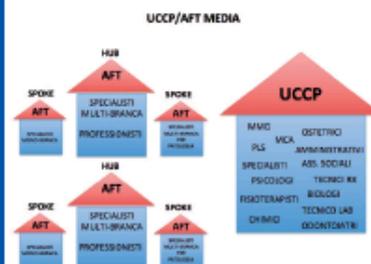


Antonio MAGI Pio ATTANASI
Giuseppe NIELFI Renato OBRIZZO
Pietro PROCOPIO Giorgio VISCA

Le Linee Guida

Unità Complesse Cure Primarie (UCCP) Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei Medici Specialisti e Professionisti Ambulatoriali Convenzionati Interni



INDICE

Presentazione.....	Pag. 5
Introduzione.....	Pag. 7
Il Cambiamento.....	Pag. 11
Contesto e quadro normativo.....	Pag. 15
Il Patto della Salute.....	Pag. 29
Il Ruolo dello Specialista e Professionista.....	Pag. 71
AFT Specialisti e Professionisti.....	Pag. 75
UCCP Specialisti e Professionisti.....	Pag. 85
AFT/UCCP Attività Specialisti e Professionisti.....	Pag. 97
Integrazione operativa UCCP/AFT.....	Pag.103
AFT Specialistiche e Assistenza Domiciliare.....	Pag.123
AFT/UCCP Specialistiche Presa in carico del Paziente.....	Pag.131
Teoria/Metodo determinazione fabbisogno ore AFT/UCCP.....	Pag.139
AFT/UCCP La situazione attuale.....	Pag.157
AFT/UCCP Digitalizzazione ed e-health.....	Pag.171
AFT/UCCP Sostenibilità economica.....	Pag.181
Bigliografia.....	Pag.201



PRESENTAZIONE

Il Centro Studi SUMAI Assoprof, dopo l'apertura della trattativa per il nuovo Accordo Collettivo Nazionale e alla luce delle previste novità normative ed organizzative della Sanità Convenzionata Pubblica, esplicitate nell'elaborato, ha predisposto e pubblicato queste "Linee guida Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) Aggregazioni Funzionali Territoriali della Medicina Specialistica e dei Professionisti Ambulatoriali Convenzionati Interni" con l'intento di presentare un documento ampiamente condiviso in sede sindacale e che possa costituire il punto di riferimento anche a livello di negoziazione locale ai fini della reale applicazione organizzativa delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) previste nell'Art.30 bis e delle Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) Art. 31 bis.

E' particolarmente significativo che queste linee guida siano pubblicate dopo che negli ultimi anni si è riscontrata una chiara e positiva evoluzione della categoria, ritornata ad essere, come riconosciuto dalla stessa SISAC il maggior punto di riferimento dell'attività specialistica territoriale ed ambulatoriale pubblica convenzionata a diretta gestione e che vengano quindi presentate in concomitanza con il 42° Congresso Nazionale del SUMAI Assoprof volendo segnare, in concomitanza con le trattative del nuovo accordo, collettivo nazionale una ulteriore svolta che ci vedrà, di certo, protagonisti.

Il dibattito e il confronto che caratterizzano le Aggregazioni Funzionali Territoriali, le Unità Complesse delle Cure Primarie e l'attività del Sindacato hanno, in queste linee guida, consentito di definire, alla luce di tutte le più importanti conquiste in tema di assistenza sanitaria specialistica ambulatoriale della categoria, un modello riproducibile in tutte le realtà Regionali e Provinciali, dalle più grandi e centrali a quelle più piccole e periferiche.

PRESENTAZIONE

Come tradizione, l'impegno degli Autori, autorevoli componenti del Centro Studi SUMAI Assoprof e della Segreteria Nazionale è quello di stimolare il perfezionamento dell'elaborato raccogliendo critiche, suggerimenti ed indicazioni organizzative su proprie esperienze operative e reali applicazioni sul campo che possano ulteriormente validare le varie esperienze che si siano rivelate ottimali.

Questa nuova edizione delle Linee Guida dimostra quindi da parte del SUMAI Assoprof la volontà costante di affrontare i tuttora numerosi problemi irrisolti con un approccio propositivo ma anche critico in una visione multidisciplinare dell'attività degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni, preziosa per l'assistenza al cittadino.

Il dibattito e il confronto sulle singole esperienze costituiscono per il SUMAI Assoprof la strada che conduce a una strategia efficace e alla creazione di modelli condivisi e facilmente riproducibili.

L'augurio è che questo lavoro possa iniziare e successivamente continuare la sua opera di unificazione e aggiornamento delle conoscenze, pur nelle preziose differenze di esperienza scaturite nelle varie realtà locali esistenti sul nostro territorio nazionale.

*Roberto Lala
Segretario Nazionale SUMAI Assoprof*

INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione, caratteristica fortemente consolidata nei paesi europei sviluppati, tra cui principalmente l'Italia, sta modificando il quadro di morbilità e richiede un adeguamento delle risorse assistenziali, sia a livello clinico che organizzativo - gestionale.

La popolazione anziana (fascia di età da 65 anni e oltre), oggi, rappresenta la fascia di popolazione a maggior rischio cronicità, era pari al 19,83% della popolazione residente nel 2006, è arrivata al 21,18% nel 2013, arriverà al 23,24% nel 2020 e si attesterà al 32,64% nel 2065.

Gli effetti derivanti dalle prospettive demografiche emergenti dalla analisi sono così palesi (e per non pochi aspetti così "sconvolgenti") che nessuno, in nessun caso, li può ignorare; nemmeno il più superficiale degli eventuali osservatori.

Rappresentano, infatti, in modo chiaro ed evidente – davvero "icasticamente" – un'«aspettativa di invecchiamento» tra le più preoccupanti. Questa trova inconfutabile testimonianza nella tabella sottostante relativa all'atteso aggiornamento dell'evoluzione demografica che – al verificarsi dello scenario centrale previsto dall'Istat nella Proiezione sino al 2065 – di fatto risulta essere a Sei Vecchi e Mezzo per Un Bambino»

VECCHI PER BAMBINO INDICE DI INVECCHIAMENTO

2011	2025	2035	2065
12.301	15.076	18.316	20.007
3.416	3.129	3.118	3.073
= 3,6	= 4,8	= 5,9	= 6,6

**: Indice di Invecchiamento = (Migliaia ≥ 65 anni / Migliaia < 6 anni)
Fonte: Elaborazione SIMS su Dati Istat e Archivio SIMS*

INTRODUZIONE

Il consistente aumento della popolazione anziana non influenza solamente gli aspetti economici, ma richiede un cambiamento di clinical governance: la gestione del paziente cronico obbliga il sistema ad una inversione di tendenza culturale.

Il XX secolo è infatti caratterizzato da una progressiva e determinante specializzazione, mentre il paziente cronico, frequentemente affetto da situazioni di comorbilità, richiede un approccio integrato e multidisciplinare.

A tale fenomeno si è tentato di dare risposta attraverso l'introduzione, recente, di norme tese a consolidare, all'interno del complesso sistema delle cure erogate sul territorio, il ruolo e la funzione del Distretto e, contemporaneamente, tese a superare l'organizzazione, a dir poco "solitaria", sia della medicina di famiglia che della specialistica ambulatoriale e, più in generale, delle cure primarie.

Quanto sopra, a nostro avviso impone una profonda, ma anche urgente, riflessione sui nuovi assetti organizzativi (AFT, UCCP) previsti dalla L. 189/2012 e sui rapporti funzionali che questi hanno con l'organizzazione più complessiva delle attività e dei servizi distrettuali.

Nonostante emergano, da numerosi studi condotti, le potenzialità e l'interesse dei professionisti sanitari alla adozione delle nuove tecnologie per i sistemi informativi (ad es. ben l'85% dei medici accede ad internet per fini professionali almeno 1 volta al giorno), ad oggi non è decollato in Italia il piano e-health, e la standardizzazione delle informazioni (nomenclatore) che permetterebbero un'immediata trasferibilità dei dati ed un evidente vantaggio in termini di governo clinico e di migliore gestione dei servizi per la cronicità e la non-autosufficienza.

Vari progetti sono in corso, alcuni assai innovativi, ma assistiamo ancora ad una notevole eterogeneità delle soluzioni informatiche.

Occorre, dunque, un nuovo forte impegno del Sistema (Regioni e Ministero) perché questo tema, previsto anche nel nuovo Patto per la Salute 2014-2016, approvato, proprio il 10 luglio 2014 venga implementato e portato a regime.

La gestione delle cronicità, infine, richiede nuovi approcci per meglio garantire la Continuità delle cure e l'integrazione Ospedale – Territorio.

È, quindi, prioritario disporre di strumenti di interconnessione fra i 2 sistemi (ospedaliero e territoriale), che – come è stato ricordato – sono “due facce della stessa medaglia”.

Ampliare, dunque, l'offerta di Assistenza Domiciliare e delle Cure intermedie appare ormai non rinviabile, così come rafforzare l'impegno di tutti sui percorsi assistenziali.

In tale contesto, appare essenziale un impiego più diffuso delle soluzioni tecnologiche di tele-care e tele-health (in particolare di telemonitoraggio dei pazienti fragili a domicilio).

Questa tecnologia e l'attività specialistica ambulatoriale insieme alla MG e alla PLS organizzate in AFT e UCCP dovrà assicurare sul territorio i migliori standard di sicurezza e qualità (e prevenire il fenomeno del ri-ricovero, che - come è noto - interessa ben il 30% dei pazienti ospedalieri dopo 1 anno dalla dimissione).

INTRODUZIONE

Con queste linee guida, il Centro Studi del SUMAI Assoprof cerca di offrire un approfondimento e un contributo al dibattito, particolarmente fervido, sulle sinergie possibili e sulle potenzialità derivanti dal nuovo assetto delle cure primarie specie dopo l'approvazione del Patto della Salute e l'avvio della trattativa contrattuale proprio inerente la nuova organizzazione della sanità territoriale dove la specialistica convenzionata interna dovrà avere a nostro avviso un ruolo importante e di pari dignità con gli altri attori del sistema.

Uno sforzo di sintesi, questo, che viene messo all'attenzione dei vari livelli decisionali (Regioni, Ministero, SISAC, Agenas, Università) al fine di contribuire così all'avanzamento e al consolidamento della Sanità sul territorio, obiettivo non più rinviabile per la tutela della salute dei nostri cittadini e per la sostenibilità del Sistema.

SUMAI Assoprof
Il Responsabile del Centro Studi

Pietro Procopio

SUMAI Assoprof
Il Coordinatore dello studio

Antonio Magi

SUMAI Assoprof
I Componenti del Centro Studi

Giuseppe Nielfi
Pio Attanasi
Renato Obrizzo
Giorgio Visca

IL CAMBIAMENTO

Le motivazioni che spingono ad un cambiamento e alla riorganizzazione dell'Area Territoriale sono molteplici ed in particolare nell'Area delle Cure Primarie:

- **il progressivo invecchiamento della popolazione**, con un progressivo aumento dei "bisogni" sanitari e sociali;

- **l'incremento delle malattie croniche** in Italia e nel mondo, fenomeno solo in parte correlato all'invecchiamento, in larga misura connesso all'adozione di stili di vita non salubri, un'emergenza da più parti considerata lo "tsunami" della sanità;

- **i progressi tecnologici e terapeutici**, che consentono di assistere sul territorio, sia in ambulatorio che a domicilio, un sempre maggiore numero di patologie sia acute che croniche, senza più bisogno di ricovero ospedaliero.

Purtroppo, in Italia il Sistema Sanitario, nonostante le buone intenzioni, punta ancora troppo poco - e soprattutto - in modo non uniforme, alla cura delle malattie croniche e, in questo contesto, al rafforzamento dei servizi territoriali.

Il modello tradizionale dell'assistenza nel territorio non riesce ad evitare l'aggravamento, le recidive delle malattie acute e l'evoluzione verso la disabilità nei malati cronici, specie se anziani;

- **l'aumentata prevalenza della polipatologia** e della multiproblematicità non solo sanitaria nei nostri cittadini, che rende necessario un approccio sempre più complesso, articolato e multiprofessionale;

- **il progressivo modificarsi del contesto sociale**, con un aumento delle persone sole, e della povertà, aspetti che di per sé aumentano la non autosufficienza, la fragilità e la necessità di trovare figure che "si prendano cura di" a domicilio del cittadino;

- **la diminuzione delle risorse** che complessivamente possono essere allocate sul settore sanitario e su quello sociale, legate all'attuale situazione di crisi e di recessione dell'intero sistema Paese, a fronte di un trend di costante aumento di fabbisogno e di assorbimento di risorse del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) negli ultimi anni.

Questo fattore determina la necessità di un forte investimento su una medicina di iniziativa e di prossimità che raggiunga, per le malattie croniche, il risultato della compressione della morbidità in presenza di un aumento dell'aspettativa di vita, mediante azioni di prevenzione e di educazione alla correzione degli stili di vita, quale primo e irrinunciabile strumento per la sostenibilità del SSN.

La maggior parte dei bisogni sanitari e sociali dei cittadini è, dunque, legata all'invecchiamento, alle malattie croniche ed alle loro conseguenze. Questi bisogni devono trovare risposta nella nuova organizzazione del territorio se vogliamo rendere equo e sostenibile il sistema.

Il modello di Sanità necessario per affrontare in maniera sostenibile l'epidemia delle malattie croniche ("non trasmissibili") deve basarsi, però, su **servizi territoriali profondamente rinnovati**, sia sul versante della programmazione, del governo, che su quello della produzione-erogazione dei servizi, per superare l'attuale modalità di lavoro prevalentemente individuale ed autoreferenziale dei vari operatori, e transitare ad un modello di lavoro in Team, che affronti la cronicità in un'ottica di medicina di iniziativa.

In particolare l'equità di accesso, presupposto per l'equità di trattamento, deve essere valorizzata nei confronti delle fasce più deboli o svantaggiate della popolazione, quale anziani fragili, immigrati, cittadini in carico ai servizi sociali, nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze.

Da quanto sopra emerge che la mission principale del territorio è quella di affrontare i bisogni correlati alla cronicità, complessità e fragilità.

In tal senso, mentre si riaffermano come valori imprescindibili l'approccio olistico alla persona, l'univocità del rapporto di fiducia medico-paziente, l'utilità di mantenere anche la modalità ordinaria "on demand" (medicina di attesa) di organizzazione del lavoro per dare risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute, contemporaneamente si riconosce la necessità che i professionisti, che erogano i servizi, rivedano la loro organizzazione per operare in team, monoprofessionali (AFT) e multiprofessionali (UCCP).

Ulteriormente occorre adeguare l'organizzazione territoriale ed ospedaliera, rivedendo l'intera filiera dei servizi, secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera, specie a bassa intensità

Tale missione può essere portata a termine attraverso una ridefinizione dell'assetto organizzativo strutturale e funzionale del Territorio come definite dal nuovo Patto della Salute 2014-2016.



CONTESTO E QUADRO NORMATIVO

Nel paragrafo che segue sono riportati in sintesi alcuni importanti riferimenti di organismi ed istituzioni internazionali che si occupano dei temi della sanità nonché l'evoluzione della principale normativa italiana in materia di cure primarie.

Alma Ata – 1978. Assistenza sanitaria primaria - la prima occasione di contatto degli individui per portare l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro

Quando si affronta il tema delle cure primarie è imprescindibile partire dalla dichiarazione che, a conclusione dei lavori, la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, riunita ad Alma Ata, ha formulato il 12 settembre 1978, che al punto VI afferma che: "L'assistenza sanitaria primaria è costituita da quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a tutti gli individui ed alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, che sono realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione.

L'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria".

Come ben si vede nell'ormai lontano 1978 erano già chiare le caratteristiche del servizio di assistenza sanitaria primaria e le esigenze alle quali i servizi avrebbero dovuto rispondere con riferimento sia alla parte sanitaria sia al concetto ben più ampio di sviluppo economico e sociale.

C'era in quella dichiarazione un'impronta forte che richiamava l'esigenza di un'offerta sanitaria improntata su servizi diversi da quelli ospedalieri, tradizionalmente di attesa, e che vedeva nel processo di avvicinamento al cittadino quindi all'assistenza domiciliare oppure presso strutture di maggiore prossimità alternative a quelle ospedaliere i luoghi idonei (appropriati) dove garantire la prevenzione, l'assistenza e le cure necessarie.

L'enfasi deve essere posta infatti sull'esigenza oggi sempre più sentita di andare incontro alle esigenze dei cittadini con organizzazioni intese a favorire il perseguimento della salute intesa, nell'accezione dell'OMS, non solo come mera assenza di malattia ma come stato di benessere psicofisico complessivo dell'individuo. In tale prospettiva le cure primarie possono essere luogo e occasione per lo sviluppo di tale obiettivo.

La dichiarazione, oltre ad approfondire il concetto di assistenza primaria, ribadiva il tema della salute quale stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente di assenza di malattia o infermità.

Tale affermazione ha poi condotto alla definizione del concetto di promozione della salute che vede nella "Carta di Ottawa sulla promozione della salute" (1986) il documento di riferimento che dichiara che, " processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla".

La Carta di Ottawa individuava anche 5 aree prioritarie di azione, tra le quali di particolare interesse per l'argomento in trattazione è la revisione dell'orientamento dei servizi:

“riorientare i servizi sanitari, al fine di creare sistemi centrati sui bisogni della popolazione e creare una reale partnership tra i servizi e con gli utenti, la persona diventa più importante della malattia e diventa co-artefice della sua cura/assistenza”.

Il nuovo orientamento dei servizi sanitari si sintetizzava nello spostamento dal concetto di “malattia” a quello di “salute”: in tale ottica, le organizzazioni sanitarie devono passare dalla frammentarietà delle specializzazioni alla globalità dell'approccio, per garantire la continuità assistenziale tra le diverse componenti della comunità.

Tali considerazioni continuano ad essere di straordinaria attualità rispetto al tema delle cure primarie e del loro ruolo sul territorio, tanto che nel 2008, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 30° anniversario della dichiarazione di Alma Ata ha voluto confermarne i contenuti nel documento “The World Health Report - Primary Health Care – Now more than ever” e, con l'obiettivo di imparare dal passato per fare meglio in futuro, ha rivisitato la visione delle cure sanitarie primarie come un insieme di valori e principi per guidare lo sviluppo dei sistemi sanitari, sottolineando come, in estrema sintesi, le cure primarie costituiscono l'hub attraverso il quale gli individui vengono “guidati nell'intero servizio sanitario e garantiscono la continuità longitudinale delle cure”.

Alla definizione segue la raffigurazione dei quattro elementi che compongono la nuova visione di Primary Health Care:



In Italia le cure primarie sono erogate nell'ambito dell'assistenza distrettuale prevista dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), come previsto dal DPCM del 23 febbraio 2002. La legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, legge n. 833 del 23 dicembre 1978, prevede (art. 10 - L'organizzazione territoriale) che la gestione unitaria della tutela della salute è assicurata in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali.

L'articolo prevede la possibilità di articolare l'unità sanitaria locale in distretti, quali strutture tecnico-funzionali, per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento. Alle Regioni viene richiesto di esercitare le funzioni di assistenza sanitaria ed ospedaliera (art.11 - Competenze territoriali) nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato.

Successivamente il decreto legislativo n. 502/1992 in tema di riordino della disciplina in materia sanitaria, come modificato dal d.lgs. n.517/1993 e dal d.lgs. n. 229/1999, all'art. 2 indica come di stretta competenza regionale le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e definisce il distretto come articolazione organizzativa dell'azienda unità sanitaria locale.

Il distretto deve quindi assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri.

Il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)" riporta in Allegato 1 la classificazione dei livelli e le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio sanitario nazionale in quanto riconducibili ai cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza, suddivisi in tre categorie:

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (poi modificata in Prevenzione collettiva e sanità pubblica con il D.P.C.M. dell'aprile 2008)
2. Assistenza distrettuale
3. Assistenza ospedaliera

La disaggregazione dell'assistenza distrettuale indicata dal DPCM, ripresa di seguito, conferma l'attenzione all'assistenza sanitaria di base ed esplicita, per la prima volta, le diverse tipologie di assistenza sanitaria domiciliare.

CONTESTO E QUADRO NORMATIVO

Vengono infatti inserite nell'Assistenza distrettuale le forme di assistenza residenziale e semiresidenziale:

A. Assistenza sanitaria di base

- medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare
- continuità assistenziale notturna e festiva
- guardia medica turistica (su determinazione della Regione)

B. Attività di emergenza sanitaria territoriale

C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali

D. Assistenza integrativa

E. Assistenza specialistica ambulatoriale

F. Assistenza protesica

- fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali

G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare

- assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata,

assistenza programmata domiciliare comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale),

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile,

- l'interruzione della gravidanza,

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie,

- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool,
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale,
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV.

H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale

I. Assistenza termale

Anche i Piani Sanitari Nazionali (PSN) negli anni dedicano una forte attenzione alle cure primarie ed al ruolo del distretto per il loro governo.

I Piani Sanitari Nazionali 1994-1996 e 1998-2000 sottolineano la valenza del distretto nell'organizzazione sanitaria quale fondamentale momento di integrazione territoriale; in particolare, il PSN 1998-2000 delinea le tre principali funzioni del distretto:

- governo ed organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria territoriale,
- integrazione sanitaria e socio sanitaria,
- punto di riferimento del cittadino per la risposta ai bisogni di salute, per ricondurre l'assistenza distrettuale ad un unitario "livello assistenziale di assistenza".

I Piani riportano l'attenzione sul ruolo dei Medici di Medicina Generale e allo loro integrazione all'interno dell'organizzazione del Distretto.

CONTESTO E QUADRO NORMATIVO

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 richiede la realizzazione di un sistema assistenziale territoriale avente quale punto di avvio la valorizzazione della medicina primaria, individuando in particolare due progetti prioritari:

- promuovere il territorio quale sede primaria di assistenza e governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari;

- promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.

In tale contesto, l'intesa Stato-Regioni del 29 Luglio 2004 e quella del 9 febbraio 2006 promuovono un'organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria con lo sviluppo della medicina associativa prevedendo, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle Unità di Assistenza Primaria (UTAP), per il superamento dello "studio individuale del medico" e per favorire l'associazionismo in quelle zone dove, per caratteristiche geografiche (aree non urbane, zone montane ed isole minori), non sia possibile l'uso di sedi uniche e che quindi presuppongono l'utilizzo di sistemi di telemedicina.

Anche il PSN 2006-2008 considera determinante la riorganizzazione delle cure primarie attraverso un "processo di riassetto organizzativo e funzionale che comporti un maggiore coinvolgimento dei MMG, dei PLS e degli Specialisti Ambulatoriali nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità di erogazione per favorire l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio" portando a prevedere nella Legge Finanziaria del 2007 (Legge 27 dicembre 2006 n. 296 "disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" ai commi 805 e 806 dell'art. 1, l'istituzione di un fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del PSN fra i quali anche la sperimentazione del modello assistenziale "Case della Salute".

La realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie è vista quindi come facilitatore delle continuità assistenziale tra i diversi livelli, preventivo, ospedaliero, territoriale.

Ed infine il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 che, riprendendo espressamente le definizioni di Alma Ata e dell'OMS, identifica per le cure primarie, e più in particolare per la medicina generalista e le altre componenti dell'assistenza convenzionata, in una logica di rete, i seguenti principali obiettivi:

- "promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute nella comunità, ...";
- coinvolge tutte le aree determinanti della salute, come indicato dall'OMS;
- "prendere in carico i pazienti in modo globale e completo ..."

Il medico (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali) e le altre professionalità della rete si assumono la responsabilità, in modo organico e progettuale, della salute dei pazienti e delle loro famiglie lungo due direttrici: una multi-dimensionale (farsi carico della salute nella sua dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale e ed esistenziale) ed una temporale (farsi carico della domanda del paziente nelle diverse fasi di evoluzione della sua salute).

Ciò comporta lo sviluppo di un tipo di assistenza basata su un rapporto multidisciplinare (coinvolgimento e corresponsabilizzazione dei professionisti) che promuove meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie, di cura e riabilitazione;

CONTESTO E QUADRO NORMATIVO

- “favorire la continuità assistenziale” tramite il coordinamento dell'assistenza nel tempo dei professionisti, in modo che non si abbiano interruzioni dell'assistenza e/o cambiamenti ingiustificati del trattamento o dei professionisti che assistono il paziente.

I professionisti condividono con il distretto la responsabilità circa l'accessibilità alle cure sanitarie, commissionando e coordinando queste cure quando impossibilitati a fornirle personalmente;

- “concorrere ai processi di governo della domanda mediante l'azione di gatekeeping del MMG” che consiste nel conoscere i bisogni autentici di salute della popolazione (intesa a livello di sistema), anche quelli non espressi; valutare la migliore risposta clinico-terapeutica, in termini di efficacia e di appropriatezza; scegliere il percorso assistenziale più conveniente in rapporto ai costi e ai risultati;

- “valutare gli esiti di salute generata”

- “favorire l'empowerment” dei pazienti ossia il loro pieno e diretto coinvolgimento nel processo di cura”.

PSN 2011-2013: visione allargata e integrata del concetto di assistenza primaria, intesa come:

- strumento di governo della domanda dei servizi territoriali mediante l'azione di gatekeeping del MMG,

- organo di garanzia della continuità delle cure.

Da quanto sopra richiamato, dunque, emerge come il legislatore ed il regolatore regionale siano intervenuti a vario titolo su questa area di assistenza con risultati che, dopo anni, non sempre possono essere obiettivamente valutati in modo positivo.

La consapevolezza che l'evoluzione dei bisogni di salute in atto - tra i quali in primis i bisogni connessi alle patologie croniche - richiedessero uno spostamento del baricentro della risposta sanitaria dall'ospedale al territorio, dove al meglio può esprimersi l'assistenza sanitaria e sociale, è quindi datata e diffusa.

Hanno ostato a questo spostamento mille fattori sia di natura politica e di convenienza generale sia culturale che hanno avuto l'effetto di rallentare e spesso impedire il processo evolutivo richiamato nelle norme e nei piani sanitari; nel frattempo però, a partire dall'esplosione della crisi economica internazionale del 2008 ed ancora più marcatamente a partire dal 2010, con l'onda lunga della crisi economica internazionale abbattutasi sul debito del nostro Paese ed i vincoli di finanza pubblica imposti a livello europeo, la riduzione del finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale ha provocato l'esplosione delle Regioni più fragili, già duramente provate dai deficit e dai debiti precedenti.

Si è così avviata una fase di interventi, articolati ed urgenti, tra i quali si è inserito il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189, c.d. Decreto Balduzzi, che ha comportato modifiche all'art. 8, comma 1, D. Lgs. 502/92 s.m.i..

Di seguito un estratto dell'articolo 1 - Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie - del Decreto.

Le Regioni:

- definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali,

- disciplinano unità multiprofessionali privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali:

- dotati di strumentazione di base,
- aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione,
- che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere,

- assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informatico nazionale (inclusa tessera sanitaria e ricetta telematica).

Le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) sono forme organizzative monoprofessionali che condividono in forma strutturata:

- obiettivi e percorsi assistenziali,
- strumenti di valutazione della qualità assistenziale,
- linee guida,
- audit e strumenti analoghi.

Le unità complesse di cure primarie (UCCP) sono forme organizzative multiprofessionali che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

CONTESTO E QUADRO NORMATIVO

Le AFT e le UCCP erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il SSN, costituito principalmente da:

- MMG,
- PLS,
- Specialisti ambulatoriali.

Sono sviluppate nell'ambito dell'organizzazione distrettuale.

Le convenzioni nazionali (ACN) statuiscono gli standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, l'accessibilità e la continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi.

Entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge è richiesto l'adeguamento degli ACN di MMG, PLS e specialisti ambulatoriali.

Entro i successivi 90 giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, è prevista la definizione degli accordi regionali attuativi. Decorso il termine il Ministero della Salute emana, nelle more della conclusione delle trattative, disposizioni per l'attuazione dei principi della Legge.

CONTESTO E QUADRO NORMATIVO

Gli elementi qualificanti del decreto possono quindi essere così di seguito riassunti:

- Responsabilità organizzativa regionale finalizzata a promuovere l'integrazione con il sociale e i servizi ospedalieri
- Integrazione mono-professionale e multi-professionale
- Articolazione "h24" della rete assistenziale socio sanitaria territoriale, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio
- Ruolo unico ed accesso unico per tutti i professionisti medici nell'ambito della propria area convenzionale (medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale)
- Possibilità di finanziamento a budget per talune prestazioni delle forme organizzative multiprofessionali UCCP
- Identificazione, da parte delle aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, degli obiettivi e definizione di programmi concordati di attività in forme aggregative
- Introduzione di standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure
- Adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo, al sistema informativo definito da ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche
- Rinvio al Patto per la salute per la valorizzazione delle attività remunerate svolte dai medici in formazione MG

IL PATTO DELLA SALUTE

Il 10 luglio 2014 la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha approvato il nuovo Patto della Salute valevole per gli anni 2014-2016.

