessi e 391.664 ore di assistenza tutelare con onere a rilievo sanitario. Per il 12.98% dei pazienti sono state attivate le procedure di dimissione protetta.