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'Assistenza Territoriale il "Patto" prevede, appunto, un articolo specifico ed in particolare:

ARTICOLO 5 - ASSISTENZA TERRITORIALE-

Al comma 1 prevede: "Al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, le Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrate con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art.1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria del Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definite dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale."

Il comma 1 quindi prevede l'organizzazione dell'assistenza territoriale mediante modelli di tipo multi-professionale attraverso le Unità Complesse Cure Primarie (UCCP), composte da Medici, Psicologi, Biologi, Chimici, Assistenti Sociali, Fisioterapisti, Logopedisti, Tecnici di Radiologia e di laboratorio, Amministrativi ecc. e interdisciplinari monoprofessionali attraverso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) composte da MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali di varie branche tutti Convenzionati con il SSN e solo se previsto dalle Regioni e rigorosamente senza ulteriori oneri per la finanza pubblica essere integrati con personale dipendente ai sensi del comma 2 dell'art.1 del D.Lvo 189/2012, così detta legge Balduzzi.

Infatti il D.Lvo 189/2012 all'art. 1 comma 2 così recita: *“Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza”*.

Come personale convenzionato quindi si deve intendere quello espressamente previsto dallo stesso D.Lvo 189/2012 al comma 3 dell'Art. 1 che così espressamente recita: *“Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i medici di medicina generale è istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali”*.

Le UCCP e le AFT devono perseguire gli obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria e dal Distretto, secondo un modello definito dagli ACN (Accordi Collettivi Nazionali) e dalle Regioni mediante ACR (Accordi Collettivi Regionali) al fine di garantire l'uniformità dell'assistenza.

Al comma 2 prevede *“ Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio. Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale. Le UCCP possono avvalersi, qualora previsto dalla programmazione regionale, di professionisti accreditati ai sensi della normativa vigente, nei limiti dei contratti stipulati dalla Regione e dalle ASL ai sensi dell'art.8 quinquies del D.Lvo 502/92 e s.m.i. e nel rispetto dei vincoli di spesa previsti dalle disposizioni vigenti”*.

Il comma 1 quindi prevede l'organizzazione dell'assistenza territoriale mediante la costituzione delle Unità Complesse Cure Primarie (UCCP) che costituiscono le nuove forme organizzative che operano in forma integrata all'interno di strutture e di Presidi sanitari individuati dalle Regioni con una unica sede di riferimento ed eventuali altri sedi accessorie sul territorio. In sintesi è necessaria l'individuazione della struttura e dei presidi accessori mediante specifiche disposizioni Regionali, secondo criteri (numerosità della popolazione?, morbosità?, mortalità?, area metropolitana?, distretto? Provincia?, comunità montana?, isola? zona disagiata? ecc.) non ancora chiaramente stabiliti e che quindi saranno diversi da Regione a Regione sia per modalità di criterio di scelta che di caratteristiche territoriali ed organizzazione sanitaria esistente.

L'articolo prevede inoltre che nell'organizzazione delle UCCP sia essenziale il coordinamento tra le varie professionalità con particolare riguardo alle due principali attività sanitarie territoriali e cioè l'integrazione tra gli specialisti ambulatoriali ed i medici di medicina generale.

Un altro punto dell'articolato presenta a nostro avviso una non chiara esplicitazione, ma potrebbe essere causa di ulteriore aggravamento della disomogeneità del nostro SSN: qualora venisse previsto dalla normativa regionale, esisterebbe la possibilità per le Regioni di avvalersi di professionisti accreditati e strutture private (il comma citato non parla solo di strutture accreditate) sempre nel vincolo di spesa previsto dalle vigenti normative, ai sensi dell'art.8 quinquies del D.Lvo 502/2012 e s.m.i. che al comma 2 così recita: *"In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:*

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;

b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;

IL PATTO DELLA SALUTE

c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-octies".

Il comma 3 quindi prevede "Ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP. Le AFT della medicina generale, che coprono un bacino di utenza riferito a non più di 30.000 abitanti, rappresentano l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti del singolo medico. Entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN, e comunque non oltre la vigenza del presente Patto, le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni (di cui all'art.54 dell'ACN 2009)".

L'articolo contempla, dopo aver previsto nel comma precedente le UCCP, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) descrivendo e definendo esclusivamente la composizione di quelle della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, in definitiva la sostituzione, con le UCCP di tutte le vecchie forme di aggregazione già previste nell'ACN vigente della MMG e PLS e definendone inoltre la grandezza rispetto alla popolazione e individuando a non più di 30.000 abitanti il numero ritenuto ottimale (non si conosce il criterio).

Inoltre stabilisce che entro 6 mesi dalla stipula dei nuovi ACN e comunque non oltre la vigenza del Patto della Salute dovranno essere definite UCCP e AFT in sostituzione delle precedenti forme di aggregazione previste dall' Art.54 dell'ACN della Medicina generale che di seguito riteniamo di riportare in forma integrale per meglio comprendere quanto si va a cambiare:

Forme associative dell'assistenza primaria.

1. Il presente articolo disciplina le attività dei medici di medicina generale convenzionati nell'ambito delle forme associative, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) ed f), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. Al fine di:

a) facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda;

b) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza individuate concordemente a livello aziendale;

c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici;

d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante delle équipes territoriali di cui all'art. 26, se costituite;

e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate;

f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;

IL PATTO DELLA SALUTE

g) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica; i medici di medicina generale, possono concordare tra di loro e realizzare forme di lavoro associativo, secondo, i principi, le tipologie le modalità indicate ai successivi commi.

3. Le forme associative oggetto del presente articolo sono distinte in:

- forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;

- forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della Azienda, o dei comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

4. Le forme associative dell'attività di assistenza primaria di cui alla lettera a) del comma 3 sono ispirate ai seguenti criteri generali:

a) la forma associativa è libera, volontaria e paritaria fra i medici partecipanti;

b) l'accordo che costituisce la forma associativa, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente articolo, è liberamente concordato tra i medici partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici di competenza; i medici aderenti alla associazione sono tenuti a comunicare ai cittadini iscritti nei propri elenchi le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;

c) della forma associativa possono far parte:

- medici che svolgono l'attività di medico convenzionato ai sensi del presente Capo, e che operano all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta di cui all'articolo 33 del presente Accordo, nei limiti fissati dalla successiva lettera e);
- medici di continuità assistenziale;
- medici pediatri di libera scelta;

d) la sede rappresentativa della forma associativa è unica ed è indicata dai suoi componenti;

e) la forma associativa è costituita da un numero di medici di assistenza primaria non inferiore a 3 e non superiore a quanto previsto dai commi 7, 8 e 9. Le forme associative composte da soli due medici e già in essere all'atto di pubblicazione del presente Accordo sono fatte salve, se previste dagli Accordi Regionali e fino a che le rispettive condizioni associative restino immutate.

Gli Accordi regionali disciplinano modalità e tempi per l'adeguamento delle forme associative costituite da soli due medici ai criteri di cui al presente articolo;

f) ciascun medico può aderire ad una sola delle forme associative di cui al successivo comma 6;

g) fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere, secondo l'accordo di cui alla lettera b), la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;

h) nell'ambito della forma associativa devono prevedersi le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive, previste da Accordi nazionali, regionali e/o aziendali;

IL PATTO DELLA SALUTE

i) ciascun medico aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il medico sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;

j) fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 36, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 36, comma 5.

Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, ad estensione di quanto previsto dall'art. 47, comma 6 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale dal Capo III del presente Accordo, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico;

k) i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;

l) a ciascun medico della forma associativa vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;

m) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta, salvaguardando in ogni caso la possibilità da parte del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;

n) all'interno della forma associativa può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, ecc., allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità;

o) la suddivisione delle spese di gestione dello studio viene liberamente concordata tra i componenti della forma associativa;

p) devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;

q) all'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale, particolarmente per quanto previsto alla precedente lettera p), con il direttore del Distretto e con la componente rappresentativa della medicina generale nell'Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti della Azienda e dell'Ordine dei medici;

r) in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:

- per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici;*
- per le questioni contrattuali, il Comitato di cui all'art 24;*

IL PATTO DELLA SALUTE

s) l'azienda, ricevuto l'atto costitutivo, ne verifica i requisiti di validità e, entro 15 giorni, ne prende atto con provvedimento del Direttore generale. Gli effetti economici decorrono dal ricevimento dell'atto costitutivo.

5. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera c), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni e tenuto conto delle norme in materia di libera professione previste dal presente Accordo, non possono far parte delle forme associative di cui al successivo comma 6 i medici di assistenza primaria che svolgano attività di libera professione strutturata per un orario superiore a quello previsto dall'art. 58, comma 5.

6. Le forme associative disciplinate dalla lettera a) del comma 3 sono:

A. La medicina in associazione.

B. La medicina in rete.

C. La medicina di gruppo.

7. Oltre alle condizioni previste dal comma 4, la medicina in associazione si caratterizza per:

a) la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto;

b) la chiusura pomeridiana di uno degli studi della associazione non prima delle ore 19,00;

c) il numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 33 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova;

d) la condivisione e l'implementazione di linee guida diagnostiche terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza;

e) la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione.

8. *La medicina in rete, oltre al rispetto delle condizioni previste al comma 4, si caratterizza per:*

a) la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto. Possono essere presenti, inoltre, uno o più studi nel quale i medici associati svolgano a rotazione attività concordate;

b) la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;

c) il collegamento reciproco degli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;

d) l' 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, 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 interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;

e) la chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00;

f) il numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 33 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova.

IL PATTO DELLA SALUTE

9. Oltre alle condizioni previste al comma 4, la medicina di gruppo si caratterizza per:

a) la 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;

b) la 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. Il numero degli studi di cui sopra viene arrotondato alla unità superiore in caso di coefficiente frazionale nel relativo calcolo;

c) l'utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;

d) l'utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno;

e) la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;

f) l'utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili;

g) l'utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, predisposto per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di attività di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla forma associativa e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati della forma associativa;

h) il numero di medici associati non superiore a 8.

10. I medici di assistenza primaria convenzionati ai sensi del presente Accordo possono aderire a forme associative di cui al comma 3 lettera b), anche ove esse associno tutti i medici di assistenza primaria appartenenti alla stessa Azienda, ferma restando l'appartenenza funzionale per i compiti convenzionali ai rispettivi ambiti territoriali di scelta.

11. Per essere riconosciute quali forme associative di cui al comma 3, lettera b), della medicina generale convenzionata ai sensi del presente Accordo, le stesse debbono essere ispirate ai criteri generali previsti al comma 4 lettere a), b), d), g), h), k), l), n), p), q), r) e prevedere l'organizzazione dell'attività dei propri medici associati, secondo gruppi relativi ai rispettivi ambiti territoriali di scelta e mediante un adeguamento di tali gruppi alle condizioni normative previste dalle lettere c), e), o) ed alle condizioni previste dal comma 8.

12. Alle forme associative di cui al comma 3, lettera b), possono essere associati medici aderenti a forme associative tra quelle di cui alla lettera a), mantenendone i relativi obblighi organizzativi e diritti economici, fermo restando il disposto di cui alla lettera f) del comma 4, e senza ulteriore incentivazione di associazionismo.

13. Nell'ambito degli Accordi Regionali stipulati con i sindacati maggiormente rappresentativi, possono essere individuate forme organizzative, caratteristiche aggiuntive, attività integrative per le forme associative di cui al presente articolo, definendone anche i relativi compensi integrativi.

14. I medici di medicina generale, per l'espletamento dei compiti e delle prestazioni previste dal presente Accordo, da Accordi regionali o aziendali, nonché delle attività libero professionali consentite, possono avvalersi di strutture e servizi forniti dalle società definite alla lettera b) del comma 3 del presente articolo, in particolare per quanto concerne:

IL PATTO DELLA SALUTE

- a) sedi associative, studi professionali, poliambulatori;
- b) beni strumentali;
- c) servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali;
- d) servizi informatici, telematici, di raccolta dati e telemedicina;
- e) servizi di verifica e revisione di qualità;
- f) ogni altro bene o servizio, ritenuto appropriato a perseguire gli obiettivi assistenziali previsti dalla programmazione nazionale e regionale, individuato nell'ambito degli Accordi regionali. In ogni caso è da escludersi la fornitura di prestazioni sanitarie.

15. La semplice appartenenza ad una forma associativa di cui alla lettera b) del comma 3 non comporta per il medico il riconoscimento di alcun incentivo, fatto salvo quanto disposto in merito da Accordi regionali già esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo e stipulati ai sensi del D.P.R. 270 del 2000.

16. Le forme associative di cui al precedente comma 3, pur non potendo assumere carattere di soggetto contrattuale rispetto alla definizione dei bisogni assistenziali, anche in termini di tipologia, di quantità, di qualità e di modalità dei servizi da disporre per gli assistiti e per i medici di medicina generale, che rimane di esclusiva competenza dei sindacati firmatari dell'ACN, sono riconosciute quali soggetti qualificati a proporre e promuovere iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione tra le parti, nell'ambito degli Accordi regionali e Aziendali di cui al presente Accordo, anche mediante il soggetto di cui al comma 4, lettera q).

17. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

Il successivo comma 4 quindi prevede inoltre:

“La UCCP è una forma organizzativa complessa ed è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT e i medici di Medicina Generale nonché i Pediatri di Libera Scelta che le compongono, garantendo: l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali), la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, la partecipazione responsabile dei Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Famiglia nel governo della domanda e nell'organizzazione dei servizi, alla sostenibilità economica”.

Questo comma prevede e ribadisce quindi la centralità operativa delle UCCP delle quali, vogliamo ricordare, siamo parte attiva ed indispensabile come componente specialistica in integrazione con le altre figure che ne fanno parte con una organizzazione di tipo multi-professionale attraverso Medici, Psicologi, Biologi, Chimici, Assistenti Sociali, Fisioterapisti, Logopedisti, Tecnici di Radiologia e di laboratorio, Amministrativi ecc. e interdisciplinari attraverso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) composte da MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali di varie branche tutti Convenzionati con il SSN.

Tutte queste figure sanitarie e professionali operanti nell'UCCP ed organizzate in AFT dovranno garantire:

- l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali);
- la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali sia relativi all'acuzie che alla cronicità;
- l'autonomia e la responsabilità professionale, un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici;
- la partecipazione responsabile dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta nel governo della domanda e nell'organizzazione dei servizi;
- la sostenibilità economica”.

IL PATTO DELLA SALUTE

Il comma 5 del Patto della Salute inoltre recita: *“La UCCP è di norma organizzata in sede unica, pur potendo prevedere sedi accessorie opportunamente collegate attraverso un’adeguata rete telematica. E’ integrata nella rete telematica aziendale e/o regionale.*

Le UCCP e le AFT hanno come compiti essenziali:

- assicurare l’erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale tramite le AFT, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto),

- garantire la continuità dell’assistenza mediante l’utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del FSE;

- garantire l’accessibilità all’assistenza territoriale per tutto l’arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale.

- garantire la continuità dell’assistenza nelle tre declinazioni (relazionale, gestionale ed informativa) prevedendo l’applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l’integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera”.

Il comma 5 quindi conferma e ribadisce che la UCCP deve di norma essere organizzata in sede unica, pur potendo prevedere altre sedi accessorie opportunamente collegate attraverso un’adeguata rete telematica integrata nella rete telematica aziendale e/o regionale.

Le UCCP e le AFT hanno quindi il compito essenziale di assicurare l’erogazione delle prestazioni territoriali della medicina generale tramite le AFT, dell’assistenza specialistica ambulatoriale di consulenza e in AFT, dell’assistenza infermieristica e di tutta l’attività territoriale ambulatoriale nonché domiciliare e di tutti gli altri servizi di supporto.

Le UCCP e le AFT dovranno anche garantire la continuità dell'assistenza mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Le UCCP e le AFT dovranno essere aperte almeno H12 garantendo anche l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale inoltre devono prevedere percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata (MMG, PLS e Medici Specialisti Ambulatoriali e dei Professionisti) e la rete distrettuale ed ospedaliera".

Il comma 6 definisce inoltre *"La UCCP ha un assetto organizzativo definito ai sensi delle disposizioni nazionali e regionali in materia, è parte fondamentale ed essenziale del Distretto, integrandosi all'interno della rete dei servizi distrettuali ed aziendali e permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale"*.

Questo comma di poche righe ma di grande importanza e rilevanza di fatto prevede che le UCCP e le AFT nonché tutti i servizi territoriali siano sotto il diretto controllo dei Distretti creando così un sistema distrettuale funzionalmente "forte".

L'assistenza primaria come prevista dal Patto della Salute rappresenta quindi il punto centrale dei processi assistenziali, con forti collegamenti con il resto del sistema, attraverso un ruolo cardine svolto dal Distretto.

IL PATTO DELLA SALUTE

Il “Distretto funzionalmente forte” è una struttura aziendale con ruolo organizzativo, gestionale e di facilitazione allo svolgimento delle attività sanitarie e socio sanitarie di un ambito territoriale - comunità omogenea di cittadini, ove si estrinseca la partecipazione e la governance.

Il Distretto è quindi l’ambito ove si valuta il fabbisogno e la domanda di salute della popolazione di riferimento, e riveste prioritariamente un ruolo di tutela e programmazione, rafforzando il ruolo di governance.

Le attività sanitarie e socio sanitarie territoriali integrate sono affidate, conformemente ai rispettivi Contratti o Convenzioni e come peraltro previsto dalla Legge 189/2012 (cosiddetta “Legge Balduzzi”), alle varie figure professionali del Territorio, operanti anche in team, che le svolgono assicurando un’autorevole presa in carico “over time”, anche attraverso il raccordo con le attività ospedaliere (commissioning) garantito dal Distretto ed utilizzando i vari setting assistenziali territoriali messi a disposizione dallo stesso Distretto.

Il Distretto rappresenta, in quanto interfaccia fra la ASL e la comunità, il punto di riferimento organizzativo e gestionale in grado di trasmettere ai cittadini la fiducia circa la qualità e la sicurezza dei servizi erogati nel territorio.

Assicura la continuità Ospedale-Territorio e l’integrazione socio-sanitaria, e, a tal fine, adotta un sistema di obiettivi e di indicatori per valutare l’efficienza, la qualità e la sicurezza dell’assistenza erogata.

Il Distretto rappresenta, quindi, il punto di riferimento per la rete dei vari presidi territoriali socio-sanitari, che comprendono, oltre alle attività ambulatoriali e alle cure residenziali, presidi socio-sanitari per la prevenzione e la cura di ambiti specifici (la salute mentale, le dipendenze), nonché riferimento per le cure a domicilio (ADI, cure palliative).

Il punto decisivo è che nel Distretto, relativamente alla gestione della cronicità attraverso strumenti specifici si sommano le funzioni di coordinamento e gestione delle prestazioni anche specialistiche, con quelle di governo della domanda e valutazione dei servizi, così tutelando i bisogni e presidiando la salute della comunità di riferimento. Analoga procedura viene seguita per l'acuzie a bassa intensità assistenziale, cioè quelle prestazioni sanitarie episodiche non caratterizzate da elementi di urgenza o emergenza, per le quali resta valido il modello della medicina reattiva.

Un Distretto dove, alla luce della valutazione del fabbisogno e della domanda di salute (prevenzione e cura) della popolazione di riferimento, attraverso un'adeguata e condivisa pianificazione strategica, si sviluppa la gestione operativa delle attività sanitarie e socio-sanitarie del territorio di competenza.

Per ottenere questo il Distretto deve essere dotato di strumenti gestionali quali la programmazione operativa (budget) e un sistema informativo socio sanitario integrato, che renda interoperabili i sistemi informativi dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e degli Specialisti Abbulatoriali e dei Professionisti convenzionati interni del Territorio e dell'Ospedale, e quelli delle altre strutture aziendali (laboratorio, diagnostica, ecc.).

Occorre inoltre ridefinire le responsabilità dei diversi professionisti del territorio, anche prevedendo le funzioni del personale infermieristico nell'ambito della gestione attiva delle patologie croniche, nel rispetto dei reciproci ruoli.

Nell'ambito del Distretto inoltre va identificato un profilo di salute integrato, definito unitariamente con gli enti locali.

L'integrazione sociosanitaria infatti richiede una politica programmata e un'equipe unitaria con personale dei due Enti, Comune e SSN, che deve far fronte ad esigenze differenziate delle persone.

IL PATTO DELLA SALUTE

Il “Distretto funzionalmente forte” svolge pertanto le seguenti funzioni:

- valuta il fabbisogno e la domanda di salute (prevenzione e cura) della popolazione di riferimento rilevata dai professionisti;

- elabora un’adeguata e condivisa pianificazione strategica (Piano integrato di salute ovvero Piano attività Territoriali) con i Comuni o I municipi nelle aree metropolitane di riferimento per la messa a punto delle decisioni che impattano sui servizi sanitari territoriali e sulle attività sociali, al fine di assicurarne l’esecutività e l’interazione;

- sviluppa la programmazione operativa delle attività (budgeting) nel rispetto dei livelli di assistenza da garantire ai cittadini per assicurare i servizi di assistenza primaria, sia sanitari, che socio-sanitari, volti a trasmettere ai cittadini la fiducia circa la qualità e la sicurezza dei servizi erogati nel territorio, garantire continuità Ospedale -Territorio e garantire l’ integrazione socio-sanitaria;

- definisce un sistema di obiettivi e di indicatori per valutare l’efficienza, la qualità e la sicurezza dell’assistenza erogata;

- assicura lo sviluppo di iniziative di promozione/educazione alla salute e di informazione ai cittadini sulle attività svolte dai diversi livelli del servizio sanitario nazionale;

- esercita il controllo, attraverso strumenti di governo clinico, sul buon uso delle risorse, sull’appropriatezza ed equità dei percorsi assistenziali, anche introducendo audit clinici ed organizzativi;

- facilita l'accesso all'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali da parte dei professionisti che lavorano individualmente, ma soprattutto in team mono o multiprofessionali, al fine di garantire una risposta globale alle situazioni di bisogno e la continuità fra le diverse fasi del percorso assistenziale gestito dalle varie strutture aziendali attive nel territorio (ospedaliere, territoriali, della prevenzione), ivi incluse, ovviamente, le strutture dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta, anche attraverso la messa a disposizione di strumenti a supporto;

- crea una rete di presidi territoriali socio-sanitari, che comprenda al suo interno il sistema delle domiciliarità e residenzialità (RRSSAA, Hospice, Ospedali di comunità, ADI), i presidi dei servizi sociali, l'Ospedale, le strutture ambulatoriali, sia dei MMG e dei PLS, sia distrettuali (poliambulatori, consultori, ecc.), tutti intesi come "setting" necessari all'erogazione delle risposte integrate ai bisogni da parte degli operatori che lavorano in team;

- assicura il supporto alla realizzazione di un sistema informativo socio sanitario integrato, che renda interoperabili i vari sistemi informativi, dei Medici di Medicina Generale, della Pediatria di Libera Scelta e della Medicina Specialistica ambulatoriale interna, dell'Ospedale, e quelli delle altre strutture aziendali (laboratorio, diagnostica, ecc.), nonché l'integrazione dei flussi informativi correnti (NSIS) per la conoscenza dei percorsi assistenziali del paziente cronico.

I professionisti che lavorano nel Territorio, specie operando in team monoprofessionali (AFT) o multiprofessionali ed interdisciplinari (UCCP), erogano le prestazioni assistenziali socio sanitarie di loro competenza e quelle previste nei livelli di assistenza individuati nel processo di budgeting col Distretto.

IL PATTO DELLA SALUTE

Il comma 7 prevede:

“In continuità con quanto previsto nell’Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014, le Regioni provvedono a definire con specifici atti di indirizzo la promozione della medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l’educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità”.

Questo comma di fatto prevede di potenziare la medicina di “iniziativa” rispetto a quella di “attesa” mediante anche la Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l’educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità.

L’articolo 5 al comma 8 prevede:

“Sono definiti tramite Accordi Stato-Regioni i nuovi standard organizzativi del Distretto in grado di orientare il suo ruolo strategico nella costruzione delle reti assistenziali a baricentro territoriale, e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini al fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti convenzionati nell’ambito delle UCCP e AFT e degli altri servizi territoriali, consentendo di assicurare una migliore risposta assistenziale ai bisogni delle persone affette da patologie croniche, contribuendo così a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al DEA”.

La riorganizzazione delle Cure Primarie nel contesto della Medicina del Territorio rappresenta una necessità tesa al miglioramento delle modalità di erogazione delle risposte ai bisogni, mettendo in atto strategie di sviluppo e di integrazione organizzativa, sia a livello “orizzontale”, con la creazione di team, mono e multi professionali (modelli a rete multiprofessionali), che “verticale” (sistemi assistenziali integrati con l’ospedale), attraverso l’implementazione, come detto, dei sistemi informativi integrati, lo sviluppo di servizi sanitari di prossimità, gli strumenti di clinical governance e auditing, con particolare attenzione verso la prevenzione primaria e secondaria, il miglioramento dei determinanti di salute, la ridefinizione del sistema della domiciliarità e residenzialità, le attività di sostegno alla fragilità, l’attenzione alle patologie croniche.

Nella riorganizzazione delle cure primarie è necessario adottare un approccio di sanità di iniziativa basata sull’epidemiologia della popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale, che garantisca per le situazioni di cronicità, complessità, fragilità e non autosufficienza la presa in carico dei bisogni e la continuità assistenziale, assicurata dai professionisti riuniti in Team mono o multiprofessionali (UCCP e AFT) mentre si riaffermano, come valori imprescindibili, dando risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute.

Il riassetto delle Cure Primarie comporta quindi la necessità di riorganizzare la medicina convenzionata (MMG, PLS e Medicina Specialistica Ambulatoriale) e tutte le figure professionali che costituiscono il Sistema della “Primary Health Care” in raggruppamenti funzionali, anche per dare attuazione a quanto previsto dalla Legge 189/2012.

IL PATTO DELLA SALUTE

Vanno delineate le caratteristiche del modello operativo della medicina di iniziativa, delle AFT, delle UCCP e del sistema informativo tenendo comunque presente che la definizione degli obiettivi e la pianificazione delle attività rientrano tra le funzioni di governance pubblica svolta dalle aziende sanitarie e dal distretto.

Il modello operativo per la medicina di iniziativa deve prevedere degli aspetti qualificanti anche per garantire uniformità ed equità di assistenza ai cittadini:

- il **superamento della frammentazione** dell'assistenza sanitaria nel territorio mediante la continuità assistenziale;
- l'affiancamento all'assistenza "reattiva" con l'assistenza "proattiva" da parte delle Medicina Generale, della Pediatria di Libera Scelta e della Specialistica Ambulatoriale Interna;
- un'assistenza **basata sulla popolazione**, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale;
- il riconoscimento che l'assistenza primaria rappresenta il punto centrale (hub) dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema, con un ruolo cardine svolto dal Distretto;
- una **maggiore caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali**, mediche e non, ferma restando la necessità di integrazione tra MMG, specialisti, altre professioni sanitarie e sociali, infermieri, in grado di farsi carico di gruppi di popolazione e di garantire loro una continuità assistenziale integrata, tenuto conto che la responsabilità clinica del paziente, e quindi il coordinamento del processo di cura, è in carico all'equipe medica (MMG/Specialisti Ambulatoriali), presa in carico del paziente anche avvalendosi di PDTA concordati e condivisi;

- l'utilità di **definire sedi fisiche di prossimità** sul territorio per l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali rivolti alla popolazione di pazienti cronici in aggiunta ai già esistenti setting assistenziali rappresentati dal domicilio del paziente o dalle strutture residenziali;

- la **presenza di sistemi informativi evoluti** in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) al fine di monitorare e valutare l'assistenza erogata al paziente cronico;

- l'**utilizzo di linee guida** in grado di tener conto della comorbilità e della complessità assistenziale e, contemporaneamente, porre attenzione alla promozione degli stili di vita e al passaggio dal solo "Approccio Linee Guida (LG) ed Evidence Based Medicine (EBM)" ad un "Approccio più Personalizzato";

- **investire sull'auto-gestione dei pazienti** e sull'empowerment in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia.

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (allo stato attuale: MMG di Assistenza primaria, MMG di Continuità Assistenziale e MMG della medicina dei servizi e domani MMG a ruolo unico con contemporaneo rapporto orario e a ciclo di fiducia), di PLS e di Medici Specialisti Ambulatoriali ed altre professionalità convenzionate interne.

Da sottolineare che, in virtù del rapporto fiduciario medico-paziente, la costituzione di una AFT della MMG individua in automatico un "bacino" di assistiti, che sono i cittadini che hanno liberamente scelto i MMG della AFT, rispetto ai quali andranno poi "costruite" tutte le risposte ai bisogni socio-sanitari.

Oltre ai MMG, numericamente più rappresentati, concorrono alle cure primarie nel territorio anche altri medici convenzionati quali i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali Interni per i quali pure sono previste le forme aggregative delle AFT e la partecipazione alle UCCP.

IL PATTO DELLA SALUTE

Le AFT sono caratterizzate, di norma, ma con flessibilità legata a particolari caratteristiche orografiche e sociali, che possono giustificare una diversa dimensione, da una popolazione di riferimento di circa 30.000 assistiti e da un numero di medici non inferiore a 20, inclusi i medici che svolgono attività a quota oraria.

L'UCCP invece è un'aggregazione, multiprofessionale, strutturata anche in un presidio, di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici Specialisti Ambulatoriali Interni convenzionati e altri Professionisti sanitari insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi.

L'UCCP garantisce le risposte complesse alla popolazione di riferimento della AFT, così come sopra individuata, avendo come riferimento PDTA condivisi, ma formulando poi un piano assistenziale personalizzato e che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, materialmente nei vari "setting" assistenziali individuati e messi a disposizione dal Distretto (ambulatori pubblici, dei medici di famiglia e/o dei Pediatri di Libera scelta, domicilio del paziente in caso di ADI, Strutture residenziali) e anche in sede unica o con una sede di riferimento, che possono essere Presidi Pubblici Territoriali - in alcune regioni chiamate "Case della Salute".

Ai medici delle AFT (MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali), dotati di diagnostica di riferimento tramite la Medicina Specialistica anche in un'ottica di integrazione, è affidata la prevenzione e la gestione completa di percorsi relativi a singole patologie croniche o alla complessità che nasce dalla contemporanea presenza di più patologie in soggetti autosufficienti o con non-autosufficienza lieve, definendo obiettivi da garantire, indicatori da verificare e risorse a disposizione per realizzare gli obiettivi (programmazione operativa). Analogamente viene affidata la gestione completa dei percorsi relativi a singole patologie per l'acuzie a bassa intensità assistenziale, cioè quelle prestazioni sanitarie episodiche non caratterizzate da elementi di urgenza o emergenza, definendo anche qui obiettivi da garantire, indicatori da verificare e risorse a disposizione per realizzare gli obiettivi (programmazione operativa).

La nostra posizione invece è nettamente differente rispetto a quella ventilata e supportata dai MMG cioè sulla possibilità, tra i medici della AFT della MMG, di individuare tra loro nuove abilità professionali, nuove “expertise”, individuando medici che possano svolgere un ruolo da “first opinion” prima di attivare lo specialista, “second opinion”, oppure in grado di effettuare diagnostica di primo livello (ecografia generalista, ecg, spirometria, Holter,...) in quanto, secondo noi, il Paziente merita sempre una prestazione specialistica di alta competenza professionale, sia per l’acuzie che per la cronicità, che dovrà sempre tenere conto soprattutto della qualità della stessa e che a nostro avviso è raggiungibile solo se svolta esclusivamente da medici “specialisti titolari di incarico” infatti, questi, operando in modo continuo nel SSN, sono da anni necessariamente ed obbligatoriamente formati ed aggiornati allo scopo; questo modello organizzativo supera la necessità di ricorrere ad altre attività assistenziali di tipo “occasionale” notoriamente riconosciute dalla comunità scientifica di scarsa efficacia.

Pertanto sarà il team multiprofessionale, cioè la UCCP, proprio in un’ottica di appropriatezza e qualità della risposta a differenti livelli di intensità assistenziale, a trattare tutti quei pazienti affetti da patologie croniche in cui la presenza di situazioni di comorbilità, fragilità e non-autosufficienza richiede l’adozione di un approccio integrato e multidisciplinare, nonché i pazienti affetti da patologie acute a bassa intensità assistenziale.

Posto che la definizione degli obiettivi e la pianificazione delle attività devono rientrare tra le funzioni di governance pubblica svolta dalle aziende sanitarie attraverso il Distretto “funzionalmente forte” sono auspicabili sperimentazioni organizzative che riportino le AFT ed in particolare i MMG e I PLS, all’interno dell’organizzazione distrettuale, in quanto gli Specialisti Ambulatoriali ne fanno già parte da tempo.

IL PATTO DELLA SALUTE

Un aspetto particolare della integrazione multiprofessionale è rappresentato dalla reale partecipazione alle UCCP degli Assistenti sociali per garantire la quale è necessario realizzare:

- gestione integrata del servizio socio-assistenziale erogato dai Comuni e socio-sanitario erogato dalle ASL, a livello distrettuale;

- integrazione reale delle attività sociali con quelle sanitarie fin dalla fase di programmazione, nazionale e regionale;

- integrazione operativa a livello di UCCP di un unico punto di accoglienza della domanda di aiuto, sia sociale che sanitaria ed inserimento nel Team multiprofessionale della UCCP di un solo Assistente Sociale che contribuisca alla valutazione complessiva dei bisogni ed alla definizione delle opportune risposte integrate, fungendo poi da tramite per la attivazione delle diverse aree di attività in cui è organizzato il Servizio Sociale;

- adozione da parte del Team della UCCP, integrato dall'Assistente Sociale, degli strumenti di valutazione multidimensionale e di definizione per ogni singolo soggetto di un unico progetto assistenziale personalizzato integrato sociale e sanitario.

Per quanto riguarda i sistemi informativi è necessario dotare le AFT di una "rete" clinica di condivisione dei dati dei cittadini che per scelta fiduciaria si riferiscono ai medici della AFT (MMG, PLS e Specialistica Ambulatoriale), oggi modernamente rappresentata da un "cloud" dedicato, che garantisca, nel rispetto delle norme vigenti in tema di privacy, la necessaria condivisione dei dati clinici a supporto di una effettiva ed efficiente continuità delle cure H24 e che supporti le attività di self-audit e di peer review che sono alla base del processo di miglioramento delle performances professionali: rete clinica di AFT in grado di interfacciarsi ed interoperare con le reti delle Aziende USL andando a costituire l'ossatura del Sistema Informativo aziendale e regionale.

Sia le AFT che le UCCP:

- condividono gli obiettivi annuali di budgeting – programmazione operativa con la Direzione di Distretto;
- perseguono il governo clinico attraverso l'appropriatezza con incontri periodici a carattere di audit organizzativo, nelle quali vengono discusse le performance quali: farmaceutica, specialistica, screening ed altro;
- hanno un sistema informativo unico che si basa sulla cartella clinica condivisa che nelle AFT sarà ad uso monoprofessionale e nelle UCCP sarà multiprofessionale.

Il comma 9 così recita: *“Nell’ambito dei processi di attivazione delle AFT e delle UCCP, alla luce di quanto sancito dall’intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, dovrà essere prevista a livello distrettuale una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore”.*

Questo comma 9 prevede alla luce dell’Accordo Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012 la presenza all’interno di ogni distretto di un medico esperto sulle tematiche legate alla terapia del dolore; un “palliativista”.

L’Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012, citato prevede *“Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”* e tra le varie disposizioni a pagina 5 nel capoverso con titolo *“Rete locale di Cure Palliative”* così recita: *“La rete locale di Cure Palliative, è una aggregazione funzionale e integrate delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definite a livello regionale. La funzione di coordinamento viene affidata a una Struttura specificatamente dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza ai sensi dell’articolo 5, Comma 2, Legge 38/2010. Le funzioni di coordinamento sono quelle previste nell’Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 16/12/2010”.*

IL PATTO DELLA SALUTE

Nello stesso documento quando si parla di Assistenza Domiciliare – Unità di cure palliative domiciliari si descrivono:

“- gli interventi di base garantiscono un approccio palliativo attraverso l’ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia: Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Le cure richiedono interventi programmatici in funzione del progetto individuale”

- gli interventi di equipe specialistiche multiprofessionali dedicate: sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all’instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmatici ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale. Ai fini dell’individuazione delle figure professionali, si fa riferimento all’Allegato 2.

¹ Al. n. 2 Standard qualificanti l’operatività della rete di cure palliative domiciliari

Estratto dal documento della Commissione Nazionale LEA riguardante la caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio

Profilo di cura	Complessità	Copertura assistenziale
Cure Palliative malati terminali	Infermiere Professionisti della Riabilitazione Dietista) Psicologo Medico e/o Medico Specialista Operatore socio sanitario	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica 24 ore

Le cure sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, farmacologico e diagnostico a favore di persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmatici articolati sui 7 giorni nonce pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver.

Le cure Palliative Domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di una equipe professionale e la definizione di un "Piano di cure personalizzato".

A prima vista non si capisce la ratio di questo articolo - perchè solo una figura? A meno che non si vuole mantenere solo un coordinamento di attività ed aprire la strada all'esterno a qualche altra figura medica o professionale, a qualche "associazione" o "cooperativa" in quanto il requisito di questa figura è quello di essere solo "esperto e formato" alle tematiche della terapia del dolore.

Chi vivrà...vedrà!!

E' chiaro che per quanto riguarda la Specialistica Ambulatoriale l'AFT formata da medici specialisti e Psicologi ambulatoriali trova la sua naturale collocazione nell'organizzazione e nella presenza nelle equipe specialistiche multiprofessionali sopra descritte.

La specialistica ambulatoriale ha quindi già tutte le carte in regola per garantire, ai cittadini, l'assistenza da parte di professionisti con elevato livello di competenza nell'ambito delle cure palliative e della terapia del dolore.

IL PATTO DELLA SALUTE

Il comma 10 “In continuità con quanto previsto nell’Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014 e in riferimento all’Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011 (Rep. Atti N.44/CU), al fine di migliorare la qualità dell’assistenza delle persone in condizione di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti, le Regioni provvedono a definire soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata, che di assistenza residenziale in Speciali Unità di Accoglienza Permanente”.

Questo comma 10 non ha necessità di uno specifico commento in quanto da mandato alle Regioni per definire modelli e soluzioni di assistenza domiciliare integrata per migliorare la qualità dell’assistenza delle persone in condizione di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti ed anche di assistenza residenziale in Speciali Unità di Accoglienza Permanente”.

Il comma 11 dell’Art. 5 prevede che: “Per la verifica della reale attuazione della riorganizzazione delle cure primarie e per il monitoraggio della appropriatezza, qualità, efficacia ed efficienza dell’erogazione dell’assistenza, la Cabina di regia del NSIS, ai sensi dell’art.3 dell’intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Procincie Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, determina le modalità e i tempi di realizzazione, i contenuti informativi, il periodico aggiornamento nell’ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ambito delle cure primarie, anche attraverso l’utilizzo delle infrastrutture del sistema Tessera sanitaria, di cui all’articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n.269, convertito con modificazioni di legge 24 novembre 2003 n.326, senza ulteriori oneri a carico della contrattazione nazionale per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta e per la specialistica ambulatoriale, nonché dei pertinenti accordi integrativi. Resta fermo quanto previsto in materia di interconnessione a livello nazionale dei flussi informativi su base individuale dell’art. 15, comma 25-bis, del decreto legge 6 luglio 2012, n.95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n.135”.

Il comma 11 prevede che la cabina di regia del NSIS dovrà determinare le modalità e i tempi di attuazione, i contenuti informativi, il periodico aggiornamento del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito delle cure primarie, anche attraverso l'utilizzo delle infrastrutture del sistema Tessera sanitaria, senza ulteriori oneri a carico della contrattazione nazionale per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta e per la specialistica ambulatoriale, nonché dei pertinenti accordi integrativi.

Il comma 12 prevede l'attivazione di un numero di telefono unico il 116.117 dedicato al servizio di cure mediche non urgenti per il Servizio di Guardia medica non urgente.

Il comma 13 prevede che le Regioni adottino specifici provvedimenti per assicurare percorsi differenziati per l'assistenza in emergenza urgenza e per la gestione dei codici di minore gravità ai sensi dell'accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013.

Il comma 14 così recita: *“Le Regioni, sulla base della propria programmazione e tenendo conto dei diversi livelli di servizio, provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di forme organizzative di cui alla lettera b-bis), dell'articolo 1, comma 4 della legge n.189 del 2012 sulla base dell'ACN e dei conseguenti accordi regionali ed aziendali, anche riutilizzando le risorse precedentemente destinate alla remunerazione dei fattori produttivi”.*

IL PATTO DELLA SALUTE

Il comma 14 conferisce alle Regioni di provvedere alla dotazione strutturale, strumentale e di forme organizzative di cui alla lettera b-bis) dell'art.1 della 189/2012 che così recita:

“Art.1 comma 4 b-bis) Nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori”;

sulla base della propria programmazione e tenendo conto dei diversi livelli di servizio, riutilizzando le risorse precedentemente destinate alla remunerazione dei fattori produttivi della Medicina Generale che a nostro avviso dovrà trovare soluzione negoziale nei nuovi ACN in quanto legata all'attuale remunerazione della Medicina Generale Convenzionata.

Il comma 15 prevede che *“Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo”.*

Questo comma lascia molto spazio alla trattativa per i nuovi ACN dicendo tutto e niente e focalizzandosi sulle responsabilità del singolo professionista e/o dell'equipe nonché sulle funzioni ed i rapporti tra i professionisti nonché "dulcis in fundo" abbandonando una logica gerarchica per una logica di governance..... vedremo!

Il comma 16: "Al fine assicurare la progressiva qualificazione ed efficientamento delle reti di assistenza territoriale, le Regioni sviluppano indicatori di processo, che tengano comunque conto della specificità di contesto delle singole realtà locali".

Appare pleonastico fare ulteriori considerazioni su questo comma 16 dell' Art. 5 che appare abbastanza chiaro in quanto demanda alle Regioni la definizione degli indicatori di processo, che tengano comunque conto della specificità di contesto delle singole realtà locali".

Il comma 17 appare di particolare importanza: "Al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale, si fa riferimento a quanto rappresentato al punto 10.1 Ospedali di comunità di cui allo schema di regolamento recante – Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art.1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito con modificazioni della legge 7 agosto 2012, n. 135, e si conviene di stipulare, entro il 31 ottobre 2014, un'intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano:

IL PATTO DELLA SALUTE

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio /strutturale e familiare);

- di assistenza / sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

L'intesa definisce altresì gli appropriati percorsi clinico-assistenziali, autorizzativi e tariffari di tali strutture, nonché gli standard dei posti letto territoriali".

Pertanto il comma 17 prevede che entro il 31 ottobre 2014 lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano stipulino un accordo per definire i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dei presidi in cui i Medici di Medicina Generale, dai PLS e da altri Specialisti e professionisti dipendenti o convenzionati dovranno assicurare l'assistenza effettuando ricoveri brevi per casi complessi quando di interventi sanitari potenzialmente non siano erogabili a domicilio, assicurando anche assistenza / sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, sempre quando questa non sia erogabile a domicilio.

Il comma 18 demanda alla cabina di regia del NSIS il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito appunto dei Presidi Residenziali di Assistenza Primaria e Ospedali di Comunità.

Il comma 19 prevede che in vista dell'adozione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nei termini fissati dal comma 2 dell'articolo 1 del DPCM 29 novembre 2001 è integrata dalle regioni e Province Autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati al Patto della Salute 2010-2012.

Si conferma che le Regioni e le Province Autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero, previo il loro inserimento nel nomenclatore della medicina specialistica ambulatoriale con specifica definizione e relativo codice, in regime ambulatoriale.

Per l'inserimento nel nomenclatore le Regioni e le Province autonome individueranno per le singole prestazioni o pacchetti di prestazioni la definizione, la codifica, le eventuali limitazioni all'erogazione (H, R, ecc.) e, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di compartecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del SSN rispetto all'erogazione in regime ospedaliero, provvedendo alla trasmissione telematica di tali informazioni al Sistema tessera Sanitaria e tenendo conto dei procedimenti di controllo (ex DM 11/12/2009) delle eventuali esenzioni dalla compartecipazione alla spesa.

Il comma 20 prevede che il Ministero della Salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze e le Regioni istituiscano un tavolo di lavoro con lo scopo di rendere omogenea la codifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per aggiornare ed ottimizzare il sistema di rilevazione e trasmissione delle informazioni delle prestazioni erogate per consentire la corretta lettura ed interpretazione dei dati relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale inseriti dalle Regioni nel Sistema tessera Sanitaria.

Tale tavolo di lavoro inoltre dovrà individuare anche la modalità per la trasmissione telematica NSIS dei tariffari regionali e dei relativi aggiornamenti.

IL PATTO DELLA SALUTE

Il comma 21, di poche righe ma di grande importanza per l'attività territoriale con sicure ricadute sull'attività della specialistica ambulatoriale e delle altre componenti mediche convenzionate la MMG e la PLS riguarda la definizione del Piano Nazionale della Cronicità. Il testo del comma è il seguente: *“Al fine di definire le principali linee di intervento nei confronti delle principali malattie croniche, il Ministero della Salute, entro il 31 dicembre 2014, predispone il “Piano nazionale della cronicità” da approvare con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano”.*

Il comma 22 prevede che la cabina di regia del NSIS determini le modalità e i tempi di realizzazione, i contenuti informativi ed il periodico aggiornamento del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni di riabilitazione effettuate in strutture territoriali nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Il comma 23 parla dell'assistenza sanitaria nelle isole minori nel quale è previsto che entro il 31 dicembre 2014, con specifico Accordo Stato Regioni venga istituito l'Osservatorio Nazionale per la verifica ed il monitoraggio dei livelli di assistenza sanitaria erogata appunto nelle isole minori.

Infine i commi 24, 25, 26 e 27 dell'art. 5 parlano dell'Assistenza in emergenza urgenza territoriale 118.

In particolare questi commi si interessano di rispettivamente:

- affidare all'AGENAS la definizione del bacino di utenza delle centrali operative in relazione alla disponibilità delle nuove tecnologie informatiche e telefoniche (comma 24);

- l'attivazione, su tutto il territorio nazionale, del numero unico Europeo di Emergenza 112 (comma 25);

IL PATTO DELLA SALUTE

- criteri di accreditamento dei servizi di trasporto e soccorso sanitario e definizione la dotazione di attrezzature e dei presidi, l'allestimento dei mezzi di soccorso e i requisiti di dotazione organica quali-quantitativa del personale mediante stipula di un Accordo Stato-Regioni 8comma 26);

- l'attuazione delle disposizioni riguardanti l'emergenza territoriale non deve far derivare nuovi oneri a carico della finanza pubblica (comma 27).

ARTICOLO 6 – ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA –

Questo articolo del nuovo Patto della Salute interessa la nostra categoria ed in particolare chi opera nell'area della Non Autosufficienza, della Disabilità, della Salute Mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'Assistenza ai minori e delle Dipendenze.

Si definiscono i criteri di accesso alla rete integrata dei servizio socio-sanitari attraverso il "Punto Unico" che indirizza il cittadino al percorso sociosanitario e socioassistenziale adeguato alle sue condizioni e necessità (comma 3).

Per l'individuazione del setting di erogazione delle prestazioni sociosanitarie (domiciliare, territoriale ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) e l'ammissione ad un livello appropriato di intensità assistenziale si fa ricorso alla valutazione multidimensionale effettuata con uno strumento valutativo del quale sia stata verificata la corrispondenza con gli strumenti già concordati dalle Regioni con il Ministero della Salute (comma 4).

IL PATTO DELLA SALUTE

La valutazione multidimensionale accerta la presenza delle condizioni cliniche e delle risorse ambientali, familiari e sociali, incluse quelle rese disponibili dal Sistema dei servizi sociali, che possano consentire la permanenza al domicilio della persona non autosufficiente (comma 5).

Il piano di prestazioni personalizzato, invece, formulato dall'equipe responsabile della presa in carico dell'assistito, individua gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali che i servizi sanitari territoriali e i servizi sociali si impegnano a garantire, anche in modo integrato, secondo quanto previsto per le rispettive competenze (DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i (comma 6).

Le Regioni e le Province Autonome, al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai malati cronici non autosufficienti, a conferma ed integrazione di quanto già stabilito dal precedente Patto della Salute 2010-2012 ciascuna in relazione ai propri bisogni territoriali rilevati, adotta o aggiorna i progetti di attuazione dei precedenti commi dando evidenza:

- del fabbisogno dei posti letto, espresso in funzione della popolazione da assistere presso le strutture residenziali e semiresidenziali destinate ai malati cronici non autosufficienti, ai disabili, alle persone con disturbi psichiatrici, ai minori e alle persone con dipendenze, articolato per intensità assistenziale e per durata e con evidenza di proporzione tra assistiti in regime residenziale e in regime domiciliare;

- del fabbisogno, espresso in funzione della popolazione da assistere e l'organizzazione delle cure domiciliari sanitarie e socio-sanitarie articolate per intensità, complessità e durata dell'assistenza;

IL PATTO DELLA SALUTE

- delle modalità di integrazione nelle Unità Valutative Multi Dimensionali (UVMD) di tutte le professionalità, anche al fine di garantire una gestione integrata delle risorse impiegate nel progetto assistenziale (comma 7).

Le Regioni si impegnano ad armonizzare i servizi socio-sanitari individuando standard minimi qualificanti di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie che saranno definite anche in relazione al numero e alla tipologia del personale impiegato (comma 8).

ARTICOLO 7 ASSISTENZA SANITARIA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI –

Questo articolo prevede che le Regioni e le Province Autonome entro il 30 settembre 2014, in sede di Conferenza Stato Regioni si impegnino ad approvare le “Linee Guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”.

IL RUOLO DELLO SPECIALISTA E DEL PROFESSIONISTA

La proposta di una Assistenza Territoriale Integrata, come rappresentata dal patto della Salute 2014-2016, ai sensi della così detta legge Balduzzi 189/2012 e l'avvio della trattativa per i nuovi AA.CC.NN. dei rapporti convenzionali, si manifesta nello sviluppo di una collaborazione fra più professionisti convenzionati (Specialisti Ambulatoriali e Psicologi Biologi, Chimici, Veterinari convenzionati Interni, MMG, PLS).

Ogni professionista secondo il nostro punto di vista, dovrà operare ognuno specificatamente per le proprie competenze, facendo chiaramente attenzione ad evitare il sovrapporsi di funzioni con il fine di mantenere alta la qualità del servizio offerto ai Cittadini e che renda possibile lo scambio di opinioni e pareri clinici, anche tramite:

- la condivisione di spazi e di attrezzature per una loro ottimale fruizione;
- l'utilizzo più efficiente delle professioni sanitarie;
- la garanzia di una copertura oraria maggiore dell'attività sia ambulatoriale che domiciliare;
- la possibilità di un'organizzazione del lavoro più flessibile;
- l'effettuazione di visite e altre prestazioni secondo protocolli pre-determinati

Tra i principali aspetti che riteniamo qualificanti dell'Assistenza Territoriale Integrata:

- La garanzia della **"continuità delle cure"**, mediante una gestione integrata del Paziente da parte dei vari attori dei servizi territoriali (Specialisti Ambulatoriali e Psicologi Convenzionati Interni, MMG, PLS) e l'Ospedale;

IL RUOLO DELLO SPECIALISTA E PROFESSIONISTA

- La realizzazione di un processo organizzativo che garantisca un'efficace continuità dell'assistenza mediante la riduzione del ricorso improprio al Pronto Soccorso e dei ricoveri inappropriati anche con l'attivazione di **"percorsi specialistici assistenziali"** o **"Percorsi Diagnostico Terapeutici Ambulatoriali (PDTA)** sia presso le Unità Complesse Cure Primarie UCCP e i poliambulatori pubblici territoriali tramite gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni organizzati in Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT);

- La realizzazione di un giusto e virtuoso **"riequilibrio fra ospedale e territorio"** propedeutico ad una redistribuzione delle risorse e delle competenze, basata sull'individuazione del livello di assistenza e della sede per l'erogazione della prestazione appropriata in considerazione dei principi di qualità, efficacia, efficienza ed economicità, nonché nel rispetto dei principi etici;

- Il perseguimento del **"coordinamento funzionale"** dell'attività degli Specialisti Ambulatoriali e Psicologi Convenzionati Interni, dei MMG e PLS, con le attività del distretto;

- La realizzazione di forme di **"maggiore fruibilità e accessibilità"** dei servizi e delle attività territoriali da parte dei Cittadini, prevedendo da parte dei medici la fruibilità di spazi comuni, potendo utilizzare in via sperimentale, almeno uno per Distretto, la **"riconversione di presidi sanitari in UCCP"**;

- L' utilizzazione degli strumenti della **"rete"** e della **"telemedicina"** per la gestione del Paziente in sede domiciliare, nelle località disagiate, montane e nelle isole minori;

IL RUOLO DELLO SPECIALISTA E PROFESSIONISTA

- La dotazione, nelle aree metropolitane, di supporti tecnologici ed informativi attivi per **“collegare tra loro i professionisti”** tra UCCP e AFT operanti nei loro ambulatori e poliambulatori pubblici consentendo la **“condivisione delle informazioni e l’integrazione”** di tutti i medici e professionisti del territorio (Specialisti Ambulatoriali e Psicologi Convenzionati Interni, MMG, PLS) con l’ospedale e con gli attori del sociale;

- La creazione di **“stretti rapporti con il distretto”**, con l’ospedale e con gli altri poli della rete integrata;

- Diventare il punto di riferimento dell’assistenza territoriale; intercettando la domanda, soddisfacendola e per quanto è possibile, governandone i successivi eventuali percorsi sanitari e sociali, in un’ottica di **“appropriatezza”**.

Tra le numerose aree di possibile sviluppo, l’Assistenza Territoriale Integrata potrà giocare un ruolo di primo piano nella gestione delle patologie croniche mediante:

- L’ **“Integrazione tra UCCP e strutture poliambulatoriali territoriali satellite ed ospedale”** nel portare avanti nuovi **“percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali”**;

- la raccolta in un **“unico punto di riferimento”** delle competenze per l’assistenza delle patologie croniche oggi in notevole aumento in quanto dovute sia all’invecchiamento della popolazione che al miglioramento delle cure disponibili;

- la creazione di nuovi servizi di **“telemedicina/teleconsulto”** sfruttando le nuove tecnologie esistenti.

IL RUOLO DELLO SPECIALISTA E PROFESSIONISTA

Nell'ambito dell'assistenza territoriale integrata e grazie alla disponibilità di un medico 24 ore su 24 e sette giorni su sette, sarà possibile disegnare e sperimentare anche nuovi percorsi di "**dimissioni**" e/o di "**ammissioni protette**", sfruttando anche la disponibilità di alcuni posti letto (per osservazione dei Pazienti) o di canali preferenziali per l'ammissione protetta nelle strutture specialistiche territoriali o in ospedale per acuti.



AFT

SPECIALISTI E PROFESSIONISTI

NORMATIVA ATTUALMENTE VIGENTE

(Disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni) approvato il 29 luglio 2009)

ART. 30 BIS

AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE DEI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI E DEGLI PSICOLOGI CONVENZIONATI

1. Con le aggregazioni funzionali si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici specialisti ambulatoriali e degli psicologi convenzionati per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

2. I medici specialisti ambulatoriali e gli psicologi convenzionati partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali.

3. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, le Regioni, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, individuano le aggregazioni funzionali sulla base del seguente criterio:

- Pluralità di specialisti operanti in ambito distrettuale e/o aziendale individuato dalla programmazione regionale in funzione del numero di specialisti ambulatoriali e di psicologi convenzionati presenti.

AFT SPECIALISTI E PROFESSIONISTI

4. L'attività dell'aggregazione funzionale viene coordinata dal coordinatore aziendale, qualora previsto dalle norme regionali, o distrettuale di cui al comma 2, art. 28 del presente ACN. In assenza del coordinatore aziendale, tale funzione viene garantita da uno dei coordinatori distrettuali.

5. Nell'ambito degli accordi regionali vengono definite le modalità di partecipazione dei medici e degli psicologi convenzionati alle aggregazioni funzionali sulla base dei criteri di cui al comma 3 nonché la scelta del coordinatore di cui al comma 4.

6. I medici e gli psicologi convenzionati partecipano all'aggregazione funzionale indicata dalla Regione 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 interdisciplinare e con l'assistenza ospedaliera;
- 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"; sia tra i professionisti appartenenti alla stessa branca, sia tra i professionisti appartenenti a branche diverse impegnati nell'affrontare problemi comuni sotto il profilo diagnostico, clinico e terapeutico;
- 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.

7. L'aggregazione funzionale persegue le finalità di cui al comma 6 attraverso:

- l'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;
- la condivisione delle proprie attività con l'Azienda o con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi. In questo contesto, il responsabile di branca di cui all'art. 30, comma 2 del presente ACN può svolgere una funzione di integrazione e coordinamento tra professionisti della stessa branca in particolare qualora gli stessi appartengano ad aggregazioni funzionali diverse;
- la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con l'Azienda o con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma 6.

DEFINIZIONE

L'Aggregazione Funzionale Territoriale Specialistica (AFT) è un insieme organizzato la cui componente medica e professionale monoprofessionale e multidisciplinare è composta esclusivamente da Medici Specialisti Ambulatoriali, Biologi, Chimici, Psicologi e Veterinari Convenzionati Interni, con le dotazioni strutturali e strumentali necessarie per lo svolgimento delle attività specialistiche.

Questa è in grado di garantire, attraverso la realizzazione di una migliore possibilità di accesso ed una maggiore semplificazione delle procedure di accettazione, in maniera integrata, organizzata, e coordinata, tutti i servizi specialistici territoriali di elezione e di primo intervento dei quali il cittadino può avvalersi in caso di bisogno sanitario di natura specialistica diventando quindi il **"gruppo clinico specialistico di riferimento"** capace di dare **"la risposta"** ad ogni caso clinico di competenza specialistica che non necessita di ricovero ospedaliero.

AFT SPECIALISTI E PROFESSIONISTI

PERSONALE

L'art. 30 bis del nuovo ACN prevede nell'ambito della Aggregazione Funzionale Territoriale dei Medici Specialisti Ambulatoriali e Psicologi Convenzionati Interni, come sopra descritto, coadiuvata da personale infermieristico ed amministrativo presente nei presidi o nei luoghi dove si eroga attività specialistica.

TIPOLOGIA DI AFT SPECIALISTI E PROFESSIONISTI

La individuazione della Tipologia di Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici Specialisti Ambulatoriali, degli Psicologi e degli altri professionisti (AFT) deve tenere conto dei seguenti fondamentali parametri di riferimento e precisamente:

- della densità residenziale (**alta, media, bassa**) rapportata al numero dei cittadini residenti nel territorio di competenza;
- della "**distribuzione**", della "**struttura**" e dell' "**incidenza di patologia**" della popolazione sul territorio medesimo;
- delle "**condizioni**" e delle "**caratteristiche geomorfologiche**" delle zone interessate;
- dei "**presidi sanitari territoriali pubblici già esistenti**";
- del "**sistema viario esistente**";
- del "**sistema di trasporto pubblico**" e dei tempi di percorrenza tra zone e zone;
- delle eventuali "**zone disagiate**" esistenti sul territorio.

FUNZIONI

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici Specialisti Ambulatoriali e degli Psicologi Convenzionati Interni dovranno diventare il principale punto di riferimento nell'ambito dei percorsi attivati dal MMG-PLS, sia per l'acuzie che per la cronicità.

Attivato il percorso ogni Aggregazione Funzionale Territoriale Specialistica (AFT) **“avrà in gestione diretta il Paziente fino alla diagnosi”** programmando visite specialistiche, prescrizioni di esami di laboratorio o strumentali, consulti con i vari specialisti che ne fanno parte (**percorso interno**) ovvero si invierà il Paziente direttamente al ricovero o a prestazioni di day hospital (**percorso esterno**).

Per entrambe le tipologie di percorsi deve esistere un filo diretto tra specialista ed altri specialisti interni ovvero tra questo e i MMG-PLS e la struttura ospedaliera.

Nel caso del **“percorso interno”**, quota parte dell'orario settimanale va destinata alla attività effettuata all'interno dell'Aggregazione Funzionale Territoriale Specialistica nelle discipline di volta in volta ritenute necessarie (Day Service). Tale percorso interno è finalizzato a garantire, attraverso un percorso agevolato, l'iter diagnostico-terapeutico più efficace in relazione alla complessità del quadro clinico.

Nel caso del **“percorso esterno”**, la possibilità di comunicazione diretta con un referente del reparto specialistico ospedaliero al fine di programmare quella attività di ricovero ovvero di diagnostica di alta tecnologia.

Il supporto al Paziente si caratterizza nel superamento del disagio determinato dal suo peregrinare da un servizio all'altro per la prenotazione di visite/accertamenti successivi (attraverso la contemporanea migliore organizzazione dei servizi e l'integrazione tra i vari specialisti) mantenendo quella continuità anche fisica con lo specialista (attraverso la garanzia di rapporto con lo stesso medico che inizia l'iter diagnostico-terapeutico) sintetizzando tutto questo **nella presa in carico del Paziente, "senza fermate intermedie"**.

"L'Aggregazione Funzionale Territoriale Specialistica (AFT)" può operare nell'arco delle dodici/ventiquattro ore al giorno, disponendo di una rete informatica locale, a sua volta collegata alle reti informatiche aziendali e a quelle degli studi dei MMG e dei PLS e con tutti gli altri presidi territoriali integrati.

Opera in collaborazione con il personale infermieristico ed il personale di supporto amministrativo.

Deve erogare visite specialistiche, prestazioni di diagnostica per immagini (ecografie, radiografie, TC, RM ecc.) e di laboratorio, consulti specialistici interdisciplinari e con il MMG e/o PLS, prestazioni specialistiche organizzate mediante percorsi interni coordinati e predefiniti per **alcuni** gruppi di patologie, programmare prestazioni specialistiche domiciliari su richiesta del MMG e del PLS o di altro specialista.

Per quanto riguarda la gestione delle malattie croniche, le Aggregazioni Funzionali Territoriali Specialistiche avranno a disposizione specialisti con un sufficiente numero di ore delle branche a visita e di diagnostica strumentale e per immagine necessarie per ogni singola patologia cronica garantendo così la **"presa in carico di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche riducendo il ricorso ai "ricoveri impropri e ai codici bianchi in pronto soccorso" in stretta collaborazione con i MMG e i PLS.**

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali Specialistiche assieme alle altre Aggregazioni Funzionali dei MMG, PLS, dovranno diventare quindi, quel punto territoriale di riferimento certo per il cittadino dove ottenere l'erogazione delle prestazioni a bassa intensità assistenziale così come l'ospedale deve concentrarsi sugli eventi acuti caratterizzati da attività a media ed alta intensità assistenziale, ed in presenza di urgenza o emergenza.

DIMENSIONE

La dimensione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici Specialisti Ambulatoriali e degli Psicologi (AFT) e la loro potenzialità erogativa assistenziale dovrà essere parametrata e proporzionata, secondo le necessità, principalmente alla densità demografica territoriale, tenuta a calcolo per la scelta della zona presso cui istituirle.

A tale proposito si effettuerà pertanto la determinazione, di seguito meglio specificata, del **"fabbisogno effettivo"** di ore di specialistica convenzionata interna calcolato mediante il **"coefficiente specifico di ore di specialistica ambulatoriale convenzionata interna"** al pari del **"rapporto ottimale"** per i medici di medicina generale.

Occorre infatti, in fase progettuale, prevedere che le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici Specialisti Ambulatoriali e degli Psicologi (AFT) siano dotate, di un sufficiente numero di branche specialistiche necessarie per tutte le loro attività, anche specifiche ad alcune patologie (es. equipe per le malattie croniche) e delle attrezzature e di personale in numero sufficiente da evitare qualsiasi impiego irrazionale di risorse, e sottoutilizzazione delle strutture.

AFT SPECIALISTI E PROFESSIONISTI

PRINCIPI

Tre principi fondamentali devono caratterizzare sempre tutte le Aggregazioni Funzionali Specialistiche Territoriali (AFT):

- **La qualità delle prestazioni:** il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e la presenza di personale medico specialista convenzionato interno e di psicologi che operano in ambito specialistico pubblico e quindi obbligatoriamente e costantemente aggiornato;

- **La economicità della gestione:** tramite la piena utilizzazione della struttura sede dell'AFT;

- **L'efficacia e produttività del servizio:** tramite la piena autonomia funzionale e gestionale dell'AFT così come prevista dagli AA.CC.NN.

CRITERI PER L'ISTITUZIONE DI UNA AFT SPECIALISTICA

Di seguito si cercherà di definire la proposta del SUMAI Assoprof riguardo il metodo per l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici Specialisti Ambulatoriali e degli Psicologi come previste dall'art.30 bis dell' A.C.N. 29 luglio 2009.

Le Modalità proposte si basano **sul calcolo del fabbisogno di ore di branche specialistiche e dei professionisti per una specifica area territoriale** in quanto ritenute necessarie per le attività preposte con il fine di soddisfare il bisogno di salute ed in particolare tutti gli interventi strettamente specialistici che non richiedano ricovero **migliorando così l'economicità** del servizio.

Il servizio, merita ricordarlo, dovrà sempre tenere conto soprattutto **della qualità** dello stesso e che a nostro avviso è raggiungibile solo se svolto da medici **“titolari di incarico”** per la specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

Gli Specialisti ed i Professionisti convenzionati interni operanti esclusivamente e da anni in modo continuo nel SSN nell'attività specialistica, necessariamente ed obbligatoriamente formati ed aggiornati allo scopo, dovranno essere utilizzati in esclusiva nella creazione delle UCCP e nelle attività ad integrazione con altri sanitari operanti nel territorio, evitando così il ricorso da parte di altre figure ad altre attività assistenziali di tipo “occasionale” o di “interesse” o “vocazionale” spesso oggi sponsorizzate, evocando fantomatici risparmi economici ed ottimizzazione di risorse, e notoriamente riconosciute dalla comunità scientifica poco auspicabili e di scarsa efficacia, non garantendo infatti al cittadino/utente una prestazione specialistica sicuramente di livello, spacciata come “first opinion” e che inevitabilmente potrebbe comportare una scelta da parte del Paziente al ricorso al Pronto Soccorso o al ricovero improprio in ospedale.



UCCP

SPECIALISTI E PROFESSIONISTI

NORMATIVA ATTUALMENTE VIGENTE

(Disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni) approvato il 29 luglio 2009)

ART. 31 BIS

REQUISITI E FUNZIONI MINIME DELL'UNITA' COMPLESSA DELLE CURE PRIMARIE

1. Nell'ambito del processo di programmazione volto a definire le unità complesse delle cure primarie, la Regione consulta le organizzazioni sindacali firmatarie del presente ACN. I modelli dell'unità complessa delle cure primarie possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orogeografiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.

2. Gli accordi regionali con le OO.SS. dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità complessa delle cure primarie, nonché le modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti. Per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse delle cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla unità complessa delle cure primarie, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area.

Nell'ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso l'erogazione in forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico. Fino ai predetti accordi regionali, restano in essere le indennità e incentivazioni richiamate dal presente comma, nonché le forme organizzative previste dai precedenti accordi regionali.

3. L'unità complessa delle cure primarie è costituita dai medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali. L'unità complessa delle cure primarie opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espleta le seguenti funzioni di base:

- assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
- realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti, va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
- impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;

- sviluppare la medicina d’iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell’infanzia e dell’adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;

- contribuire all’integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall’assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

4. Dall’entrata in vigore del presente accordo, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all’interno delle unità complesse delle cure primarie attivate con gli accordi di cui al comma 2.

DEFINIZIONE

L’Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) è da intendersi come la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione.

In essa si realizza la prevenzione per tutto l’arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del ben-essere sociale.

La realizzazione dell’UCCP è uno degli obiettivi che il Ministero ha identificato per un potenziamento del sistema di cure primarie. Come tale essa è parte integrante del programma del Ministero della Salute ed è prevista nel Patto della Salute 2014-2016 nell’Art.5 – Assistenza Territoriale -.

La istituzione della UCCP ha come principale obiettivo quello di favorire , attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, principi fondamentali, affermati esplicitamente dalla legge n. 229/'99 e dalla legge n. 328/2000, ma finora scarsamente applicati.

La realizzazione della UCCP è ovviamente possibile laddove le condizioni geografiche di non eccessiva dispersione territoriale consentano l'aggregazione dei servizi e non comportino una difficoltà di accesso per i cittadini.

Per tale motivi l' UCCP deve intendersi come un presidio delle aree sub distrettuali indicato da molti come corrispondente all'incirca ad un bacino di 5-10.000 persone

PERSONALE

L'Unità Complessa Cure Primarie (UCCP) si concretizza come realtà in cui specialisti ambulatoriali, medici di famiglia, pediatri di libera scelta, infermieri e "operatori sociali" integrano il proprio lavoro per prendere in carico il paziente, e specialmente quella larga fascia di persone afflitte da malattie croniche, da multi patologie o da patologie acute a basso impatto assistenziale.

Tutti gli attori del sistema sanitario dovranno concorrere ad elaborare la cura, programmare gli eventuali controlli diagnostici, educare lo stesso paziente allo stile di vita più adeguato per condurre una vita il più normale possibile in relazione alla sua patologia.

Non più scollegati tra loro ma in una rete efficace che sia in grado di coprire le 24 ore e che garantisca una comunicazione costante tra i soggetti coinvolti. In questa prospettiva nessuna professionalità può essere esclusa. Gli infermieri, per esempio, hanno un non piccolo ruolo nell'assistenza e tale specificità deve essere rinforzata ed esaltata nel luogo dove si somministrano le cure primarie.

Non a caso si parla di presenza di “operatori sociali” perché è sempre più chiaro quanto sia necessario integrare l’aspetto sanitario con quello sociale, trovando il modo di attuare la legge quadro 328.

I cittadini quando diventano pazienti non cessano di portare con sé tutto il proprio vissuto: un anziano che vive solo e soffre di ipertensione ha bisogno di un sostegno sociale oltre che di un sistema sanitario che lo prenda in carico per aiutarlo a convivere al meglio con la sua patologia.

E questo accade ormai nella stragrande maggioranza dei casi, nei quali esigenze sanitarie e bisogni sociali si intrecciano.

L’Unità Complessa Cure Primarie (UCCP), rappresenta una sfida a cui non ci si può sottrarre, se si desidera rispondere alle crescenti necessità dei cittadini.

Ed è proprio su questa sfida che si misura la capacità di applicare la “governance clinica”, che non è una formula retorica ma un modo di operare.

La “governance” è un modello di gestione partecipato che necessita di alleanze tra soggetti diversi – medici di famiglia, specialisti, medici dirigenti, infermieri e amministratori di aziende sanitarie – per raggiungere uno scopo comune e condiviso. E lo scopo è quello di garantire a tutti l’accesso ai servizi e alle cure, ottimizzando le risorse disponibili.

FUNZIONI

L' Unità Complessa Cure Primarie è una sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il ben-essere che raccoglie la domanda dei cittadini e organizza la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati, nell'unità di spazio e di tempo.

L'UCCP deve:

- garantire la continuità assistenziale e terapeutica per 24 ore e sette giorni su sette;

- assicurare un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda;

- operare per programmi condivisi, sulla base del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT), del Piano sociale di Zona (PSZ) e del Piano integrato di salute (PIS) laddove adottato;

- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro Associazioni, assicurando forme di gestione sociale (programmazione dei servizi e valutazione dei risultati) nei vari presidi e servizi;

- ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici di medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali ed altre Professionalità, Infermieri, Terapisti, Tecnici di Radiologia e di Laboratorio e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;

- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;

- sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;

- sviluppare, tramite il distretto, rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale che per la definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate;

- favorire il controllo collegiale delle attività, e la valutazione degli outcomes interno ed esterno ai servizi;

- curare la comunicazione sanitaria a livello micro della relazione terapeutica medico operatore/paziente, a livello meso della comunicazione tra le strutture e a livello macro nei confronti della cittadinanza e della pubblica opinione;

- offrire occasioni di formazione permanente degli operatori con particolare riguardo al lavoro di gruppo.

SEDE

La sede fisica per l' UCCP dovrà tener conto di evidenti esigenze di flessibilità modulare in rapporto all'interland di riferimento e ai servizi da consolidare.

Queste esigenze saranno il risultato dell'incontro tra la cultura sociale e la cultura progettuale del territorio, non solo per tarare e progettare il manufatto a misura dei bisogni, ma per inserire l'UCCP nel complesso delle relazioni interne ed esterne al distretto, per fare di essa un centro che rafforza le relazioni tra i cittadini e la rete dei servizi sociosanitari.

La UCCP deve essere preferibilmente la sede unica dei servizi e degli operatori. Solo alcune attività, che hanno una sufficiente autonomia di gestione, possono essere ubicate eccezionalmente in sede diversa.

Si fa l'esempio della Residenza sanitaria assistenziale, dell'hospice o di strutture residenziali che hanno una forte identità gestionale.

In ogni caso, l'UCCP, con l'essenzialità della rete dei servizi, con i sistemi informatizzati e con la sua struttura organizzativa, deve assicurare un forte coordinamento per garantire comunque un'attività programmata e l'integrazione delle attività sanitarie, sociali e sociosanitarie dell'area elementare.

Anche da questo punto di vista e per queste finalità sarebbe opportuno giungere alla definizione di un vero e proprio Piano regolatore del distretto-Zona.

Per l'UCCP si potranno utilizzare strutture sanitarie o amministrative dismesse, da ristrutturare, edifici messi a disposizione dei Comuni, ambienti acquisiti dal mercato edilizio, sedi specificamente progettate ed edificate.

ORGANIZZAZIONE

Altro punto di novità da evidenziare è quello della "Rete Clinica Integrata" dove l'assistenza sanitaria complessiva viene prodotta e distribuita da una rete di interconnessione tra équipes multi-professionali privilegiando nell'organizzazione le *maglie* rispetto ai *nodi*.

L'elemento programmatico di rilievo è la gestione delle relazioni e non la centralizzazione della produzione con la definizione a-prioristica di una "gerarchia" tra gli erogatori.

L'integrazione tra i diversi erogatori pone l'accento sulla necessità di un "governo" del sistema contro i rischi di diluizione, duplicazione e dispersione delle attività.

Altro punto è quello di "Rete gerarchicamente integrata" per i servizi afferenti alla medesima linea di produzione l'integrazione a rete può essere realizzata attraverso un modello "hub & spoke".

Esso prevede la concentrazione della produzione della assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza (*hub*) e l'organizzazione del sistema di invio da centri periferici funzionalmente sotto-ordinati (*spoke*) cui compete principalmente la selezione e l'invio dei pazienti al centro di riferimento.

L'adozione del concetto di rete integrata per la programmazione della rete dei servizi del SSR rende incompatibile l'uso di un regime di competizione fra le singole unità produttive.

Ad esse infatti viene richiesta reciproca cooperazione all'interno della rete di cui fanno parte, secondo i diversi livelli di complessità assistenziale di loro specifica competenza.

L'adozione di un modello basato sulla cooperazione funzionale tra i diversi erogatori consente una utilizzazione della risorsa umana e professionale fortemente indirizzata alla integrazione e al lavoro in team, irrealizzabile in un sistema competitivo.

Secondo il Patto della Salute ampiamente descritto nelle pagine precedenti, colloca l'UCCP come sede a diretta gestione del Distretto e quindi strumento organizzativo di un "Distretto forte".

- Il distretto come il punto di incontro tra domanda di salute dei cittadini ed offerta di cure, benessere e nuova socialità;
- Il distretto come *Area-sistema* ricomprendente quella serie di presidi e servizi, ora dispersi, che sono finalizzati a dare risposte territoriali ai problemi di salute e di cura dei cittadini;
- Il distretto come spazio per l'integrazione tra le attività sanitarie e quelle di tipo sociale.

DIMENSIONE

In ogni Distretto o analoga struttura organizzativa territoriale per un (bacino di utenza da determinare rispetto alle caratteristiche del territorio, aree urbane e non, aree metropolitane, ecc.) viene realizzata almeno una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione.

AREE DI ATTIVITÀ

L' "Unità Complessa Cure Primarie" è tale luogo di ricomposizione; in essa cooperano attraverso il lavoro di gruppo il personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di base (che vi eleggeranno il proprio studio associato) e gli specialisti ambulatoriali.

All'Unità Complessa Cure Primarie (UCCP) vengono date le funzioni e le attività divise per aree:

- Area delle attività amministrative;
- Area degli sportelli integrati (Punto Unico di Accesso, Sociale e Socio-Sanitario - PUA);
- Area delle prestazioni urgenti dei prelievi e delle donazioni;
- Area della prevenzione (Specialistica ambulatoriale e Veterinaria convenzionata);
-
- Area delle cure primarie (MMG, PLS, Continuità Assistenziale., Emergenza Territoriale, Specialistica Ambulatoriale ed altre Professionalità., Nursing e riabilitazione);
- Area delle degenze specialistiche (Specialisti Ambulatoriali, Infermieri);

UCCP SPECIALISTI E PROFESSIONISTI

- Area delle tecnologie diagnostiche (Specialisti Ambulatoriali, Tecnici di Radiologie e di Laboratorio, Infermieri);
- Area delle attività riabilitative (Specialisti Ambulatoriali, tecnici della riabilitazione);
- Area dei servizi sociali
- Area delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (ADI, Centro diurno, RSA).

Nella "UCCP" vengono effettuati tutti gli accertamenti diagnostico-strumentali di base 7 giorni su 7 e per almeno 12 ore al giorno.

Nella "UCCP" viene realizzata la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari e vengono attivate le procedure di teleconsulto e telemedicina;

Nella "UCCP" vengono implementate le linee guida condivise da parte degli operatori presenti di percorsi terapeutici sulle principali patologie;

Nella "UCCP" è attivato lo sportello unico per tutte le attività sociali ed assistenziali ed è realizzata *la presa in carico* del paziente con la delineazione del percorso di cura individualizzato superando la precedente frammentarietà negli interventi.

Nella "UCCP" si attivano percorsi di "partecipazione attiva", di "educazione sanitaria" e "family learning".

Nella "UCCP" infatti i cittadini vengono coinvolti direttamente o attraverso loro rappresentanti nella definizione dei **bisogni di salute** e nella elaborazione del PAT/PLS.

UCCP SPECIALISTI E PROFESSIONISTI

Nella “UCCP” i cittadini vengono consultati per definire “**cosa**” e “**come**” produrre in termini di servizi e prestazioni necessarie alla comunità;

Nella “UCCP” i cittadini vengono chiamati a **verificare** l’efficacia degli interventi e gli outcomes realizzati da cui derivano atti conseguenti.

Nella “UCCP” i cittadini e le loro famiglie vengono addestrate alla **auto gestione** delle malattie croniche

AFT/UCCP ATTIVITÀ SPECIALISTI E PROFESSIONISTI

Per quanto in particolare attiene le "Aggregazioni Funzionali specialistiche" corre l'obbligo rappresentare che, con l'aggregazione funzionale territoriale dei medici specialisti ambulatoriali (AFT) si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici specialisti ambulatoriali per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

I medici specialisti partecipano all'aggregazione funzionale allo scopo di:

- promuovere l'equità nell'accesso dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione interdisciplinare con l'assistenza ospedaliera e con la medicina generale;

- per promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche nell'ottica più ampia della "clinical governance" sia tra i professionisti appartenenti alla stessa branca, sia soprattutto tra i professionisti appartenenti a branche diverse, impegnati nell'affrontare problemi comuni sotto il profilo diagnostico, clinico e terapeutico.

L'AFT Specialistica quindi promuove modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi ed al miglior uso possibile delle risorse quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

L'AFT è in grado pertanto di garantire, attraverso la realizzazione di una migliore possibilità di accesso ed una maggiore semplificazione delle procedure di accettazione, in maniera integrata, organizzata, e coordinata, tutti i servizi specialistici territoriali di elezione e di primo intervento dei quali il cittadino può avvalersi in caso di bisogno sanitario di natura specialistica diventando quindi il "gruppo clinico specialistico di riferimento" capace di dare "la risposta" ad ogni caso clinico di competenza specialistica che non necessiti di ricovero ospedaliero.

Il supporto al Paziente si caratterizza nel superamento del disagio determinato dal suo peregrinare da un servizio all'altro per la prenotazione di visite/accertamenti successivi (attraverso la contemporanea migliore organizzazione dei servizi e l'integrazione tra i vari specialisti) mantenendo quella continuità anche fisica con lo specialista (attraverso la garanzia di rapporto con lo stesso medico che inizia l'iter diagnostico-terapeutico) sintetizzando tutto questo nella presa in carico del Paziente, "senza fermate intermedie".

L'Aggregazione Funzionale Territoriale Specialistica può operare nell'arco delle dodici/ventiquattro ore al giorno, disponendo di una rete informatica locale, a sua volta collegata alle reti informatiche aziendali e a quelle degli studi dei MMG e dei PLS e con tutti gli altri presidi territoriali integrati. Opera in collaborazione con il personale infermieristico ed il personale di supporto amministrativo.

Per quanto riguarda la gestione delle malattie croniche, le Aggregazioni Funzionali Territoriali Specialistiche dovranno avere a disposizione specialisti con un sufficiente numero di ore delle branche a visita e di diagnostica strumentale e per immagine necessarie per ogni singola patologia cronica garantendo così la "presa in carico" di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche e da fatti acuti a bassa intensità assistenziale riducendo il ricorso ai "ricoveri impropri e ai codici bianchi in pronto soccorso" in stretta collaborazione con i MMG e i PLS.

Inoltre dall'analisi di quanto sopra delineato emerge chiaramente come l'attuale Accordo Collettivo Nazionale per i medici specialisti ambulatoriali e per le altre professionalità già prevedono adeguati strumenti normativi che possono consentire da subito l'inserimento nel percorso della UCCP di tali professionalità.

AFT/UCCP ATTIVITÀ SPECIALISTI E PROFESSIONISTI

All'Unità Complessa Cure Primarie (UCCP) come abbiamo già detto, vengono date le funzioni e le attività dividendole per aree:

- Area delle attività amministrative
- Area degli sportelli integrati (Punto Unico di Accesso, Sociale e Socio-Sanitario -PUA);
- Area delle prestazioni urgenti, dei prelievi e delle donazioni
- Area della prevenzione (Specialistica ambulatoriale e Veterinaria convenzionata);
- Area delle cure primarie (MMG, PLS, Continuità Assistenziale., Emergenza Territoriale, Specialistica Ambulatoriale ed altre Professionalità., Nursing e riabilitazione);
- Area delle degenze specialistiche (Specialisti Ambulatoriali, Infermieri);
- Area delle tecnologie diagnostiche (Specialisti Ambulatoriali, Tecnici di Radiologie e di Laboratorio, Infermieri);
- Area delle attività riabilitative (Specialisti Ambulatoriali, tecnici della riabilitazione);
- Area dei servizi sociali;
- Area delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (ADI, Centro diurno, RSA);
- Area Consultoriale (Specialisti ambulatoriali e altre professionalità, Ostetrici, Infermieri, Assistenti sociali);
- Area Assistenza Odontoiatrica (Specialisti ambulatoriali, Igienisti dentali, Infermieri).

AFT/UCCP ATTIVITÀ SPECIALISTI E PROFESSIONISTI

AREA DELLE CURE PRIMARIE

A quest'area partecipano come AFT tutte quelle branche mediche specialistiche e delle altre professionalità presenti già nell'organizzazione territoriale poliambulatoriale della specialistica ambulatoriale in grado di garantire l'assistenza sia per l'attività di presa in carico del paziente in urgenza, per l'esecuzione di PDTA, PAC, pazienti con acuzie a bassa intensità assistenziale e pazienti affetti da una o più patologie croniche e quindi nella UCCP pronti a qualunque necessità di tipo specialistico anche di consulenza e tipicamente prestazionale.

AREA DELLE TECNOLOGIE DIAGNOSTICHE

A quest'area dovrebbero partecipare come AFT tutte quelle branche mediche specialistiche e delle altre professionalità (biologi, chimici) presenti già nell'organizzazione territoriale poliambulatoriale della specialistica ambulatoriale dedicate a tutte le tecnologie diagnostiche come quella radiologica e di immagine, quella di laboratorio e tutte quelle strumentali in grado di garantire al Paziente prestazioni diagnostiche sia per l'attività di presa in carico del paziente in, urgenza, per l'esecuzione di PDTA, PAC, pazienti con acuzie a bassa intensità assistenziale e pazienti affetti da una o più patologie croniche e comunque pronte a qualunque necessità di tipo specialistico anche di consulenza e tipicamente prestazionale.

AREA DELLE ATTIVITA' RIABILITATIVE

A quest'area dovrebbero partecipare come AFT tutte quelle branche mediche specialistiche presenti già nell'organizzazione territoriale poliambulatoriale della specialistica ambulatoriale dedicate alla riabilitazione fisica in grado di garantire al Paziente prestazioni di terapia della riabilitazione sia per l'attività di presa in carico del paziente con acuzie a bassa intensità assistenziale o affetto da una o più patologie croniche e comunque pronte a qualunque necessità di tipo specialistico anche di consulenza e tipicamente prestazionale.

AFT/UCCP ATTIVITÀ SPECIALISTI E PROFESSIONISTI

AREA DELLA PREVENZIONE

A quest'area dovrebbero partecipare come AFT tutte quelle branche mediche specialistiche dei medici veterinari e delle altre professioni presenti già nell'organizzazione territoriale della prevenzione e dedicate alla prevenzione ed agli screening.

AREA CONSULTORIALE

A quest'area dovrebbero partecipare come AFT tutte quelle branche mediche specialistiche e delle altre professioni presenti già nell'organizzazione territoriale della attività consultoriale.

AREA ODONTOIATRICA

A quest'area dovrebbero partecipare come AFT i medici specialisti ambulatoriali specialisti in odontoiatria e gli odontoiatri presenti già nell'organizzazione territoriale della attività odontoiatrica preventiva, delle cure conservativa, della protesica e dell'ortodontia.

AREA DELLE DEGENZE SPECIALISTICHE

A quest'area dovrebbero partecipare come AFT tutte quelle branche mediche specialistiche e delle altre professionalità presenti già nell'organizzazione territoriale poliambulatoriale della specialistica ambulatoriale in grado di garantire l'assistenza del paziente per l'attività di presa in carico del paziente in, urgenza per l'esecuzione di PDTA, PAC, e pazienti affetti da una o più patologie croniche che necessitano di una breve degenza o osservazione presso posti letto nella UCCP pronti a qualunque necessità di tipo specialistico.

AFT/UCCP ATTIVITÀ SPECIALISTI E PROFESSIONISTI

AREA DELLE ATTIVITA' SOCIOSANITARIE

A quest'area dovrebbero partecipare come AFT tutte quelle branche mediche specialistiche e delle altre professionalità presenti già nell'organizzazione territoriale dedicate espressamente all'attività socio-sanitaria in particolar modo per l'assistenza specialistica domiciliare.

AFT, UCCP

	Mono professionali	Multi professionali	Funzionali	Strutturali
AFT	X		X	
UCCP		X		X

Adesione obbligatoria dei medici

- ✓ **all'assetto** organizzativo
- ✓ e al **sistema informatico nazionale**

INTEGRAZIONE OPERATIVA UCCP / AFT

ANALISI PROGETTUALE UCCP/AFT

Arrivati a questo dobbiamo definire un progetto organizzativo di funzionalità e di integrazione tra le varie realtà sino ad ora descritte. In particolare dobbiamo definire un modello funzionale ed una analisi progettuale per la costruzione del modello UCCP/AFT.

Ripercorriamo la strada sino ad esso seguita sintetizzando le varie forme organizzative previste dalla legge Baluzzi 189/1012 ed il nuovo patto della Salute 2014-2016 prendendo già per buono quanto previsto negli ACN della medicina convenzionata MMG, PLS e Specialistica Ambulatoriale ed altre Professionalità.

DEFINIZIONI

L' AFT è un **"Gruppo"** mono-professionale.

Per la MMG sostituisce le forme associative ex art. 40 dell'ACN attualmente vigente (Medicina di Gruppo e Medicina in Rete).

1 AFT assiste una popolazione di circa 30.000 abitanti

Per la Medicina Specialistica Ambulatoriale ed altre Professionalità applica quanto previsto dall'Art.30 bis dell'ACN attualmente vigente

(1 AFT Specialistica Ambulatoriale ed altre Professionalità può assistere una popolazione di circa 150.000 abitanti)

L' UCCP è il **"Modello Organizzativo e Strutturale"** di integrazione multi-professionale.

Eroga, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione tra MMG, PLS, Medici Specialisti ed altre Professionalità, infermieri, Tecnici di radiologia e di laboratorio, operatori della riabilitazione, della prevenzione e del sociale, amministrativo...ecc.)

UCCP/AFT EFFICIENTE

Una AFT/UCCP efficiente:

si fonda necessariamente su un' architettura a rete diffusa che colleghi funzionalmente ed informaticamente tutti gli operatori tra di loro.

L' architettura a rete diffusa deve:

1. collegare tra loro tutti gli operatori garantendo una comunicazione capillare e costante:

- sia in senso orizzontale: tra tutti i componenti monoprofessionali;

- sia in senso verticale tra:

a) MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali ed altre professionalità (gestione integrata PDTA)

b) MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali ed altre professionalità, operatori sanitari e socio-assistenziali (es. ADI)

2. consentire alle varie applicazioni informatiche, siano locali che web, di interagire tra loro in modo completo (lettura/scrittura) rispettando l'esistente senza imposizioni o forzature;

3. utilizzare una piattaforma condivisa in grado di gestire la complessità delle attività delle AFT/UCCP e non solo quelle del singolo MMG, PLS o Specialista Ambulatoriale o altro Professionista all'interno di una strategia globale di utilizzo dello strumento informatico.

UCCP/AFT EFFICACE

Una AFT/UCCP efficace:

- deve erogare **attività assistenziale H24** a tutti gli assistiti
- deve farsi carico della **gestione globale dei pazienti cronici/fragili**

La **Continuità Assistenziale** deve:

1. garantire un accesso ubiquitario e protetto alle informazioni di volta in volta necessarie:

- registrate dal curante nella Cartella Clinica Elettronica: da parte di un altro MMG, PLS o Specialista - (Attività H12)
- contenute in un web server dedicato: da parte del MCA o Specialista (in turno di servizio o reperibilità) - (Attività H24)

2. garantire la possibilità di registrare i dati relativi al contatto con il Paziente

- nella Cartella Clinica Elettronica del curante da parte di un altro MMG, PLS o Specialista – (Attività H12)
- in una web app da parte del MCA o Specialista (in turno di servizio o reperibilità) con immediata notifica dell'intervento al curante - (Attività H24).

INTEGRAZIONE OPERATIVA UCCP/AFT

La **Presa in Carico della Cronicità** deve essere in grado di:

1. garantire la gestione "in rete" dei PDTA: cartelle di patologia condivise in modo interattivo tra Specialisti e MMG/PLS

2. misurare:

- la performance professionale dei diversi operatori mediante l'elaborazione in tempo reale di indicatori di processo/esito
- l'efficienza dei nuovi modelli organizzativi (rapportata ai costi storici)
- le ricadute "del sistema" su bene-essere e salute dei cittadini (outcome)
- la corretta allocazione delle risorse (appropriatezza correlata ai bisogni)

MODELLI OPERATIVI

Possiamo definire almeno tre modelli operativi di integrazione UCCP/AFT.

Modello UCCP/AFT piccolo, medio e grande da applicare di volta in volta rispetto alle caratteristiche dell'area distrettuale:

- Area Metropolitana,
- Area Provinciale,
- Area Comunale.

INTEGRAZIONE OPERATIVA UCCP/AFT

Questi modelli dovranno tenere in considerazione l'estensione del Distretto, la densità abitativa, l'incidenza delle patologie e della mortalità per patologia.

All'interno dell'UCCP nei 3 modelli (Piccolo, Medio e Grande) vengono svolte/coordinate attività complesse: H24, prelievi, TAO, diagnostica, specialistica, (coordinata o meno in PDTA), ADI, prevenzione, riabilitazione, attività sociosanitarie, ecc.

MODELLO UCCP/AFT PICCOLO

Il modello UCCP/AFT piccolo è caratterizzato per la medicina Specialistica Ambulatoriale ed altre Professionalità Convenzionate interne da una UCCP con sede unica con un'organizzazione di tipo multi-professionale ed inter-disciplinare integrato divisa per aree.

La presenza di almeno una AFT Specialistica Complessa composta da tutte le branche specialistiche e dalle varie Professionalità con funzione di HUB garantendo il necessario monte ore attività della componente specialistica e delle varie professionalità:

- sia nelle attività di presa in carico delle urgenze e delle cronicità sia per le possibili patologie accessorie e per tutte le attività legate nell'UCCP, quali le consulenze specialistiche nella acuzie a bassa intensità assistenziale;

- sia per l'attività esterna nei presidi territoriali distaccati come Poliambulatori, RSA, DSM, SERT, Ambulatori dei MMG e PLS (ove presenti), a domicilio del paziente.

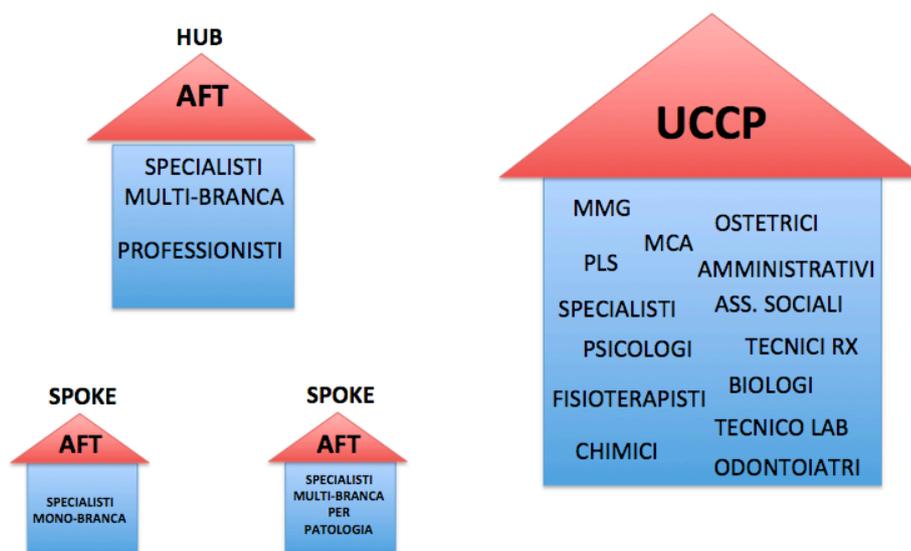
INTEGRAZIONE OPERATIVA UCCP/AFT

Oltre all'AFT Specialistica Complessa possono essere presenti almeno due o più AFT di tipo SPOKE:

- di tipo monospecialistico finalizzate ad una omogenea attività prestazionale mono-specialistica coordinata ed organizzata.

- di tipo interdisciplinare multi-branca finalizzate sia alla presa in carico di una singola patologia o più patologie e di attivare i PDTA necessari ed i PAC richiesti.

UCCP/AFT PICCOLA



MODELLO UCCP/AFT MEDIO

Il modello UCCP/AFT medio è caratterizzato per la medicina Specialistica Ambulatoriale ed altre Professionalità Convenzionate interne da una UCCP con sede unica con un'organizzazione di tipo multi-professionale ed inter-disciplinare integrato divisa per aree.

La presenza di almeno due AFT Specialistiche Complesse composte da tutte le branche specialistiche e dalle varie Professionalità con funzione di HUB garantendo il necessario monte ore attività della componente specialistica e delle varie professionalità:

- sia nelle attività di presa in carico delle urgenze e delle cronicità sia per le possibili patologie accessorie e per tutte le attività legate nell'UCCP, quali le consulenze specialistiche nella acuzie a bassa intensità assistenziale;

- sia per l'attività esterna nei presidi territoriali distaccati come Poliambulatori, RSA, DSM, SERT, Ambulatori dei MMG e PLS (ove presenti), a domicilio del paziente.

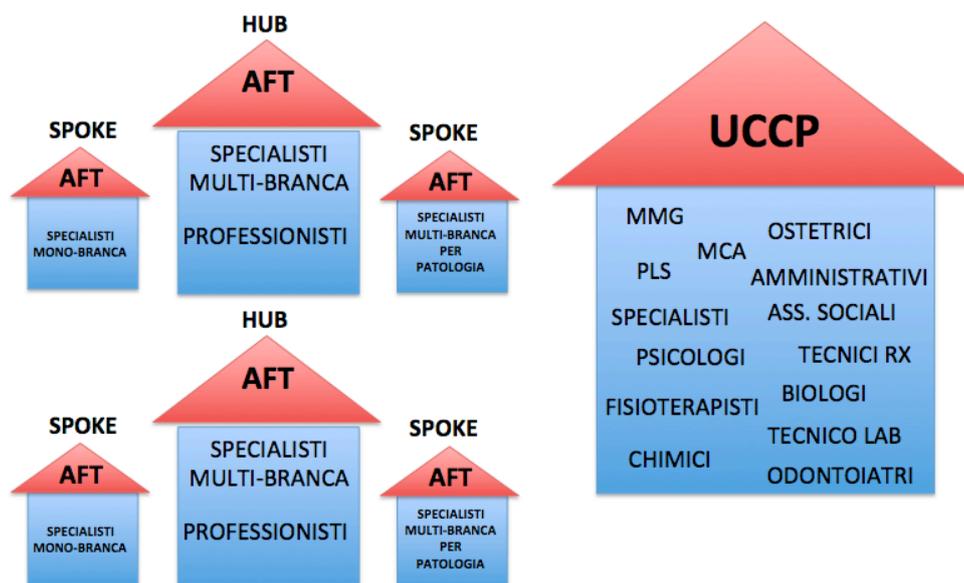
Oltre alle AFT Specialistiche Complesse possono essere presenti molteplici AFT di tipo SPOKE:

- di tipo monospecialistico finalizzate ad una omogenea attività prestazionale mono-specialistica coordinata ed organizzata;

- di tipo interdisciplinare multi-branca finalizzate sia alla presa in carico di una singola patologia o più patologie e di attivare i PDTA necessari ed i PAC richiesti.

INTEGRAZIONE OPERATIVA UCCP/AFT

UCCP/AFT MEDIA



MODELLO UCCP/AFT GRANDE

Il modello UCCP/AFT grande è caratterizzato per la medicina Specialistica Ambulatoriale ed altre Professionalità Convenzionate interne da più UCCP con un'organizzazione di tipo multi-professionale ed inter-disciplinare integrato divisa per aree.

La presenza di più AFT Specialistiche Complesse composte da tutte le branche specialistiche e dalle varie Professionalità con funzione di HUB garantendo il necessario monte ore attività della componente specialistica e delle varie professionalità:

INTEGRAZIONE OPERATIVA UCCP/AFT

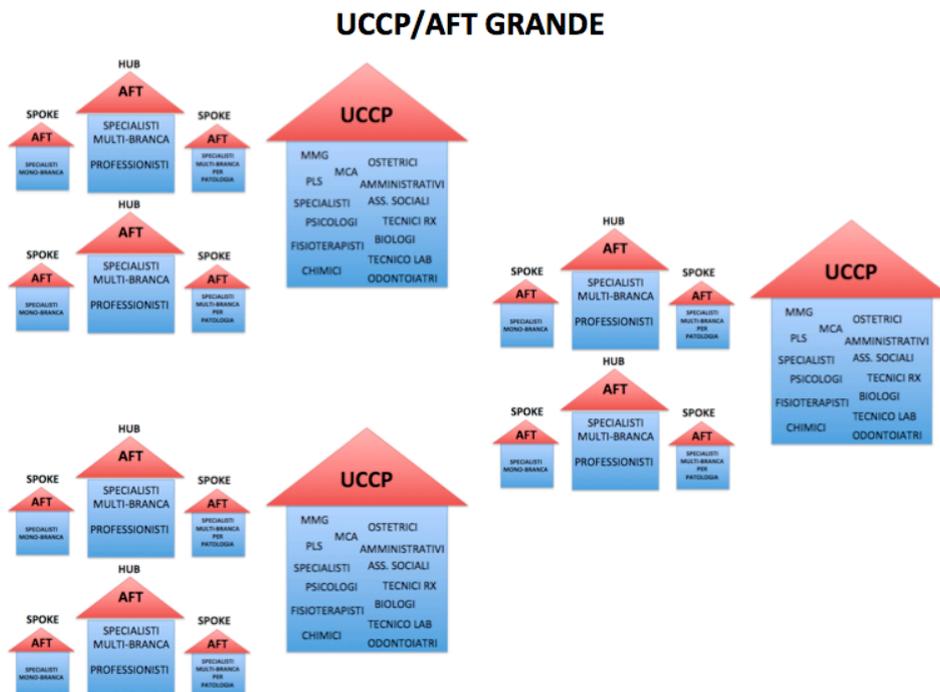
- sia nelle attività di presa in carico delle urgenze e delle cronicità sia per le possibili patologie accessorie e per tutte le attività legate nell'UCCP di competenza, quali le consulenze specialistiche nella acuzie a bassa intensità assistenziale;

- sia per l'attività esterna nei presidi territoriali distaccati come Poliambulatori, RSA, DSM, SERT, Ambulatori dei MMG e PLS (ove presenti), a domicilio del paziente.

Oltre alle AFT Specialistiche Complesse possono essere presenti molteplici AFT di tipo SPOKE:

- di tipo monospecialistico finalizzate ad una omogenea attività prestazionale mono-specialistica coordinata ed organizzata;

- di tipo interdisciplinare multi-branca finalizzate sia alla presa in carico di una singola patologia o più patologie e di attivare i PDTA necessari ed i PAC richiesti.



L'ATTIVITA' AFT SPECIALISTICA HUB E SPOKE

I modelli UCCP/AFT sopra descritti (grande, medio, piccolo) per la medicina Specialistica Ambulatoriale ed altre Professionalità Convenzionate interne si devono integrare con l'insieme dei servizi sanitari erogati dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS), rappresentando così la cosiddetta prima porta di ingresso dei cittadini al Servizio Sanitario Nazionale.

Questi servizi - comunemente chiamati anche assistenza di base, assistenza primaria, medicina di base, organizzati anch'essi in AFT dovranno operare unitamente a quelli organizzati in AFT di specialistica ambulatoriale ed all'insieme delle cure intermedie (lungodegenze, istituti di riabilitazione, residenze sanitarie assistenziali, hospice, centri psico-sanitari, ...), costituendo i cosiddetti servizi territoriali, in ciò distinguendosi dal blocco dei servizi di cura ed assistenza erogati dagli ospedali.

Tradizionalmente l'offerta sanitaria si è articolata con l'ospedale da un lato e il territorio dall'altro, due poli che, a ben vedere, hanno sinora funzionato come "separati in casa" quindi con linguaggi diversi, obiettivi non sempre coincidenti e faticose ricerche di collaborazione, nonostante si parli oramai da tanto tempo di continuità assistenziale e presa in carico del paziente e malgrado l'individuo, per le sue caratteristiche socio-demografiche e per i suoi bisogni dettati anche da patologie croniche crescenti, necessiti in modo crescente di cure costanti ed assistenza globale, non parcellizzata dalle scelte organizzative del sistema.

L'art.1 del Decreto Balduzzi prevede un nuovo assetto di cure primarie mediante l'identificazione di due forme di associazionismo, la prima di tipo mono professionale (AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali) e la seconda di tipo multi professionale (UCCP – Unità complesse di cure primarie).

Mentre la prima guarda all'associazionismo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali, la seconda tipologia si focalizza in estrema sintesi nella creazione di nuovi luoghi di cura ed assistenza, poliambulatori territoriali nei quali convergono le competenze tecniche di più figure professionali convenzionate con il servizio sanitario quali a titolo esemplificativo i medici specialisti, gli infermieri, le ostetriche, i tecnici di radiologia, di laboratorio, di riabilitazione, ecc., gli stessi MMG e PLS.

Di seguito un estratto dell'articolo 1 - Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie - del Decreto.

Le Regioni:

- definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali,

- disciplinano unità multiprofessionali privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali:

- dotati di strumentazione di base,
- aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione,
- che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

INTEGRAZIONE OPERATIVA UCCP/AFT

- assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informatico nazionale (inclusa tessera sanitaria e ricetta telematica).

Le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) sono forme organizzative monoprofessionali che condividono in forma strutturata:

- obiettivi e percorsi assistenziali,
- strumenti di valutazione della qualità assistenziale,
- linee guida,
- audit e strumenti analoghi.

Le unità complesse di cure primarie (UCCP) sono forme organizzative multiprofessionali che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Le AFT e le UCCP erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il SSN, costituito principalmente da:

- MMG,
- PLS,
- Specialisti ambulatoriali.

Sono sviluppate nell'ambito dell'organizzazione distrettuale.

Le convenzioni nazionali (ACN) statuiscono gli standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, l'accessibilità e la continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi. Entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge è richiesto l'adeguamento degli ACN di MMG, PLS e specialisti ambulatoriali.

INTEGRAZIONE OPERATIVA UCCP/AFT

Entro i successivi 90 giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, è prevista la definizione degli accordi regionali attuativi. Decorso il termine il Ministero della Salute emana, nel more della conclusione delle trattative, disposizioni per l'attuazione dei principi della Legge.

Gli elementi qualificanti del decreto possono quindi essere così di seguito riassunti:

- Responsabilità organizzativa regionale finalizzata a promuovere l'integrazione con il sociale e i servizi ospedalieri;
- Integrazione mono-professionale e multi-professionale;
- Articolazione "h12/24" della rete assistenziale socio sanitaria territoriale, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio;
- Ruolo unico ed accesso unico per tutti i professionisti medici nell'ambito della propria area convenzionale (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali);
- Possibilità di finanziamento a budget per talune prestazioni delle forme organizzative multiprofessionali UCCP;
- Identificazione, da parte delle aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, degli obiettivi e definizione di programmi concordati di attività in forme aggregative;
- Introduzione di standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure;

INTEGRAZIONE OPERATIVA UCCP/AFT

- Adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo, al sistema informativo definito da ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche;

- Rinvio al Patto per la salute per la valorizzazione delle attività remunerate svolte dai medici in formazione MG;

L'ambito organizzativo specifico delle cure primarie è il distretto da intendersi come articolazione dell'area territoriale dove opera l'unità sanitaria locale (azienda sanitaria locale o altra dizione utilizzata) e nella quale avviene la programmazione dei servizi e l'erogazione dei servizi ai cittadini.

Le cure primarie sono erogate nell'ambito dell'assistenza distrettuale prevista dai Livelli essenziali di assistenza (LEA) ossia le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

L'articolo 2 (Competenze regionali) del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 - Riordino della disciplina in materia sanitaria – e ss.mm.ii. indica che spettano alle Regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera; in particolare, spettano alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute. Secondo l'articolo 2-sexies, la Regione disciplina altresì:

a) l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali, le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera,

INTEGRAZIONE OPERATIVA UCCP/AFT

b) la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione.

Il successivo articolo 3-quater (Distretto) richiede che sia garantita per il distretto una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la Regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

Questa necessaria premessa per mettere a fuoco la nostra proposta organizzativa di integrazione delle nostre AFT Specialistiche nell'organizzazione Distrettuale in attività presso la sede dell'UCCP e presso le altre sedi dislocate sul territorio.

POLIAMBULATORI SPECIALISTICI TERRITORIALI

Si definiscono "**Poliambulatori Specialistici Territoriali**" quei presidi territoriali dove operano gli Specialisti Ambulatoriali e gli Psicologi Convenzionati Interni e nei quali svolgono, in forma organizzata e coordinata la loro attività specialistica le "**aggregazioni funzionali**" (AFT), secondo precise modalità organizzative anche di assistenza integrata e che si possono svolgere sia mediante la presa in carico del paziente cronico attivando PDTA o eseguendo prestazioni richieste dal MMG e dal PLS nonché Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) nell'ambito del trattamento dell'acuzie episodica di bassa intensità assistenziale mediante prenotazione attuata con diverse modalità (CUP, da parte dello specialista, dagli studi dei MMG e PLS).

"**Il Poliambulatorio Specialistico Territoriale**", composto e organizzato in AFT Complessa (HUB) secondo quanto prima descritto, almeno uno per Distretto, deve essere aperto almeno sei/dodici ore al giorno, deve disporre di una rete informatica locale, a sua volta collegata alle reti informatiche aziendali, UCCP, e a quelle degli studi dei MMG e dei PLS e con tutti gli altri presidi territoriali integrati; vi operano oltre agli specialisti ambulatoriali e psicologi convenzionati interni, il personale infermieristico ed il personale di supporto amministrativo.

INTEGRAZIONE OPERATIVA UCCP/AFT

I **“Poliambulatori Specialistici Territoriali (AFT HUB)** devono essere raggiunti agevolmente tenendo conto anche delle caratteristiche territoriali, demografiche e delle principali evidenze epidemiologiche del territorio indipendentemente dalla presenza o meno nelle vicinanze di strutture ospedaliere sede di Pronto Soccorso.

Presso ogni "Poliambulatorio Specialistico Territoriale" sono erogate dai medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni e da altri professionisti:

- * visite specialistiche;
- * prestazioni di diagnostica per immagini e di laboratorio (ecografie, radiografie, TC, RM ecc.);
- * Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA);
- * Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC);
- * consulti specialistici interdisciplinari e con il MMG e/o PLS;
- * prestazioni infermieristiche.

Inoltre, possono essere programmate e prenotate, prestazioni specialistiche domiciliari su richiesta del MMG, del PLS di altro specialista. Inoltre, possono essere svolte tutte le attività correlate, quali raccolta prelievi, prenotazione di prestazioni specialistiche e/o di ricovero degli assistiti, valutazioni connesse all'attività dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Tali attività devono essere rivolte a tutta la popolazione residente e/o comunque afferente al Distretto di riferimento.

AMBULATORI TERRITORIALI INTEGRATI

Si definiscono **"ambulatori integrati (AFT SPOKE)"** quei presidi territoriali dove operano specialisti e professionisti che svolgono insieme la loro attività, secondo precise modalità organizzative.

"L'ambulatorio integrato" è aperto almeno dieci ore al giorno, dispone di una rete informatica locale, a sua volta collegata alle reti informatiche aziendali; vi operano Specialisti Ambulatoriali e Psicologi Convenzionati Interni e personale infermieristico e personale amministrativo.

Presso "l'ambulatorio integrato" possono essere erogate:

- * visite ambulatoriali comunemente svolte dagli Specialisti Ambulatoriali Interni; (PDTA, PAC);
- * analisi diagnostiche di primo livello;
- * prestazioni infermieristiche;

Inoltre, possono essere svolte tutte le attività correlate, quali raccolta prelievi, prenotazione di prestazioni specialistiche e/o di ricovero degli assistiti, valutazioni connesse all'attività dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

STUDI DEI MMG E PLS

I Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, possono svolgere la loro attività professionale anche in studi medici collocati in sedi diverse, devono essere collegati tra loro e con l'UCCP, il poliambulatorio specialistico territoriale pubblico funzionalmente tramite una idonea rete informatica e previa informatizzazione delle schede sanitarie individuali degli assistiti (medicina in rete).

La programmazione di nuove équipes territoriali deve, pertanto, essere collegata a nuovi modelli di risposta ai bisogni della cittadinanza, in particolare delle categorie più fragili.

ULTERIORI CONSIDERAZIONI

L'obiettivo di garantire ed erogare una ottimale assistenza territoriale può essere raggiunto più agevolmente se, nell'applicazione dei modelli sopra esposti, si tiene conto delle caratteristiche territoriali, demografiche, delle principali evidenze epidemiologiche e della presenza di strutture ospedaliere sede di Pronto Soccorso.

L'offerta diversificata, adeguata alle specificità del territorio, permette ai servizi territoriali organizzati come aggregazioni funzionali (AFT HUB e SPOKE) di specialisti e professionisti convenzionati interni di affiancare quelli ospedalieri permettendo un ricorso sempre più appropriato al ricovero ospedaliero e al pronto soccorso.

Ciò consentirà di non distogliere il Personale Medico ed Infermieristico ospedaliero dal gravoso compito di gestire le acuzie a media ed alta intensità assistenziale, anche con caratteri di emergenza/urgenza.

Particolare attenzione quindi deve essere posta al fine di evitare sovrapposizioni di competenze tramite una “chiara differenziazione dei compiti professionali” evitando così pericolosi ricorsi ad attività specialistica di tipo “occasionale” o di “interesse” in quanto anche se sponsorizzata da alcuni non sempre disinteressati è chiaramente bocciata dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale giudicata e riconosciuta di scarsa efficacia.

Appare chiaro che il paziente deve ottenere subito una prestazione specialistica di qualità e non dopo una definita “di base” in quanto in Italia esiste già una figura professionale territoriale specialistica con alta competenza ed è questo un vantaggio da sfruttare garantendo il meglio e da subito al paziente con un problema di salute che necessita di specialista.

Un’attività specialistica infatti deve essere effettuata identificando come indice di qualità prestazionale il numero di prestazioni eseguite continuativamente dal singolo specialista e dall’aggiornamento continuo ed obbligatorio che lo stesso svolge ai sensi delle vigenti normative che regolano il proprio rapporto di lavoro.



AFT SPECIALISTICHE E ASSISTENZA DOMICILIARE

L'assistenza domiciliare è assicurata dal DPCM 29.11.2001 "Livelli essenziali di assistenza" che prevede, a livello distrettuale, la presenza della componente specialistica ambulatoriale, della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta e dall'aiuto infermieristico (assistenza tutelare) da prestarsi in maniera integrata con i Comuni, per la parte sociale, convivendone i costi (50%).

L'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come vera alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriati ed è la forma assistenziale da preferire, laddove possibile, per gli enormi impatti positivi in termini di qualità della vita del paziente, a cui vanno aggiunti anche i benefici economici dovuti ai minori costi da sostenere rispetto alle forme di ricovero di carattere ospedaliero ed extraospedaliero.

L'assistenza domiciliare per sua natura è in grado di rispondere alla domanda proveniente dal territorio tramite:

- risposte concrete ai bisogni complessi nella casa del cittadino,
- approcci a forte integrazione socio-sanitaria,

tenuto conto che:

- le persone in Italia over 65 anni sono circa 12,3 milioni di cui over 85 circa 1,6 milioni,
- la percentuale di anziani over 65 soli è il 28,1%, più di 3 milioni di persone,
- almeno una malattia cronica è presente nel 38% della popolazione, quindi circa 23 milioni di persone,

AFT E ASSISTENZA DOMICILIARE

- nel 2010 le persone in condizione di disabilità erano circa 4 milioni, il 6,7% della popolazione,

- esistono significative differenze regionali in merito all'evoluzione del processo di invecchiamento.

Pur nelle differenze regionali, per le cure domiciliari sono individuabili differenti profili assistenziali che vanno dalle forme di assistenza domiciliare:

- **cure domiciliari prestazionali**, ossia prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato effettuate sotto la guida del MMG;

- **cure domiciliari integrate**, con più livelli di complessità in funzione delle differenti condizioni patologiche a cui debbono rispondere; sono caratterizzate da una presa in carico multi professionale e dalla formulazione di un piano assistenziale individuale, redatto in base ad una valutazione globale della persona;

- **cure domiciliari palliative** per malati terminali oncologici e non oncologici; sono anch'esse caratterizzate da una presa in carico multi professionale e dalla formulazione di un piano assistenziale sebbene la risposta abbia un carattere più intensivo poiché legata a bisogni di elevata complessità.

Lo Specialista Ambulatoriale convenzionato e le altre figure professionali necessarie in funzione delle caratteristiche e delle esigenze del paziente (MMG, PLS,, infermiere professionale, terapeuta...) sono i componenti dell'Equipe multidisciplinare di cure domiciliari.

AFT E ASSISTENZA DOMICILIARE

L'assistenza domiciliare è una prestazione presente negli Accordi Collettivi Nazionali dei Medici Convenzionati fin dal 1987.

A causa dell'incremento delle patologie cronico – degenerative, è stato previsto un forte potenziamento ed il rinvio agli accordi regionali per spingere lo sviluppo dell'ADI e di nuove forme di assistenza residenziale semiresidenziale, in alternativa all'ospedale.

Il numero di anziani in assistenza domiciliare integrata (ADI) si è mantenuto stabile a livello nazionale nel biennio 2010-2011 con un incremento registrato nel 2012 (+5,5%) secondo quanto indicato nei rapporti annuali ISTAT.

Giova sottolineare che il Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), che è la fonte dati per le elaborazioni ISTAT, mira a costruire una base dati integrata a livello nazionale, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nell'ambito dell'assistenza domiciliare, senza integrare eventuali altri flussi informativi relativi ad altre forme alternative di sostegno al domicilio.

Le informazioni raccolte infatti riguardano solo i seguenti ambiti:

- caratteristiche anagrafiche dell'assistito (dati privi di elementi identificativi diretti);
- valutazione ovvero rivalutazione socio – sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali;
- erogazione dell'assistenza;
- sospensione della presa in carico;
- dimissione dell'assistito.

	2010	2011	2012
Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata	502.475	504.126	532.536

AFT E ASSISTENZA DOMICILIARE

Questi pazienti rappresentano la stragrande maggioranza (84%) del totale dei pazienti assistiti in ADI (dato 2012) e ciò spiega perché il Ministero della Salute ha identificato nel periodo 2007-2013 uno specifico obiettivo proprio per incrementare la percentuale di anziani beneficiari di assistenza domiciliare integrata, stabilendo il target regionale del 3,5%. Di seguito, si riporta la situazione 2012.

ANZIANI ASSISTITI IN ADI – 2011-2012
(FONTE ISTAT)

Regione	Popolazione 65 anni e oltre 2012	Anziani assistiti in ADI 2012	% anziani assistiti in ADI 2012
Abruzzo	284.214	14.047	4,9%
Basilicata	118.816	6.470	5,4%
Calabria	377.948	11.893	3,1%
Campania	938.527	26.709	2,8%
Emilia-Romagna	984.321	118.279	12,0%
Friuli-Venezia Giulia	288.977	18.263	6,3%
Lazio	1.129.645	46.275	4,1%
Liguria	431.575	15.026	3,5%
Lombardia	1.984.258	80.045	4,0%
Marche	351.549	10.563	3,0%
Molise	70.081	2.722	3,9%
Piemonte	1.019.458	21.656	2,1%
PA di Bolzano	90.581	396	0,4%
PA Trento	102.715	3.670	3,6%
Puglia	756.215	17.064	2,3%
Sardegna	326.412	15.289	4,7%
Sicilia	933.701	34.785	3,7%
Toscana	871.413	17.473	2,0%
Umbria	208.740	16.494	7,9%
Valle d'Aosta	26.762	109	0,4%
Veneto	980.104	55.308	5,6%
Totale	12.278.127	532.536	4%

La percentuale di anziani trattati in ADI rispetto alla popolazione residente anziana rappresenta un indicatore di monitoraggio del Livello di Assistenza Distrettuale.

In particolare, gli adempimenti dell'assistenza domiciliare sono:

- garantire adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera (articolo 4, comma 1, lettera c) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005);

- promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione (articolo 4, comma 1, lettera g) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

I criteri di valutazione dei LEA (area domiciliare) 2011 hanno riguardato:

- diffusione della valutazione multidimensionale dei disabili,
- adozione di procedure unificate di presa in carico del disabile,
- fissazione delle quote a carico delle ASL e dei Comuni per tutte le tipologie di assistenza,
- completezza e congruità dei dati forniti nel Questionario 2011.

La Regione viene valutata inadempiente se non raggiunge il punteggio totale di 70/82 e, comunque, se non raggiunge la soglia minima nelle tre voci (valutazione multidimensionale 15 punti, ripartizione degli oneri 20 punti e tabelle, 27 punti); di seguito, i risultati pubblicati nel report LEA 2011, dalla quale si evince l'inadempienza di quattro regioni localizzate al Sud ed attualmente commissariate.

AFT E ASSISTENZA DOMICILIARE

Anche i servizi erogati dai Comuni, denominati Servizio di Assistenza Domiciliare o SAD, e che hanno il principale fine di supportare gli anziani con difficoltà nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana, registrano variabilità di copertura tra le Regioni con la tradizionale forbice Nord ed il Centro-Sud.

SAD ANZIANI – 2011 – COPERTURA
(FONTE ISTAT)

Regione	SAD anziani % Comuni 2011	SAD anziani Indice di copertura 2011
Abruzzo	89,2	91,9
Basilicata	78,6	78,6
Calabria	42,1	53,3
Campania	73,5	64,0
Emilia-Romagna	88,3	86,3
Friuli-Venezia Giulia	95,9	97,4
Lazio	74,3	89,6
Liguria	94,5	98,9
Lombardia	86,1	93,9
Marche	76,8	89,9
Molise	75,0	70,3
Piemonte	92,0	96,2
PA di Bolzano	n.d.	n.d.
PA Trento	100,0	100,0
Puglia	70,5	79,8
Sardegna	90,7	94,2
Sicilia	74,6	87,7
Toscana	89,2	86,1
Umbria	76,1	72,4
Valle d'Aosta	78,4	84,6
Veneto	93,3	97,4

Quanto all'ADI, esistono numerose sperimentazioni sul territorio, alcune delle quali avanzate, intese a raggiungere gli obiettivi fissati dal Ministero della Salute:

- l'**Emilia Romagna** ha investito:
 - nel 2011, il 2.54% della spesa sanitaria regionale,
 - nel 2013, il 3.10%,

- il **Lazio** conferma l'obiettivo di mantenere il più a lungo possibile il paziente al domicilio, utilizzando le strutture residenziali solo per i non autosufficienti gravi,

- la **Basilicata** governa la rete dei servizi sanitari domiciliari tramite il Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative, integrato nell'Unità operativa Assistenza Domiciliare e Residenzialità,

- la **Campania** registra significative difficoltà nell'integrazione tra sociale e sanitario, ha sinora investito lo 0,75% della spesa sanitaria regionale non raggiungendo il target del 3,5% e programmando di raggiungerlo entro fine 2015,

- il **Friuli Venezia Giulia** assicura l'assistenza infermieristica domiciliare gg7/7 e h12; l'infermiere è dunque il motore dell'assistenza domiciliare e dell'integrazione con i servizi sociali comunali,

- la **Lombardia** ha da poco concluso una sperimentazione per l'adozione di un nuovo modello che prevede strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno delle persone che necessitano di ADI e che include specifici progetti soprattutto nell'area delle cure palliative.

Alla luce di quanto sopra esposto riteniamo che la specialistica ambulatoriale convenzionata e le altre professionalità possano organizzarsi al meglio in AFT dedicate all'assistenza domiciliare potenziando sempre più questo tipo di attività di grande impatto sanitario e sociale a garanzia delle cure dei pazienti fragili non autosufficienti.



AFT - UCCP SPECIALISTICHE PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

Le cure primarie rappresentano un'area-sistema, concetto ripreso in diversi documenti del Ministero della Salute, dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera.

Per le cure primarie a prevalere è il cosiddetto paradigma "dell'iniziativa" con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla "promozione attiva" della salute e al rafforzamento delle risorse personali (auto-cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità quando invece per l'assistenza ospedaliera è prevalente il paradigma "dell'attesa" con il quale si evidenzia un pattern assistenziale ad elevata standardizzazione ed intensività tecnicoassistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento "nuovo" e con caratteristiche prevalentemente di acuzie, di urgenza od emergenza.

Due paradigmi assistenziali che ancorché identifichino bisogni e fasi diverse fanno parte di una unica rete e del medesimo percorso assistenziale della persona al quale garantire dunque presa in carico, assistenza costante e continuità di cure.

OSPEDALI (attesa)	CURE PRIMARIE (iniziativa)
Paziente in fase acuta (accesso da PS o programmato)	Persona sana Paziente cronico Paziente non autosufficiente Paziente fragile
Trattamento del paziente legato al singolo episodio	Presa in carico della persona Continuità assistenziale
Logica delle grandi organizzazioni Modelli organizzativi e offerta omogenei Forte specializzazione Rapporti gerarchici Domanda di cura specifica, (monodimensionale) Prestazione sanitaria	Ancora in cerca di modelli organizzativi Servizi legati a sperimentazioni Molteplicità di professioni Relazioni funzionali Domanda variabile, multidimensionale Prestazione sanitaria, socio-sanitaria

La capacità del sistema si realizza laddove esso sappia rispondere in maniera appropriata selezionando la più idonea forma assistenziale che garantisca non solo l'efficacia dell'intervento reso ma anche la migliore vita possibile per il paziente in quel dato momento e i minori costi a carico della collettività.

Si realizza in tal senso un nuovo modello di presa in carico del cittadino che consente, attraverso un impegno professionale, individuale e di sistema, di ripensare l'intero processo che parta dall'accesso ai servizi sanitari in un'ottica di equità e sviluppo della medicina di iniziativa.

Dunque nuovo approccio professionale, orientato alla presa in carico "proattiva" dei cittadini, nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi compromettendo lo stato di salute e nuovo approccio culturale che organizza in via preventiva risposte assistenziali adeguate anche tramite valutazioni multidimensionale del bisogno.

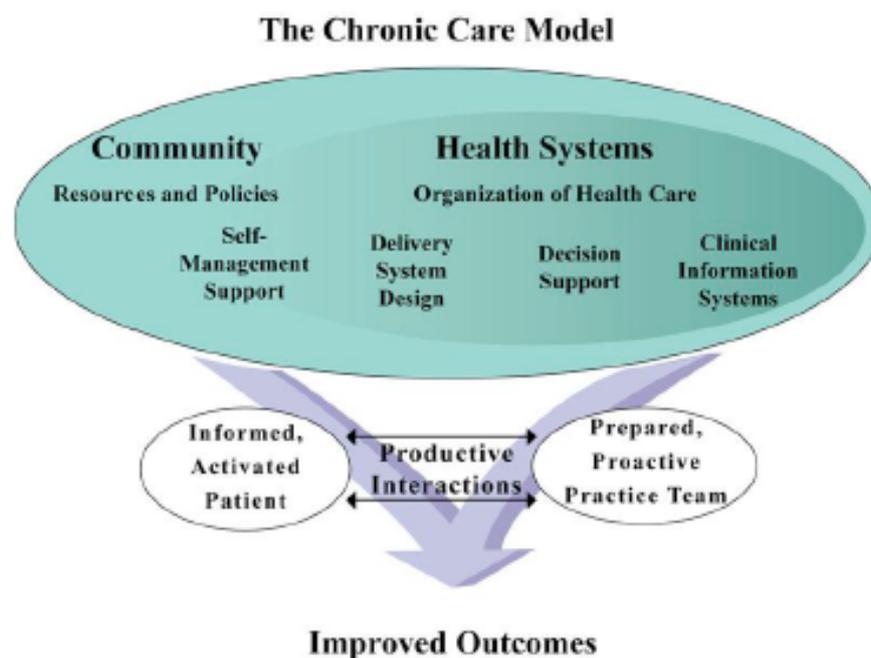
In più nuovi percorsi ospedalieri che richiedono integrazione a monte e a valle del ricovero e forme di integrazione multidisciplinare tra i professionisti senza steccati ed autoreferenzialità.

La AFT e l'UCCP costituiscono nell'ambito delle malattie croniche un nuovo concetto che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici.

Le AFT specialistica si basano mediante l'educazione sanitaria sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento (empowerment) ed il team multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e Specialisti Ambulatoriali.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management ed al follow-up, migliorano e ricorrono meno alle cure ospedaliere.

Il Chronic Care Model, elaborato dal Prof. Ed. Wagner, è basato sul principio che nello sviluppo di una buona assistenza per i pazienti cronici sia importante agire su sei fondamentali elementi.



1. **Le risorse della comunità.** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.

2. **Le organizzazioni sanitarie.** La gestione delle malattie croniche deve entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria.

3. Il supporto all'auto-cura. Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali; la gestione di queste malattie da parte del paziente e della sua famiglia può essere insegnata e un rilevante segmento di questa gestione – ad esempio alimentazione, esercizio fisico, monitoraggio dei parametri, terapie farmacologiche – può essere trasferito sotto il loro diretto controllo.

Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.

4. L'organizzazione del team. La struttura del team assistenziale (medici specialisti ambulatoriali, medici di famiglia, infermieri, educatori) deve essere modificata, introducendo una divisione del lavoro e separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici.

I medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati, e formano il personale del team.

Il personale non medico è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni (test di laboratorio per i pazienti diabetici, esame del piede, etc.) e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti.

Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team.

5. Il supporto alle decisioni. L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza fornisce al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici.

6. I sistemi informativi. I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni:

- a) come sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida;
- b) come feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche;
- c) come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population-based".

Le sei componenti del Chronic Care Model sono interdipendenti, costruite l'una sull'altra.

Come obiettivo finale il modello prevede un paziente informato che interagisce con un team preparato e proattivo, con lo scopo di ottenere cure primarie di alta qualità, un'utenza soddisfatta e miglioramenti nello stato generale di salute della popolazione.

Un modello quindi che prevede:

- team multi-professionali (medici specialisti, medici di famiglia, infermieri, altre professioni sanitarie e sociali) in grado di prendersi carico di gruppi di popolazione (minimo 10 mila abitanti) e di garantire loro una continuità assistenziale integrata;

- il supporto all'auto-cura. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi;

- infrastrutture fisiche organizzate per consentire il lavoro associato dei team multi-professionali secondo il metodo della sanità d'iniziativa;

- la disponibilità di cure intermedie all'interno della rete dei servizi, posti letto ad alta intensità assistenziale infermieristica/riabilitativa in grado di garantire la continuità assistenziale nei pazienti dimessi dall'ospedale o non in grado di rimanere al proprio domicilio a causa di una malattia intercorrente che tuttavia non richiede un ricovero ospedaliero.

Qui si inserisce uno dei temi che osta allo sviluppo di questo percorso e che riguarda proprio la realizzazione di ambienti non domiciliari e non ospedalieri in grado di rappresentare idonei luoghi di assistenza e di cura riconducibili agli UCCP del decreto.

L'osservazione concreta della difficoltà che le Regioni vivono nel riconvertire i piccoli presidi ospedalieri sul territorio, spesso indistinti e caratterizzati dalla presenza di unità operative con attività generaliste e non particolarmente specializzate (Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia, Pediatria, ... ecc.), è la prova evidente della presenza di blocchi che impattano tutto il percorso di riorganizzazione sanitaria.

In tale contesto vince il particolare sul generale e quando il particolare ha la meglio spesso non è seguito da un intervento coerente. Con buona pace per il processo di riconversione delle cure.

Pur in questo contesto complesso, l'obiettivo strategico rimane riorganizzare il sistema delle risposte al cittadino e favorire lo sviluppo di condizioni che permettano di mantenere il livello di salute il più alto possibile.

A tal fine occorre rilanciare l'azione riformatrice delle Regioni.

Una sollecitazione in tal senso è certamente la riproposizione dell'auspicata revisione del titolo V della Costituzione in tema di afferenze e potestà degli Enti territoriali.

Non si intende entrare in questa sede in aspetti di scelte nell'una o nell'altra direzione, riproponendo la sterile contrapposizione tra autonomisti e centralisti.

Occorre prendere atto che qualcosa non ha funzionato in questa "regionalizzazione" della sanità, almeno in molti casi, e partire da lì, con i nuovi ACN della medicina convenzionata, per provare ad assorbire le tante storture del sistema cercando di creare un sistema più omogeneo possibile anche tenendo conto delle diverse realtà locali.

Qualche luce nel tunnel si intravede. Il percorso è però ancora lungo.

Due precisazioni.

Per quanto concerne l'acuzie, l'evoluzione tecnologica e scientifica in sanità stanno ampliando rapidamente il ventaglio di patologie acute per le quali sarà sempre minore l'intensità assistenziale, permettendo lo shift del loro trattamento dal regime di degenza a quello ambulatoriale, dall'ospedale al territorio.

Perciò il paradigma acuzie – medicina reattiva – ospedale, andrà modificato in futuro inserendo il fattore intensità assistenziale, riservando al regime di ricovero ospedaliero solo la media ed alta intensità assistenziale (anche in compresenza di emergenza / urgenza) mentre le patologie acute di minima e bassa intensità assistenziale saranno sempre più campo di azione della specialistica ambulatoriale.

Per quanto riguarda la cronicità, ricordiamo come il CCM, nella sua implementazione originale canadese e nella declinazione di maggior successo realizzata dalla Kaiser Permanente californiana, prevede la stratificazione delle patologie croniche in base alla gravità ed alla complessità, per affidarne la gestione ad attori diversi:

- il paziente in autogestione, per il monitoraggio più semplice;
- il general practitioner per i casi di minore gravità;
- lo specialista territoriale per i casi di media – elevata gravità o in presenza di co-morbilità.

Questo aspetto è stato, a nostro avviso, sottovalutato nelle proposte finora presentate nel nostro Paese, ma riteniamo sia in realtà fondamentale per raggiungere gli obiettivi di controllo delle patologie croniche, specie nei casi più complessi, dove si concentrano i maggiori problemi non solo sanitari, ma soprattutto di fragilità sociale e di sostenibilità economica.



TEORIA E METODO PER LA DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI ORE (AFT/UCCP)

PREMESSA METODOLOGICA

La ricerca di una metodologia chiara e convincente per determinare il fabbisogno di ore di attività di Medicina Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna e in specie di Medici Specialisti che le coprono, ha avuto inizio ormai da diversi anni.

Le riflessioni in merito sono concretamente iniziate nel lontano 1968 con la pubblicazione "I Medici in Italia, constatazioni e prospettive" cui ha fatto seguito una serie di studi che, tra l'altro, hanno allora evidenziato il pericolo imminente di una crescente "plethora medica" di fatto, fuori controllo.

Non è questa evidentemente la sede giusta per richiamare l'attenzione sulla validità degli studi anzidetti e sui vari passaggi degli stessi che, nel tempo, mentre hanno suscitato un'obiettiva risonanza mediatica, non hanno trovato un'adeguata attenzione, sia pure critica, da parte di quanti avevano (ed hanno) motivo di intervenire in merito con opportune determinazioni.

Non si può non chiarire, però, che l'ipotesi che qui si intende proporre per favorire la definizione dei criteri per giungere ad una soddisfacente formulazione di un metodo idoneo ad individuare l'effettivo fabbisogno di ore di medicina specialistica ambulatoriale convenzionata interna finalizzata ad aggregazioni professionali quali le AFT si fonda proprio sugli studi anzidetti, in particolar modo sul "Coefficiente di domanda medica" e sulle successive integrazioni.

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI ORE

Tanto premesso prima di entrare in argomento, onde consentire a chi ne avesse interesse di documentarsi compiutamente in merito, si ritiene opportuno segnalare, in questa stessa pagina, nell'apposita nota, la Bibliografia essenziale alla quale si fa riferimento.

Resta da aggiungere che tutta la "Bibliografia" consultata si propone essenzialmente lo scopo di suggerire un sistema idoneo a favorire la determinazione di quali ore di medicina specialistica ambulatoriale interna occorrono, di quante ne occorrono e dove occorrono.

Nota Bibliografica:

- 1) *Federazione Nazionale Ordini dei Medici - Magi D.: I Medici in Italia, constatazioni e prospettive, in Federazione Medica, n°2, 1968;*
- 2) *Magi D.: Medici e Studenti in Medicina in Italia: situazione al 1975 e previsione al 1985, in Rivista ENPDEDP, nn. 1/2, 1976*
- 3) *Magi D.: Medici e domanda medica in Italia, Editore Masson, Giugno 1982;*
- 4) *Magi D.: Specialista e dove, in La Rivista del Giovane Medico, Editore Masson, nn. 10-11/1983, nn. 9-10/1984, nn. 1/4 e 9/1985;*
- 5) *Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma: Censimento dei Medici Italiani al 30 giugno 1984, , Edizioni Scientifiche La Rivista Medica Italiana, Settembre 1984;*
- 6) *Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma: Dossier Salute: Italia 1985, Edizioni Scientifiche La Rivista Medica Italiana, Settembre 1984;*
- 7) *Regione Lazio, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma: La Spesa Sanitaria dal 1970 al 1987 in Italia e nel Lazio: Analisi statistica e ipotesi di razionalizzazione, Marzo 1989;*
- 8) *Magi D., Splendori F., Vanini G.: I Dati della Salute, Annuario Sanità in Italia 1990-1991-1992-1993- 1994-1995, Divisione Editoriale Publiaci, Roma;*
- 9) *Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma: Censimento dei Medici Italiani al 1 gennaio 1996, Edizioni Sismos, supplemento a La Rivista Medica Italiana, Settembre 1996;*
- 10) *Lala R., Magi A.: Medici SUMAI: realtà in evoluzione per la tutela della salute in Italia, rilevazione 2001, Edizioni SUMAI, Ottobre 2001;*
- 11) *Assistenza Medica Specialistica Extraospedaliera, Regione Lazio, Edizioni SUMAI, Ottobre 2002.*

IL COEFFICIENTE DI DOMANDA MEDICA

Il “Coefficiente di Domanda Medica” che di seguito si propongono fonda su due premesse essenziali:

- la prima, si identifica nel principio, largamente illustrato e commentato nella Bibliografia di riferimento, che considera la “Domanda Medica” ineludibile effetto del concatenamento di una serie di fattori di vario ordine e grado che condizionano lo “Stato di salute” della popolazione oggetto di interesse;

- la seconda, deriva, invece, dal convincimento che solo un’adeguata conoscenza della “Domanda Medica” può consentire l’idonea determinazione qualitativa e quantitativa dei medici necessari per soddisfare la “Domanda Medica” anzidetta.

Per quanto concerne la prima delle premesse enunciate sembra ovvio far presente che tutti i fattori che condizionano lo “Stato di salute” di una popolazione, concorrono a determinare, nella stessa, l’entità e la qualità di “Domanda Medica”.

Tra i tanti fattori anzidetti qui sono stati scelti quelli che la metodologia statistica consente di riassumere in precisi “Indicatori” e quindi di rispondere al meglio ai fini perseguiti. Tali sono sembrati appunto, gli:

- indicatori bio-demografici di maggior rilievo, quelli ai quali certamente deve essere rivolta la massima attenzione di chiunque intenda cimentarsi nella definizione di un realistico programma di organizzazione sanitaria;

- indicatori di capacità assistenziale nei vari settori dell’assistenza sanitaria come quello dell’assistenza territoriale e di ricovero nelle strutture pubbliche e private convenzionate;

- indicatori di demografia medica, perché permettono di valutare l'effettiva consistenza dei fattori davvero indispensabili dell'assistenza sanitaria, quello rappresentato, appunto, dai Medici;

- indicatori di condizione sociale perché danno indicazione sulle condizioni di precarietà e di fabbisogno maggiore di assistenza sanitaria pubblica.

Da questi brevi cenni in ordine ai criteri scelti per la determinazione del "Coefficiente di domanda Medica" appare già chiaro ed evidente che lo stesso implica un percorso metodologico assai complesso e, pertanto, meritevole di essere opportunamente descritto.

Ciò richiederebbe, è intuitivo, una lunga trattazione che non troverebbe spazio in queste "linee guida" perché, come si è detto più volte, risponde volutamente ad un'impostazione basata sulla sintesi.

Non a caso, tuttavia, sono state dianzi indicate – con la "nota bibliografica" – le "fonti" elaborate e consultate dalle quali lo studio muove e alle quali si rimanda ove si volesse avere in merito ampie informazioni e utili chiarimenti.

Tanto premesso, nella pagina successiva, nell'apposita Tabella, si riportano tutti gli indicatori (ben 45) messi a punto e utilizzati per la determinazione del "Coefficiente di Domanda Medica" che si ritiene attualmente valido e quindi rispondente allo scopo.

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI ORE

INDICATORI PER DETERMINAZIONE DEL COEFFICIENTE DI DOMANDA MEDICA

<p>Indicatori Bio-Demografici (24)</p> <p><i>Indice di densità demografica</i></p> <p><i>Indice di femminilità</i></p> <p><i>Indice di vecchiaia</i></p> <p><i>Indice di mortalità infantile per 1.000 ab.</i></p> <p><i>Indice di natalità per 1.000 abitanti</i></p> <p><i>Indice di mortalità generale per 1.000 ab.</i></p> <p><i>Indice Malati di Alzheimer e demenze senili per 1000 abitanti</i></p> <p><i>Indice Malati di Parkinson per 1000 abitanti</i></p> <p><i>Indice Malati di tumori maligni per 1000 ab.</i></p> <p><i>Indice Malati di cirrosi epatica per 1000 ab.</i></p> <p><i>Indice Mal. di calcolosi renale per 1000 ab.</i></p> <p><i>Indice Mal. di ulcera gastrica e duodenale per 1000 abitanti</i></p> <p><i>Indice Mal. di osteoporosi per 1000 abitanti</i></p> <p><i>Indice Mal. di artrosi e artrite per 1000 ab.</i></p> <p><i>Indice Malati di tiroide per 1000 abitanti</i></p> <p><i>Indice Mal. di asma bronchiale per 1000 ab.</i></p> <p><i>Indice Malati di bronchite cronica ed enfisema per 1000 abitanti</i></p> <p><i>Indice Malati di ictus ed emorragia cerebrale per 1000 abitanti</i></p> <p><i>Indice Mal. di angina pectoris per 1000 ab.</i></p> <p><i>Indice Mal. di infarto del miocardio per 1000 abitanti</i></p> <p><i>Indice Malati di ipertensione arteriosa per 1000 abitanti</i></p> <p><i>Indice Malati di patologie allergiche per 1000 abitanti</i></p> <p><i>Indice Malati di diabete per 1000 abitanti</i></p> <p><i>Indice Malati di cataratta per 1000 abitanti</i></p>	<p>Indicatori di Capacità Assistenziale (9)</p> <p><i>Indice posti letto per 10.000 abitanti</i></p> <p><i>Indice ambulatori pubblici per 100.000 ab.</i></p> <p><i>Indice ambulatori privati convenzionati per 100.000 abitanti</i></p> <p><i>Indice ambulatori pubblici per ASL</i></p> <p><i>Indice rapporto tra ambulatori pubblici/privati per ASL</i></p> <p><i>Indice accessi al PS non seguiti da ricovero per 100 abitanti</i></p> <p><i>Indice degenza media per 100 abitanti</i></p> <p><i>Indice di ospedalizzazione per 100 abitanti</i></p> <p><i>Indice utilizzo posti letto per 100 abitanti</i></p> <p>Indicatori di demografia medica (7)</p> <p><i>Indice MMG per 10.000 abitanti</i></p> <p><i>Indice PLS per 10.000 abitanti</i></p> <p><i>Indice MCA per 10.000 abitanti</i></p> <p><i>Indice Medici Dipendenti per 10.000 abitanti</i></p> <p><i>Indice Infermieri Dipendenti per 10.000 ab.</i></p> <p><i>Indice di anzianità dei medici</i></p> <p><i>Indice di pre-turnove</i></p> <p>Indicatori di condizione sociale (5)</p> <p><i>Indice reddito per abitante</i></p> <p><i>Indice di occupazione</i></p> <p><i>Indice di disoccupazione</i></p> <p><i>Indice di incidenza di povertà</i></p> <p><i>Indice di scolarità superiore</i></p>
--	---

METODOLOGIA SEGUITA

Dopo aver rilevato ciascun indicatore è stata determinata la distribuzione percentuale dello stesso ai vari livelli territoriali assumendo pari a 100 il corrispondente dato nazionale. Si è poi proceduto a determinare la Media delle distribuzioni percentuali (ai vari livelli territoriali) dei Gruppi di indicatori così suddivisi:

- 1° Gruppo: Indicatori bio-demografici;
- 2° Gruppo: Indicatori di Demografia Medica;
- 3° Gruppo: Indicatori Socio-sanitari (condizione sociale, capacità assistenziale).

E' stata quindi determinata la Media del 2° e del 3° Gruppo. Infine è stata determinata la Media tra i Valori della media del 2° e i valori della Media del 1° Gruppo. I Valori così ottenuti sono stati definiti:

Coefficiente di Domanda Medica

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI ORE

Come si rileva dalla precedente Tabella la stessa non manca di alcune brevi e precise informazioni sulla “metodologia seguita”.

Non si presume, ovviamente, di aver così soddisfatto le esigenze informative che la “metodologia eseguita” richiede.

Del resto basta anche la più superficiale lettura dell’elenco degli indici rilevati per comprendere la complessità dello studio svolto.

La semplice valutazione dell’importanza di ogni singolo indicatore è sufficiente per comprendere le difficoltà insite nello studio svolto, comunque largamente compensate dalle suggestive finalità perseguite.

Per quanto concerne, poi, la seconda delle premesse dianzi enunciate – la determinazione qualitativa e quantitativa delle ore di Medicina Specialistica Convenzionata Interna necessarie per l’aggregazione monoprofessionale (AFT) e per soddisfare la “Domanda Medica” – va subito precisato che manca al riguardo ogni riferimento comunque utile ad indicare con certezza quale può essere l’effettivo bisogno di ore di specialistica convenzionata interna per garantire la Tutela medica di una qualsiasi Comunità.

E’ per questo, come si evince dalla “Bibliografia” più volte evocata che si impone la necessità di far ricorso ad un “Modello Teorico” che, in quanto tale, risulta basato necessariamente su “ipotesi” da sottoporre ad attenta sperimentazione; quindi, come si vuole dire, da verificare sul campo.

La Tabella, riportata più avanti, indica il “Modello Teorico” sul quale si è ritenuto, nel presente studio, di poter calcolare quali e quante dovrebbero essere le ore di Medicina Specialistica Convenzionata Interna necessarie per garantire un’efficiente ed efficace Assistenza Specialistica Territoriale anche in funzione della AFT HUB e SPOKE sopra descritte ed avendo già considerato nel calcolo ed anche pesato la presenza di altra attività di assistenza specialistica (Ospedaliera, Convenzionata Accreditata Esterna).

Ore da distribuire poi sul territorio secondo il Coefficiente di Domanda Medica e, successivamente, ponderare (quanto meno in riferimento alle Branche Specialistiche davvero fondamentali) mediante i diversi “indicatori statistici” utilizzati per determinare appunto il Coefficiente di Domanda Medica e dei quali si è ampiamente trattato nelle pagine precedenti.

Seguendo la metodologia brevemente esposta nella pagina che riporta i 45 Indicatori Statistici utilizzati per la messa a punto del Coefficiente di Domanda Medica, è stata individuata la “Domanda Medica” che, secondo i criteri seguiti, sarebbe invocata in ciascuna delle 20 Regioni Italiane.

La complessità del calcolo e la molteplicità degli indicatori coinvolti nello stesso, come si è detto, meriterebbero certamente una descrizione illustrativa ampia e particolareggiata.

Per i motivi più volte indicati, tuttavia, in questa sede una tale descrizione non troverebbe adeguato svolgimento.

La descrizione anzidetta, però, risulta puntualmente esposta nelle varie pubblicazioni che hanno costituito le “Fonti” della presente elaborazione, “Fonti” chiaramente elencate nella “Nota Bibliografica” riportata dianzi a completamento della “Premessa Metodologica”.

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI ORE

AFT - FABBISOGNO DI ORE DI SPECIALISTICA
CONVENZIONATA INTERNA – MODELLO TEORICO

BRANCA SPECIALISTICA	N. ORE SETTIMANALI PER 1.000 ABITANTI
* Branche con Associazione di Specialisti Strutturalmente c/o per immissione	
Allergologia	0,0461
Anatomia Patologica	0,0096
Anestesiologia e Rianimazione	0,1143
Angiologia*	0,1461
Audiologia*	0,0382
Biochimica clinica	0,0328
Cardiologia	0,0098
Cardiologia*	0,5879
Chirurgia Generale	0,0810
Chirurgia Maxillo-Facciale	0,0078
Chirurgia Pediatrica	0,0067
Chirurgia Plastica	0,0100
Chirurgia Toracica	0,0097
Chirurgia Vascolare*	0,0104
Dermatologia*	0,2941
Diabetologia	0,0647
Ematologia	0,0418
Endocrinologia	0,1340
Farmacologia e Tossicologia Clinica	0,0055
Fisica Sanitaria	0,0012
Fisiochinesiterapia	0,1490
Foniatría	0,0260
Gastroenterologia	0,0743
Genetica Medica	0,0078
Geriatría	0,1995
Iddrodimatologia	0,0035
Igiene e Medicina Preventiva	0,0253
Malattie Infettive	0,0382
Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	0,0979
Medicina Interna	0,0902
Medicina del Lavoro	0,0076
Medicina dello Sport*	0,0727
Medicina di Comunità	0,1155
Medicina Legale	0,1902
Medicina Nucleare*	0,0140
Medicina Trasfusionale	0,0091
Microbiologia e Virologia	0,0068
Nefrologia	0,0127
Neonatalogia	0,0020
Neurochirurgia	0,0065
Neurofisiopatologia*	0,0079
Neurologia*	0,2909
Neuropsichiatria Infantile	0,1912
Neuroradiologia*	0,0161
Occhialistica*	0,5304
Odontoiatria	0,5497
Oncologia	0,0822
Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base	0,0352
Ortopedia	0,3016
Ostetricia e Ginecologia*	0,5471
Otorinolaringoiatria*	0,2411
Patologia Clinica	0,2894
Pediatria	0,2184
Pneumologia*	0,0894
Psichiatria	0,3668
Psicologia	0,0812
Psicoterapia	0,0507
Radiologia*	0,3884
Radioterapia	0,0087
Reumatologia	0,0456
Scienze dell'Alimentazione e Dietologia	0,0570
Tossicologia Medica	0,0405
Urologia*	0,0856
TOTALE	7,3088

Fonte: La Rivista Medica Italiana - Società Italiana Medicina Specialistica S.I.M.S.
Elaborazione: Centro Studi SUMAI Assoprof

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI ORE

Per brevità, mentre si rimanda ancora una volta – per ogni eventuale opportuno approfondimento – alla “Bibliografia” consultata e consigliata, si ritiene utile riassumere, con la Tabella prossima il Coefficiente di Domanda Medica calcolato in riferimento a ciascuna delle 20 Regioni Italiane.

Dalla Tabella, ovviamente, è possibile ricavare gli elementi necessari per procedere alla determinazione sia del fabbisogno qualitativo sia di quello quantitativo delle ore di Medicina Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna ritenuto indispensabile per il soddisfacimento della Domanda di Assistenza Medica Territoriale e per l’organizzazione di AFT (Hub e Spoke) che viene dalla popolazione di ciascuna Regione.

**COEFFICIENTE DI DOMANDA MEDICA PER REGIONE
TABELLA (A)**

INDICI	Tavola	Piemonte	V.A. Umbria	Lombardia	Trentino A.A.	Veneto	Friuli V.G.	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria
1 Società Demografica	100,00	75,30	-59,00	239,38	-24,03	165,00	38,80	199,00	95,30	92,80	7,00
2 Indice di Fattibilità	100,00	103,30	99,97	99,98	99,97	99,98	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
3 Indice di Vaccinale	100,00	137,30	185,51	103,32	70,27	96,36	145,47	166,09	133,98	145,51	140,87
4 Indice di Mortalità Infantile	100,00	103,32	97,38	99,15	100,18	99,17	98,51	99,73	98,73	99,40	99,52
5 Indice di Mortalità	100,00	99,33	100,40	103,54	101,17	100,42	99,17	98,06	100,35	99,32	99,64
6 Indice di Mortalità Generale	100,00	101,24	100,55	99,36	99,88	99,43	100,88	100,44	101,33	101,59	101,43
7 Indici di Assistenza e Demografia Sanità	100,00	109,30	99,75	99,93	99,99	99,91	100,82	100,34	100,13	100,25	100,55
8 Indici di Particolarità	100,00	99,95	99,91	103,32	99,99	99,99	100,82	100,06	100,12	100,33	100,30
9 Indici di Tasseo Medico	100,00	98,88	100,18	103,68	99,73	100,10	98,84	100,01	100,12	100,23	100,04
10 Indici di Circoli ospedalieri	100,00	99,85	99,75	103,38	103,15	100,00	99,84	99,86	100,31	99,82	100,08
11 Indici di Calcoli renali	100,00	103,14	100,30	99,73	99,71	100,05	99,43	100,61	100,36	100,15	100,76
12 Indici di Ulcera gastrica e duodenale	100,00	99,55	99,62	99,58	99,95	100,30	99,85	100,06	100,36	99,87	100,57
13 Indici di Osteoporosi	100,00	99,57	99,22	103,35	98,16	99,13	100,24	101,64	98,97	100,57	100,90
14 Indici di Artrosi e Artrite	100,00	99,40	99,60	99,27	99,59	99,55	100,43	100,01	100,79	100,62	100,26
15 Indici di Tiroide	100,00	99,12	100,01	99,14	99,79	99,69	99,76	100,56	100,76	100,48	100,43
16 Indici di Azione bronchiale	100,00	99,90	100,82	103,32	99,99	99,99	99,45	100,86	100,12	100,76	100,84
17 Indici di Bronchite cronica, Enfisema	100,00	100,30	100,84	103,30	99,91	99,99	99,57	99,83	100,18	99,86	100,83
18 Indici di Ischemia, Anomalia congenita	100,00	99,88	99,82	99,86	99,90	100,04	99,97	100,01	100,18	100,58	100,34
19 Indici di Angina Pectoris	100,00	99,77	100,05	103,16	103,03	99,99	100,49	99,98	100,22	99,81	99,93
20 Indici di Infarto del miocardio	100,00	99,80	99,90	103,18	99,87	99,90	99,83	100,75	100,22	100,62	100,26
21 Indici di Ipertensione arteriosa	100,00	103,60	100,50	103,34	97,78	101,55	101,64	104,26	101,17	99,31	104,20
22 Malattie Arterio-sclerotiche	100,00	99,30	103,02	101,88	100,37	101,03	100,25	101,20	101,85	100,62	102,90
23 Indici di Diabete	100,00	99,66	99,28	99,14	99,71	99,69	99,70	100,38	98,51	100,13	100,88
24 Indici di Colesterolo	100,00	99,80	99,60	99,81	99,88	99,70	100,84	100,30	100,70	100,48	100,86
25 Indici IHD per 10.000 abitanti	100,00	103,11	100,47	99,17	99,82	99,62	100,62	98,57	99,90	100,45	100,74
26 Indici PAS per 10.000 abitanti	100,00	99,73	100,00	99,26	99,21	99,10	99,35	99,61	101,45	100,57	100,85
27 Indici RCA per 10.000 abitanti	100,00	99,72	99,82	99,88	99,22	99,14	99,76	98,75	99,44	99,56	100,47
28 Indici Medici Sp. Osp. per 10.000 ab.	100,00	101,84	100,92	99,38	99,73	97,97	100,87	102,78	101,23	102,38	103,30
29 Indici Infermieri Sp. per 10.000 ab.	100,00	103,61	100,18	92,33	113,24	108,16	114,35	112,78	111,89	111,60	108,97
30 Indici di Assistenti dei medici	100,00	99,87	103,12	104,22	79,25	104,65	103,82	103,63	104,96	113,61	89,68
31 Indici di Pre-tasseo dei medici	100,00	1,875	2,038	2,017	2,001	1,984	2,853	3,177	1,988	2,122	2,122
32 Indici Posti letto per 10.000 abitanti	100,00	99,45	94,63	101,33	105,37	98,84	97,47	101,66	104,58	97,78	101,95
33 Ambulatori pubbl. per 100.000 ab.	100,00	101,25	93,81	99,54	110,18	97,22	100,52	108,87	99,30	100,10	102,89
34 Ambulatori priv. conv. per 100.000 ab.	100,00	91,98	91,68	97,23	94,21	95,14	97,37	97,34	94,56	99,80	97,71
35 Indici Ambulatori pubblici per ASL	100,00	93,28	78,11	99,31	111,11	86,63	92,28	107,51	101,38	103,83	96,86
36 Indici Ambulatori priv. conv. per ASL	100,00	71,28	85,49	103,22	75,89	79,67	74,36	90,89	84,87	94,57	73,24
37 Rap. Amb.Pubb./Priv. Conv. per ASL	100,00	103,63	99,80	99,88	103,45	100,07	103,58	103,45	100,73	100,88	102,75
38 Indici Accessi PS non ospedalieri	100,00	104,14	103,41	102,98	103,05	102,12	100,14	100,77	102,80	103,87	103,01
39 Indici di eleganza media	100,00	103,28	100,64	99,76	103,96	101,04	100,26	100,48	100,67	100,23	98,74
40 Indici di ospedalizzazione	100,00	73,78	73,62	104,18	102,47	88,23	73,23	103,36	112,85	84,84	82,94
41 Indici Utilizzo posti letto	100,00	102,13	93,26	99,28	99,01	103,99	96,40	102,86	103,18	98,22	101,69
42 Indici Bed/Day per abitante	100,00	99,37	95,64	99,98	99,84	99,64	99,84	99,97	99,37	99,45	99,97
43 Indici di Occupazione	100,00	103,28	100,61	103,82	108,93	106,09	103,56	99,83	107,32	102,81	102,37
44 Indici di Disoccupazione	100,00	98,14	97,09	97,34	96,85	97,15	97,37	98,73	96,77	98,21	98,47
45 Indici di Povertà	100,00	94,15	95,01	92,47	92,29	90,13	92,96	97,63	93,93	91,28	95,41
46 Indici di sostenibilità ospedaliere	100,00	103,10	100,33	103,84	103,99	100,45	99,92	99,80	100,95	100,15	99,80
COEFFICIENTE DI DOMANDA MEDICA	100,00	84,25	83,90	100,54	84,08	80,66	94,48	104,73	89,88	90,60	80,26

Elaborazione Centro Studi SUMAI Assoprof

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI ORE

COEFFICIENTE DI DOMANDA MEDICA PER REGIONE TABELLA (B)

INDICI	Italia	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sardegna
1 Indice di Demografia	100,00	275,00	75,00	-15,00	370,00	113,00	30,00	35,00	99,00
2 Indice di Fessibilità	100,00	100,02	100,00	99,99	100,00	100,00	99,99	100,01	99,99
3 Indice di Mortalità	100,00	98,18	119,02	117,13	49,45	73,98	101,43	84,23	73,84
4 Indice di Mortalità Infanzia	100,00	100,47	100,47	98,41	103,24	100,60	100,01	102,06	100,62
5 Indice di Mortalità	100,00	99,99	99,18	98,32	101,15	99,88	98,74	99,54	100,28
6 Indice di Mortalità Generale	100,00	99,47	100,79	101,08	98,84	98,88	100,07	99,42	100,01
7 Mortali/Atte/Anno e Genere/Geniti	100,00	99,95	100,02	100,02	99,94	99,97	100,14	100,00	99,92
8 Mortali di Partenza	100,00	99,88	99,88	99,92	99,93	99,99	100,23	100,08	100,08
9 Mortali di Tumori Maligni	100,00	100,12	98,38	99,24	98,53	98,82	98,52	98,62	100,04
10 Mortali di Carcinomi Epiteliali	100,00	99,88	99,93	100,04	100,00	99,92	100,12	100,18	99,98
11 Mortali di Calcio renale	100,00	100,10	100,08	99,89	99,44	99,71	100,92	100,14	99,58
12 Mortali di Ulcera peptica e duodenale	100,00	100,06	100,16	100,02	99,58	99,57	100,67	101,25	99,99
13 Mortali di Diabete	100,00	100,49	100,19	100,10	98,52	100,11	100,19	100,57	99,83
14 Mortali di Artrite e Artrite	100,00	100,03	101,62	103,14	98,81	97,98	100,10	102,95	99,17
15 Mortali di Febbre	100,00	101,10	100,12	100,76	98,88	98,19	101,21	101,22	99,48
16 Mortali di Asma bronchiale	100,00	100,31	100,01	100,03	99,26	99,19	99,83	99,83	99,29
17 Mortali di Bronchite cronica, Enfisema	100,00	100,72	100,93	101,73	100,25	100,74	101,71	101,94	100,57
18 Mortali di Infarto, Emorragia cerebrale	100,00	99,94	99,88	100,00	99,74	99,58	100,15	100,24	100,08
19 Mortali di Angina Pectoris	100,00	99,93	100,07	99,72	99,83	99,92	99,87	99,97	99,82
20 Mortali di Infarto del miocardio	100,00	100,04	100,16	100,07	98,80	99,94	99,82	100,02	99,87
21 Mortali di Ipertensione arteriosa	100,00	99,48	99,17	101,62	98,89	97,76	99,18	100,64	100,14
22 Mortali di Mieloma	100,00	100,93	99,14	99,01	99,56	99,68	98,01	99,33	97,98
23 Mortali di Diabete	100,00	100,31	100,35	99,97	100,10	100,32	101,00	101,30	101,03
24 Mortali di Cancro	100,00	100,12	101,20	100,06	99,05	99,02	100,03	100,20	99,81
25 Indice AMO per 10.000 abitanti	100,00	101,16	100,49	100,91	99,55	100,34	100,70	99,85	100,43
26 Indice PLS per 10.000 abitanti	100,00	101,09	101,62	99,43	98,82	100,52	99,03	100,15	101,24
27 Indice ACS per 10.000 abitanti	100,00	98,83	101,13	102,05	100,45	100,25	104,98	103,99	101,21
28 Indice Medici Dip. Osp. per 10.000 ab.	100,00	99,13	103,46	104,63	103,26	97,67	100,93	103,62	101,65
29 Indice Infermieri Dip. per 10.000 ab.	100,00	92,66	106,19	105,54	93,99	89,33	102,47	97,77	91,14
30 Indice di Anzianità dei medici	100,00	121,37	67,03	76,23	84,65	95,18	90,27	67,25	64,77
31 Indice di Proferimento dei medici	100,00	1,682	1,039	1,141	2,127	2,021	2,042	1,399	1,998
32 Indice Presc. letto per 10.000 abitanti	100,00	109,10	107,90	113,62	92,28	97,59	92,82	99,93	93,85
33 Ambulatori pubbl. per 100.000 ab.	100,00	98,40	98,40	98,03	98,41	100,24	103,88	103,14	98,27
34 Ambulatori priv. conv. per 100.000 ab.	100,00	101,26	98,33	100,03	110,62	99,43	98,00	102,66	117,88
35 Indice Ambulatori pubblici per ASL	100,00	102,38	84,94	93,11	100,23	101,61	90,11	95,55	112,08
36 Indice Ambulatori priv. conv. per ASL	100,00	117,67	87,49	95,49	156,34	99,24	76,89	90,40	222,93
37 Resp. Amb. Pubbl./Priv. Conv. per ASL	100,00	99,60	99,74	99,60	99,57	100,07	100,68	100,11	99,52
38 Indice Accessi PS non urgenti/100000	100,00	98,97	93,72	80,20	100,87	90,29	88,49	98,07	95,18
39 Indice di Spagnola media	100,00	101,67	98,82	100,12	98,26	98,97	99,44	98,48	98,48
40 Indice di ospedalizzazione	100,00	110,81	147,80	147,94	96,19	113,29	63,93	96,21	102,08
41 Indice Utilizzo posti letto	100,00	106,36	103,83	102,09	101,28	100,41	85,57	92,89	92,96
42 Indice Indotto per abitante	100,00	100,00	99,96	99,99	100,02	100,00	99,95	100,03	100,02
43 Indice di Occupazione	100,00	101,32	98,34	94,62	89,98	91,43	92,04	93,98	89,53
44 Indice di Disoccupazione	100,00	100,79	100,13	102,01	109,18	109,08	104,86	105,15	106,87
45 Indice di Povertà	100,00	94,40	99,32	101,43	111,10	109,08	113,13	113,93	114,98
46 Indice di scolarità superiore	100,00	99,12	99,57	99,81	100,34	100,29	99,82	99,84	100,21
COEFFICIENTE DI DOMANDA MEDICA	100,00	101,91	96,41	96,77	102,31	97,14	92,93	99,31	99,89
Elaborazioni: Centro Studi SUMAI Assoprof									

Alla luce della metodologia di calcolo sopra proposta appare opportuno aggiungere che sulla scorta di singoli e/o di parte degli "indicatori" che concorrono alla determinazione del "Coefficiente di domanda Medica" in carenza di una metodologia più specifica in merito – è possibile "ponderare" molto realisticamente la distribuzione di ore di specialistica ambulatoriale interna, per esempio nelle diverse branche specialistiche.

AFT - IL COEFFICIENTE SPECIFICO DI DOMANDA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA INTERNA

Il “Coefficiente specifico di domanda specialistica ambulatoriale convenzionata interna” è un ulteriore strumento che è stato ideato allo scopo di offrire un “indicatore specifico” capace di esprimere con metodo scientifico e con sufficiente approssimazione la “domanda specifica di ore di specialistica ambulatoriale convenzionata interna” necessarie per l’organizzazione di una Aggregazione Funzionale Territoriale AFT Specialistica (Hub e Spoke) per singola branca nell’ambito delle diverse aree territoriali del Paese.

Per una più adeguata valutazione del “Coefficiente specifico di domanda specialistica ambulatoriale convenzionata interna” basti far presente che ogni coefficiente specifico, diviso per aree di competenza, è la risultante del rapporto dei vari tempi per ottenere una prestazione specialistica per area di competenza rilevati sul territorio nazionale per Regione.

In particolare i dati in questione sono stati rilevati dai siti internet delle varie AA.SS.LL. che li hanno pubblicati e resi pubblici o direttamente dalle Sezioni Provinciali del Sindacato ed elaborate dal Centro Studi del SUMAI Assoprof, con il risultato di ottenere così 13 indicatori per aree di specialistica di competenza (Vedi le due prossime tabelle).

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI ORE

INDICATORI DEI TEMPI DI ATTESA PER AREA SPECIALISTICA

*Indice tempi di visita per Area Oncologica;
 Indice tempi di visita per Area Cardiovascolare;
 Indice tempi di visita per Area Materno-Infantile;
 Indice tempi di visita per Area Geriatrica;
 Indice tempi di visita per Area Neurologica;
 Indice tempi di visita per area Psichiatrica;
 Indice tempi di visita per Area Broncopneumologica;
 Indice tempi di visita per Area Chirurgica;
 Indice tempi di visita per Area Medica;
 Indice tempi di visita per Area Ortopedica-Reumatologica;
 Indice tempi di visita per Area Endocrinologica-Diabetologica;
 Indice tempi di visita per Aree Diverse
 Indice tempi di attesa per Area Radiologica e Diagnostica per Immagini*

TEMPI MEDI DI ATTESA PER AREA SPECIALISTICA E PER REGIONE

REGIONE E RIPARTIZIONI	Tempi attesa per Area Oncologia (giorni)	Tempi attesa per Area Geriatrico-vascolare (giorni)	Tempi attesa per Area Materno-Infantile (giorni)	Tempi attesa per Area Geriatrica (giorni)	Tempi attesa per Area Neurologica (giorni)	Tempi attesa per Area Psichiatrica (giorni)	Tempi attesa per Area Broncopneumologica (giorni)	Tempi attesa per Area Chirurgica (giorni)	Tempi attesa per Area Medica (giorni)	Tempi attesa per Area Ortopedica e Reumatologica (giorni)	Tempi attesa per Area Endocrinologica e Diabetologica (giorni)	Tempi attesa per Aree Diverse (giorni)	Tempi attesa per Area Radiologica e Diagnostica per Immagini (giorni)
Piemonte	15	30	27	33	34	30	36	40	30	31	29	30	174
Valle d'Aosta	1	5	8	11	14	15	10	10	9	8	9	13	71
Lombardia	14	18	21	16	34	23	25	34	18	23	23	23	78
Trentino-Alto Adige	15	30	27	30	30	30	30	25	30	26	26	30	93
Veneto	21	32	28	36	33	35	38	26	32	32	33	35	172
Friuli-Venezia Giulia	33	44	39	47	37	45	44	42	44	41	40	43	168
Liguria	29	62	41	45	36	45	36	34	62	42	45	45	184
Emilia-Romagna	28	33	33	33	33	30	36	37	33	40	30	30	97
Toscana	24	31	31	31	33	30	36	36	31	33	29	30	108
Umbria	17	35	32	37	32	40	34	37	35	35	28	40	178
Marche	13	27	27	36	31	35	41	38	27	42	26	35	163
Lazio	16	39	26	39	32	30	36	36	39	52	39	30	188
Abruzzo	17	62	34	42	42	35	37	38	62	51	42	35	402
Molise	16	33	43	34	37	40	47	44	33	44	37	40	91
Campania	45	33	41	41	43	40	51	49	33	53	45	40	183
Puglia	41	52	46	62	64	60	56	53	52	55	41	60	206
Basilicata	63	42	38	51	59	50	56	51	42	53	37	50	185
Calabria	18	27	33	34	36	35	44	40	27	44	34	35	130
Sicilia	24	32	31	36	45	40	41	38	32	37	33	40	176
Sardegna	23	30	29	41	44	40	42	36	30	39	31	40	99
ITALIA	26	36	33	39	40	38	41	39	36	39	37	38	142
Nord	20	32	28	32	31	32	33	30	32	30	30	32	130
Nord-ovest	15	29	24	26	30	29	26	27	29	26	27	29	127
Nord-est	24	35	32	37	33	35	37	33	39	39	33	39	133
Centro	27	43	34	45	42	38	45	45	43	43	41	38	144
Mezzogiorno	33	36	37	43	47	44	49	46	36	46	43	44	134
Sud	37	37	40	44	48	45	52	47	37	50	47	45	141
Isole	24	31	30	40	45	40	43	37	31	38	33	40	139
ITALIA	26	36	33	39	40	38	41	39	36	39	37	38	142

Assumendo come base uguale a 100 il valore di ciascuno degli indicatori anzidetti riscontrato in sede nazionale, si calcolerà così il “numero indice” corrispondente ad ogni indicatore rilevato nell’ Area di Branca.

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI ORE

SUDDIVISIONE BRANCHE SPECIALISTICHE PER AREA DI INTERESSE A LIVELLO TERRITORIALE

Area Oncologica	Area Chirurgica
Ematologia	Cardiochirurgia
Oncologia	Chirurgia Generale
Radioterapia	Chirurgia Maxillo-Facciale
Area Cardiovascolare	Chirurgia pediatrica
Angiologia	Chirurgia Plastica
Cardiologia	Chirurgia Toracica
Area Materno-Infantile	Chirurgia Vascolare
Neonatologia	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
Ostetricia e Ginecologia	Neurochirurgia
Pediatria	Oculistica
Area Geriatria	Odontoiatria
Geriatria	Otorinolaringoiatria
Area Neurologica	Urologia
Neurofisiopatologia	Area Medica
Neurologia	Allergologia
Area Psichiatrica	Anestesiologia e Rianimazione
Neuropsichiatria Infantile	Audiologia
Psichiatria	Dermatologia
Psicologia	Foniatra
Psicoterapia	Gastroenterologia
Area Bronco-Pneumologica	Malattie Infettive
Pneumologia	Medicina Interna
Area Ortopedico Reumatologica	Medicina dello Sport
Fisiochinesiterapia	Nefrologia
Ortopedia	Scienze dell'Alimentazione e Dietologia
Reumatologia	Tossicologia Medica
Area Endocrino-Diabetologica	Aree Diverse
Diabetologia - Endocrinologia	Anatomia Patologica
Area Diagnostica per Immagini	Biochimica clinica
Medicina Nucleare	Farmacologia e Tossicologia Clinica
Neuroradiologia	Fisica Sanitaria
Radiologia	Genetica Medica
	Idroclimatologia
	Igiene e Medicina Preventiva
	Medicina del Lavoro
	Medicina di Comunità
	Medicina Legale
	Medicina TrASFusionale
	Microbiologia e Virologia
	Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base
	Patologia Clinica

Da tutto quanto sin qui esposto è possibile ricavare, si presume, gli elementi indispensabili per poter formulare un'ipotesi credibile in ordine al "fabbisogno" di ore di Medicina Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna per la creazione delle AFT (Hub e Spoke) ogni singola Regione Italiana.

Un'ipotesi di fabbisogno, cioè, sufficiente a garantire alla popolazione italiana un'adeguata copertura assistenziale nei vari Settori dove non sia necessario il ricorso a Strutture di ricovero.

Sulla base di tale convincimento, per calcolare il fabbisogno di ore di specialistica ambulatoriale convenzionata interna necessarie per le AFT (Hub e Spoke) e per le UCCP dovranno quindi essere adottati i seguenti criteri:

- Determinazione del "Fabbisogno teorico";
- Adeguamento del "Fabbisogno Teorico" in "Fabbisogno Ponderato" secondo il Coefficiente di Domanda Medica;
- Successiva ulteriore "specificazione" del "Fabbisogno Ponderato" mediante il **"Coefficiente specifico per Area Specialistica"**;
- Determinazione del numero di ore di specialistica convenzionata interna necessario per ogni singola branca e per ogni AFT (Hub e Spoke) e UCCP.

Onde evitare equivoci, sembra a questo punto doveroso ripetere che i suggerimenti esposti sono, appunto, tali e tutti indirizzati a sollecitare utili e mirate **"sperimentazioni sul campo"** ed ora abbiamo appunto l'occasione tramite le **"Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici Specialisti Ambulatoriali e Psicologi Convenzionati Interni"**.

Solo l'esperienza, infatti, potrà consentire, anche in questo settore, le necessarie verifiche.

Ciò lo impone inequivocabilmente il metodo empirico sul quale si fonda la presente elaborazione e al quale “obbligatoriamente” si deve ispirare qualsiasi ricerca che comunque si inquadra nella vastissima Disciplina della Scienza per la salute attraverso adeguati passaggi sperimentali sul fabbisogno Branca per Branca, AFT per AFT, UCCP per UCCP.

Vero è che sola una “**ponderazione**” adeguatamente preparata e correttamente svolta può garantire la “**necessaria**” (e, in regime si Assistenza Pubblica, “Doverosa”) risposta efficace ed efficiente alla “**domanda**” di salute dei cittadini.

Vero è pure, però, che l’effettiva messa a punto dell’ipotesi dianzi descritta deve prevedere, ineludibilmente, la chiara definizione del “Fabbisogno di ore di Medicina Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna” nelle 20 Regioni e quindi nelle Aziende Sanitarie Pubbliche che le erogano.

Appare evidente che una simile “**messa a punto**” come accade in ogni momento organizzativo, impone oltre ad un impegno di tutti anche la disponibilità di utilizzare in modo mirato le scarse risorse finanziarie oggi a disposizione con il convinto riconoscimento che vengano destinate non solo a “**spese utili**” ma soprattutto, con certezza in un’area della medicina specialistica convenzionata interna sicuramente capace di dare il suo contributo nell’urgenza di primo livello, per la presa in carico dei Pazienti Cronici riducendo il ricorso improprio al Pronto Soccorso ed il Ricovero non necessario.

L’avvento delle Aggregazioni Funzionali consentirà inoltre di avere anche prestazioni più appropriate e quindi sicuramente foriere di benessere psico-fisico dei cittadini e, conseguentemente, di significativi vantaggi economici per il Paese.

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI ORE

Alla luce delle “**riflessioni riassuntive**” dianzi esposte resta solo da affidare la speranza che il lavoro svolto non vada disperso alla saggezza di coloro che detengono l’autorità, mezzi e volontà per decidere, in merito, in positivo.



AFT – UCCP

LA SITUAZIONE ATTUALE

CURE PRIMARIE

In totale, i professionisti delle Cure Primarie sono oltre 92.761:

- 67.253 comparto medicina generale,
- 7.717 comparto pediatri di libera scelta,
- 15.620 specialisti ambulatoriali,
- 2.171 biologi, chimici, psicologi, veterinari.

Il comparto della medicina generale, che rappresenta circa il 73% del totale della medicina convenzionata, è così composto:

- 46.064 Assistenza primaria
- 16.481 Continuità assistenziale
- 2.717 Emergenza sanitaria territoriale (118)
- 1.991 Medicina dei servizi.

MEDICINA GENERALE - PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

I medici di medicina generale sono professionisti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale la cui attività è diretta agli assistiti di età superiore ai 14 anni e si sostanzia in visite mediche ambulatoriali, domiciliari, occasionali in località diverse dalla residenza, rilascio di certificazioni obbligatorie, prescrizioni di farmaci e assistenza integrativa, richiesta di visite specialistiche, di ricoveri, di cure termali e definizione e gestione dell'assistenza domiciliare ad anziani e non deambulanti.

Il medico di medicina generale di regola può seguire non più di 1.500 assistiti, salvo deroghe.

I pediatri di libera scelta sono professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che svolgono la medesima attività dei medici di medicina generale verso gli assistiti in età cosiddetta pediatrica (0-14 anni).

Il pediatra può seguire di regola non più di 800 assistiti, ma possono essere concesse deroghe in relazione a particolari situazioni locali o familiari.

Medici di famiglia e pediatri di libera scelta, in base al loro contratto di lavoro con il Sistema Sanitario Nazionale, prestano il loro servizio per 5 giorni a settimana ed in una fascia oraria limitata.

La continuità dell'assistenza ai cittadini, quando il proprio medico di famiglia non è nella fascia operativa, è assicurata dal servizio di Continuità assistenziale (l'ex Guardia medica), che garantisce l'assistenza medica di base per situazioni che rivestono carattere di non differibilità, cioè per quei problemi sanitari per i quali non si può aspettare l'apertura dell'ambulatorio del proprio medico o pediatra e che non esigono, almeno in una valutazione preliminare, l'attivazione della rete di emergenza.

Il medico di continuità assistenziale può:

- effettuare visite domiciliari,
- prescrivere farmaci indicati per terapie non differibili o necessari alla prosecuzione della terapia la cui interruzione potrebbe aggravare le condizioni della persona,
- rilasciare certificati di malattia in casi di stretta necessità e per un periodo massimo di tre giorni,
- proporre il ricovero in ospedale.

L'associazionismo negli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) della MMG e PLS è presente fin dal lontano 2000.

L'ACN del 2000, ha introdotto le forme semplici di associazionismo, già presenti in via sperimentale sul territorio:

- Medicina in associazione semplice (contingentata al 40%),
- Medicina in rete (al 7%),
- Medicina in gruppo (al 6%).

AFT/UCCP LA SITUAZIONE ATTUALE

L'ACN del 2005, ha ripreso il tema delle forme di associazionismo e ha introdotto:

- Art. 26:

- Equipe Territoriali, struttura territoriale ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute (MMG, PLS, MCA, infermieri, assistenti sociali, staff), per assicurare intersettorialità e integrazione interventi socio-sanitari – h24, 7/7

- UTAP in via sperimentale, presidi integrati per le cure primarie, formati dall'associazione di più medici convenzionati che operino in sede unica, garantendo un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e la specialistica.

- Art. 54: Medicina in associazione, in rete e di gruppo

in associazione	in rete	di gruppo
No sede unica	No sede unica	Sede Unica articolata in più studi medici
Mantenimento attività presso rispettivi studi	Collegamento reciproco degli studi con sistemi informatici Gestione scheda sanitari individuale su supporto informatico Gestione informatica comune della scheda sanitaria via telematica	Utilizzo supporto tecnologico e strumentale comune Gestione scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete Utilizzo di personale di segreteria o infermieristico comune
Minimo 3 Max 10	Minimo 3 Max 10	Minimo 3 Max 8
Almeno uno studio fino alle 19.00	Almeno uno studio fino alle 19.00	Aperto fino alle 19,00
Confronti professionali e condivisione linee guida	Confronti professionali e condivisione linee guida	Confronti professionali e condivisione linee guida

L'organizzazione delle varie forme di associazionismo si intende sempre su base distrettuale (ambito territoriale di scelta da parte del cittadino).

L'ACN del 2009 ha introdotto 4 nuovi articoli:

- 26bis: Aggregazioni funzionali della Medicina Generale
- 26ter: Unità Complesse di Cure Primarie
- 59bis: Flusso Informativo
- 59ter: Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica

L'art 78 viene integrato con la previsione di:

- 1) unità complesse delle cure primarie di cui rispettivamente agli artt. 26 bis e 26 ter;
- 2) adempimenti di quanto previsto all'art. 59 ter.

Secondo l'Accordo Collettivo Nazionale, precedente al decreto Balduzzi, gli elementi di riferimento per le AFT sono:

- integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale per il conseguimento degli obiettivi di assistenza,
 - partecipazione obbligatoria,
 - popolazione assistita non superiore a 30mila,
 - numero di medici non inferiore a 20,

e promuovono:

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

- la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche;
- l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari;
- 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.

Per le UCCP gli elementi di riferimento sono:

- integrazione tra Medici di Medicina Generale ed altri professionisti ed operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi
- sede unica o sede di riferimento nell'ambito dell'organizzazione distrettuale.

Le UCCP:

a) assicurano:

- l'erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);

- l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del PS;

- la continuità dell'assistenza nel territorio, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici.

b) perseguono l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;

c) sviluppano la medicina d'iniziativa, con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;

d) contribuiscono all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

SPECIALISTICA ED ALTRE PROFESSIONALITÀ

Per quanto interessa la componente della specialistica ambulatoriale e delle altre professionalità convenzionate interne si rimanda a quanto sopra delineato per quanto riguarda la normativa che ci riguarda.

AFT/UCCP LA SITUAZIONE ATTUALE

La situazione che si può delineare a seguito dell'analisi effettuata è rappresentata sinteticamente dalla seguente tabella:

Regioni	AFT	UCCP
Abruzzo		
Basilicata		
Provincia Bolzano		
Calabria		
Campania		
Emilia Romagna		
Friuli Venezia Giulia		
Lazio		
Liguria		
Lombardia		
Marche		
Molise		
Piemonte		
Puglia		
Sardegna		
Sicilia		
Provincia di Trento		
Toscana		
Umbria		
Val d'Aosta		
Veneto		

Legenda

-  Programmata, in fase sperimentale, avviata
-  Valutazione controversa
-  Nessuna informazione disponibile o nessuna previsione

Solo in quattro Regioni sono state previste sia AFT che UCCP.

AFT

- 7 regioni le hanno avviate o comunque si muovono verso sperimentazioni di associazionismo complesso,

- 2 regioni avevano già aggregazioni assimilabili (Nuclei di Cure Primarie)

- 5 regioni, non hanno indicato nei documenti una chiara valutazione,

- 7 regioni, non le hanno menzionate o non le hanno pianificate.

- Le Regioni hanno avviato le attività in tempi diversi

- In un solo caso, l'Accordo integrativo regionale ha recepito l'associazionismo AFT

- Obiettivi simili, anche se terminologie diverse, ossia:

- avere una distribuzione sul territorio capillare

- prendere in carico i pazienti cronici, fragili

- riuscire a garantire le prestazioni anche in situazioni di forte criticità finanziaria

Alcuni esempi:

- la **Lombardia** sta sperimentando l'associazionismo di rete con i CreG (Chronic Related Group) che prevedono una tariffa e la valutazione periodica dell'efficacia clinica,

- la **Puglia**, investe le risorse nell'aggregazione di MMG mediante i Centri Polifunzionali Territoriali, lasciando per il momento in sospenso la pianificazione di Unità Complesse di Cure Primarie, ad oggi 2 Centri Polifunzionali Territoriali,

AFT/UCCP LA SITUAZIONE ATTUALE

- l'**Emilia Romagna** ha istituito 216 Nuclei di Cure Primarie, a partire dal 2008, e nel luglio 2011, con delibera di Giunta Regionale, ha assimilato i Nuclei alle AFT previste nell'ACN 2009,

- la **PA Trento** ha previsto di istituire 25 AFT entro il 2017,

- il **Veneto** ha previsto un passaggio da UTAP a AFT, ipotizzandone la costituzione di almeno 20 entro la fine del 2014,

- il **Piemonte** conferma la sua volontà di spingere verso l'associazionismo e identifica il CAP come punto di riferimento per le cure primarie, intorno al quale devono ruotare le AFT.

UCCP - CASE DELLA SALUTE

- 10 regioni le hanno già realizzate o hanno progetti in corso,

- 3 regioni non hanno indicato nei documenti una chiara valutazione,

- 8 regioni non le hanno menzionate o non le hanno pianificate

- I servizi sanitari, socio-sanitari erogati sono diversi sebbene le Regioni si pongano l'obiettivo di creare strutture:

- a vocazione multi funzionale,

- a gestione multi professionale,

- con assistenza h24,

- con integrazione delle attività svolte a livello distrettuale dai professionisti che contribuiscono alla salute (benessere) del cittadino.

Alcuni esempi:

- in **Sicilia**, già prima del Decreto Balduzzi, si è optato per la creazione dei PTA (Presidi Territoriali di Assistenza) strutture (fisiche) erogatrici di servizi territoriali sanitari e socio-sanitari (oggi 50, in futuro 60), presso le quali sono situati gli Ambulatori a Gestione Integrata dove si recano circa l'80% dei MMG per la gestione dei cronici (2 progetti BPCO e Diabete Mellito),

- in **Toscana**, Regione sostenitrice delle Case della Salute, già prima del decreto, ne erano state realizzate 20 delle 100 pianificate; nella singola struttura è presente una équipe multidisciplinare socio-sanitaria e viene realizzata l'assistenza ai malati cronici attraverso l'approccio Chronic Care Model,

- il **Piemonte**, dopo l'avvio nel 2008 della sperimentazione delle Case della Salute (oggi attive circa 23), ha deciso di chiudere la sperimentazione e ha deliberato la creazione dei Centri di Assistenza Primaria (oggi attivi 3 e 3 in avvio), formule organizzative più integrate tra medicina generale, medicina di continuità e specialistica che fungono da punti di riferimento per le cure primarie.

La priorità di intervento è stata data ai progetti che considerano la riconversione di strutture già esistenti, piccoli presidi ospedalieri;

- anche la **Campania** si è mossa in questa direzione privilegiando la riconversione di strutture ospedaliere, in particolare 7 strutture sono diventate Strutture Polifunzionali per la Salute, centri attivi a favore della comunità locale per la salute ed il benessere;

- il **Lazio**, a sua volta, prevede la realizzazione di circa 25 Case della Salute localizzate in ospedali da riconvertire con tempi comunque non proprio a breve;

- in **Emilia Romagna**, dove il percorso si è avviato da tempo, sono state pianificate 65 Case delle Salute, di cui 13 già realizzate e le restanti entro il 2015, di cui 44 presso strutture già esistenti; è l'unica Regione che sta esplicitamente cercando l'integrazione con la salute mentale,

- le **Marche**, con 14 strutture riferibili al modello case della salute, stanno elaborando un testo per implementare un modello organizzativo, avendo come riferimento l'impostazione dell'Emilia Romagna, da deliberare come modello di riferimento della Regione ed in parallelo stanno procedendo identificando alla riconversione delle piccole strutture ospedaliere, presidi al di sotto dei 120 posti letto .

Gli approcci ed i modelli assistenziali richiamati sono quindi diversi.

In **Lombardia** ci si orienta verso l'associazionismo di rete senza sede strutturata con i CreG (Chronic Related Group), un progetto che vede i Medici di Medicina Generale associati in cooperative per garantire il disease management dei pazienti cronici affetti da più patologie.

In **Sicilia** si opta per la creazione dei PTA (Presidi Territoriali di Assistenza), vere e proprie strutture nelle quali far convergere le professionalità dei MMG per la gestione dei cronici e nelle quali sono previsti anche punti di primo intervento, servizi di continuità assistenziale con i medici della guardia medica, diagnostica di base e servizi socio-sanitari.

Anche la **Puglia** ha deciso di investire risorse nell'aggregazione di MMG mediante i Centri Polifunzionali Territoriali, con un bacino di utenti medio di 12 mila utenti, lasciando per il momento in sospenso la pianificazione di Unità Complesse di Cure Primarie.

In **Toscana** sono invece fieri sostenitori delle Case della Salute, strutture integrate nelle quali si coordina l'attività dei MMG associati e viene realizzata l'assistenza ai malati cronici attraverso l'approccio chronic care model.

In uno stesso luogo fisico quindi MMG, specialisti, assistenti sociali, infermieri per creare Equipe multidisciplinare a valenza sanitaria e socio-sanitaria.

Il **Piemonte**, dopo l'avvio della sperimentazione delle Case della Salute ha deciso di chiudere la sperimentazione e di avviare i Centri di Assistenza Primaria, formule organizzative più integrate tra medicina generale, continuità e specialistica, che fungono da punti di riferimento per le cure primarie; intorno al CAP dovranno ruotare a regime le altre forme di associazionismo e nella scelta della localizzazione la priorità è stata data alla riconversione dei piccoli presidi ospedalieri.

Anche la Campania si è indirizzata verso la riconversione di alcune strutture ospedaliere che sono diventate Strutture Polifunzionali per la Salute, centri attivi a favore della comunità locale per la salute ed il benessere.

Quindi tante sigle e tanti assetti organizzati diversi.

Le evidenze emerse sono in linea con quanto emerso dall'analisi effettuata ante decreto Balduzzi.

In essa si legge che "il fenomeno di aggregazione secondo modalità evolute della Medicina Generale inizia a consolidarsi sul territorio nazionale, pur con significative differenze nella distribuzione per macro aree del Paese.

Le Aggregazioni Funzionali sono più diffuse sebbene con differenze molto elevate tra Nord e Sud; laddove presenti, le AFT coinvolgono comunque elevate percentuali di MMG, scarsi gli specialisti.

Le UCCP (o modelli a queste riconducibili) sono sicuramente meno frequenti e comunque più diffuse al Centro; sia le AFT che le UCCP offrono il grande vantaggio e la concreta possibilità di migliorare i livelli assistenziali orientando l'attenzione verso aspetti centrali e rilevanti quali l'organizzazione, l'accessibilità e la medicina di iniziativa", presenti anche gli specialisti convenzionati, pochi in verità ma anche i dipendenti.

Altro aspetto molto interessante per leggere il fenomeno in chiave evolutiva è l'analisi generazionale dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali convenzionati:

- anzianità MMG: + del 59% sono laureati da oltre 27 anni e il 29% in una fascia tra 20 e 27;

- anzianità PLS: il 44% sono laureati da oltre 23 anni, il 39% in una fascia da 16 a 23 anni;

- anzianità Specialisti convenzionati: + del 64% sono laureati da oltre 27 anni e il 13% in una fascia tra 27 e 42;

Le tre categorie professionali sono dunque caratterizzate da personale non più giovane che pone alcuni quesiti ma anche oggettive opportunità di discontinuità.

L'avvicinarsi della data del pensionamento riduce infatti inevitabilmente l'orientamento al cambiamento e, pertanto, occorrerà puntare molto sulla nuova e più giovane classe dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e degli Specialisti Ambulatoriali entranti per registrare un oggettivo scatto in avanti.

Le forze fresche potranno rappresentare il traino per il cambiamento e aderire ad un rinnovato ruolo professionale che preveda nuove modalità operative di erogazione della professione e nuove forme di collaborazione professionale; in ciò valorizzando adeguatamente il ruolo e la professione e dando vita ad un nuovo "patto con i cittadini" basato sulla fiducia e la continuità di rapporto.

La vera rete di protezione si realizza così.

In questo senso, lo sviluppo della medicina associativa è la chiave del successo.

Essa deve essere intesa anche come strumento attuativo della programmazione sanitaria e momento organizzativo della medicina generale, della Pediatria di Libera Scelta e della Specialistica Ambulatoriale e delle altre Professionalità nonché delle altre discipline presenti nel Distretto in grado di assicurare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

A ben vedere, uno sforzo che concorrerà a riposizionare quasi automaticamente la funzione dell'ospedale come luogo sempre più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura e l'assistenza della fase acuta del paziente.



AFT - UCCP SPECIALISTICHE DIGITALIZZAZIONE ED E-HEALTH

Le prime linee guida ministeriali in merito alla documentazione elettronica risalgono al 2010, ma solo nel 2012 con il Decreto Legge n. 179 sono state emanate delle procedure attuative.

Il Ministero della Salute parla in particolare di "e-health" o "Sanità in Rete" inteso come l'"utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita.

La realizzazione di tali sistemi richiama lo sviluppo di una "e-health Information Strategy a livello di sistema Paese" con "una regia unitaria" e con l'"obiettivo principale di "assicurare uno sviluppo armonico, coerente e sostenibile" dei sistemi informativi sul territorio in grado di assicurare:

- accesso ai servizi sanitari: sistema articolato a rete di CUP - Centri Unici di Prenotazione che consentano ai cittadini di prenotare le prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale;

- disponibilità della storia clinica del paziente: FSE - Fascicolo Sanitario Elettronico per l'"archiviazione e l'"accesso alle informazioni sanitarie individuali;

- innovazione nelle cure primarie: connessione in rete dei medici del SSN, digitalizzazione e trasmissione elettronica delle prescrizioni (ePrescription) e dei certificati di malattia (certificati telematici di malattia);

- ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza mediante la telemedicina.

Il Rapporto Innovazione nell'Italia delle Regioni 2012 – CISIS (Centro Interregionale per i Sistemi informatici, geografici e statistici) riporta che gli investimenti delle Regioni nel periodo 2007-2013 dedicati alla società dell'informazione sono stati pari a 5,3 miliardi di euro, di cui 559 milioni di euro investiti in e-health (circa il 10,5%); nonostante il significativo valore degli investimenti, l'Italia è al 30° posto nella classifica mondiale dell'e-health e pertanto sorge spontaneo il dubbio sull'efficacia e la qualità degli investimenti realizzati.

In questo senso, evidenziando le linee guida ministeriali l'esigenza di una regia unica, è necessario che tali investimenti siano programmati e realizzati all'interno di una visione unica sviluppando un'agenda digitale che consenta di mettere a punto una "strategia Paese" in grado di cogliere appieno il vantaggio dell'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche e di comunicazione oggi già disponibili senza disperdere energie e risorse in localismi che hanno dato vita, in alcuni casi in forme eclatanti anche per via dei diversi standard tecnologici di interconnessione, ad investimenti alla fine poco produttivi.

Ciò considerando inoltre che lo stesso rapporto CISIS evidenzia l'esigenza di continuare su questa direttrice dato che l'informatizzazione completa della sanità comporterebbe risparmi stimati in almeno 7 miliardi di euro così distribuiti:

- 3 miliardi di euro in deospedalizzazione di pazienti cronici mediante l'utilizzo di tecnologie per l'assistenza domiciliare
- 1 miliardo di euro con la cartella clinica elettronica
- 860 milioni di euro con la dematerializzazione dei referti e delle immagini
- 370 milioni di euro con la refertazione on line.

Il punto-chiave riguarda certamente il superamento degli aspetti strutturali e la realizzazione della cosiddetta "banda larga".

Interessante, per la specialistica convenzionata è la ricerca del Politecnico di Milano del Febbraio 2012 - che ha esplorato l'utilizzo e il livello di soddisfazione dei sistemi di comunicazione on-line:

“Principali barriere che frenano l'introduzione dei sistemi ICT”

- Difficoltà nell'utilizzo dei sistemi ICT istituzionali spesso non specificamente dedicati alla attività medica
- Difficoltà nell'identificazione di un attore che presidi le decisioni di acquisto sui temi ICT
- Scarsa conoscenza, da parte dei Medici, dei benefici connessi all'utilizzo dei sistemi ICT
- Formazione inadeguata per l'utilizzo di sistemi ICT da parte dei Medici.

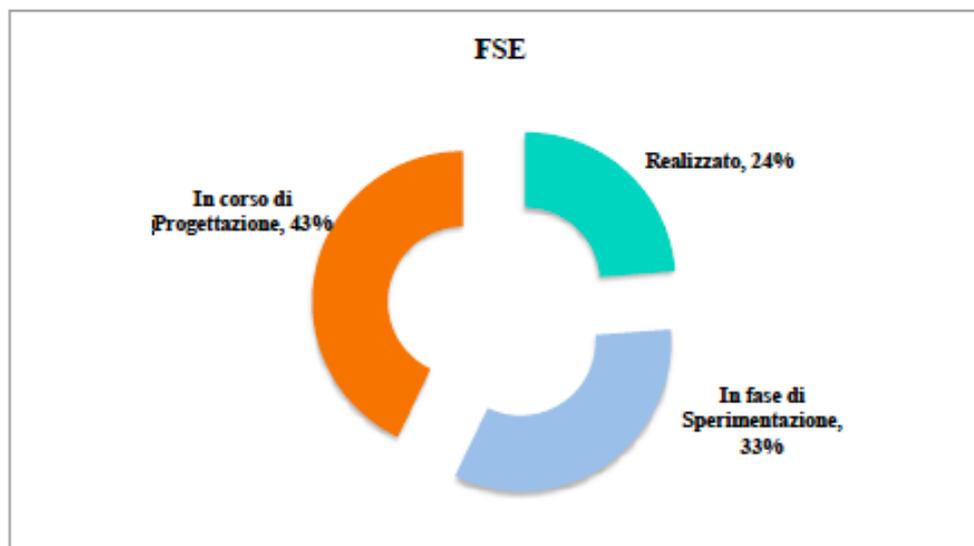
“Principali benefici raggiungibili attraverso l'introduzione dei sistemi ICT “

- Maggiore velocità dei MMG nello svolgimento delle proprie attività mediche
- Aumento della qualità delle prestazioni offerta
- Semplificazione dei processi (snellimento burocratico, razionalizzazione attività)
- Maggior servizio offerto ai propri pazienti.

Questa barriera e la precedente sono entrambe superabili con interventi formativi specifici di incremento delle conoscenze e delle competenze dei medici in tema di ICT, interventi non episodici ma regolarmente somministrati nel tempo per seguire l'incessante sviluppo delle piattaforme informatiche)

L'analisi effettuata tramite i siti delle Regioni ha evidenziato la seguente situazione:

1. **Fascicolo sanitario elettronico**: inteso come strumento di aggregazione e di raccolta delle informazioni sanitarie del paziente rappresenta lo strumento centrale per la presa in carico del cittadino e la continuità assistenziale.



Le percentuali evidenziano che solo una Regione su quattro dichiara di avere realizzato il FSE mentre quasi la metà sono ancora ad uno stadio progettuale.

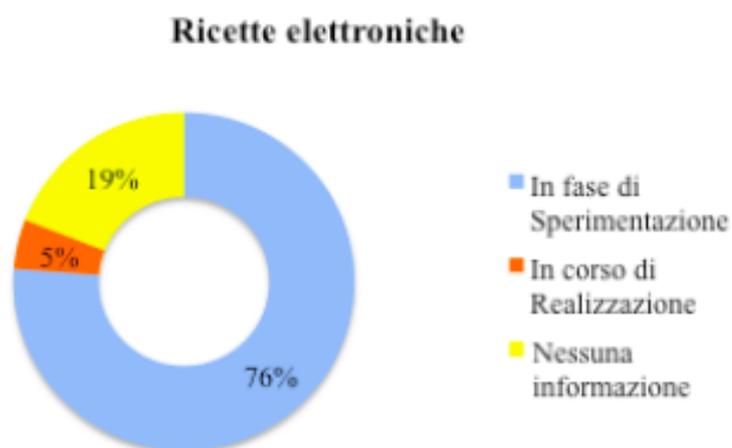
Laddove il FSE è stato realizzato, il numero di fascicoli attivi è peraltro ancora abbastanza basso; nel suo rapporto il CISIS parla di circa il 13% della popolazione italiana con un Fascicolo Sanitario Elettronico attivo.

2. Ricetta elettronica

La ricetta elettronica è uno strumento per garantire:

- appropriatezza clinica,
- controllo della spesa farmaceutica.

Secondo il programma previsto dalla Legge n. 221/2012, le prescrizioni elettroniche dovrebbero arrivare all'80% nel 2014 e al 90% l'anno successivo.



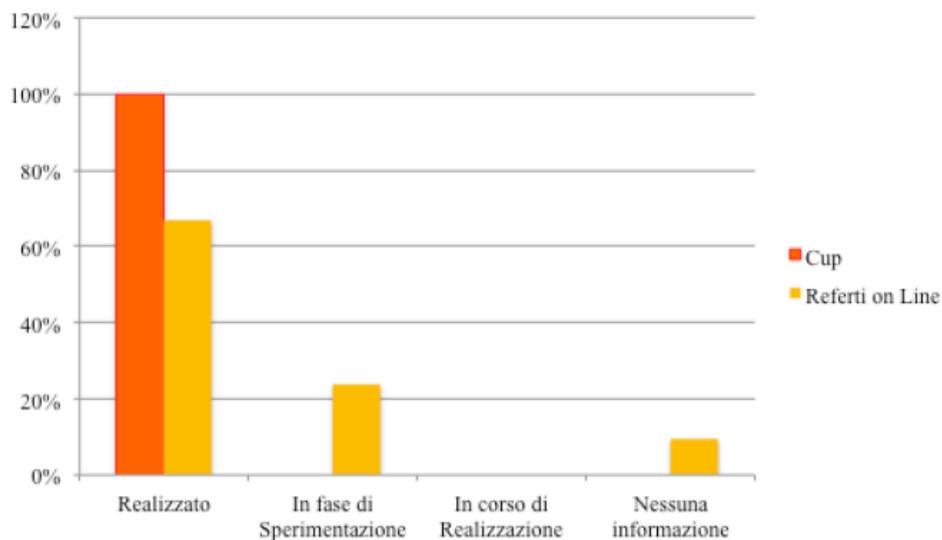
Dai dati raccolti emerge che 8 Regioni su 10 dichiarano di trovarsi in fase sperimentale. Vale molto probabilmente per alcune di esse la politica degli annunci sebbene esistano oggettive criticità di attuazione quali in particolare:

- la messa a punto del software di gestione,
- l'infrastruttura telematica e la continuità della rete Internet sul territorio.

Occorre comunque evidenziare che la valenza di questa applicazione è molto importante quale supporto al monitoraggio della spesa farmaceutica mentre per il cittadino tale innovazione è di scarso rilievo in termini di benefici diretti (di servizio) e di grande ausilio invece in termini di benefici indiretti (liberazione di risorse ed investimento in altre aree di assistenza).

3. CUP e referti on line

Si tratta di un tema delicato che riguarda l'accessibilità al sistema sanitario e la diffusione delle informazioni. Per quanto riguarda il CUP, il grafico evidenzia che tutte le Regioni dichiarano la completa realizzazione del progetto mentre per i referti on line le progettualità sono ad uno stadio molto avanzato: la quasi totalità delle Regioni dichiara o di avere realizzato il progetto oppure di trovarsi in una fase di sperimentazione comunque di attuazione progettuale.



Non sfugge peraltro l'importanza per il cittadino di queste due iniziative che sono servizi effettivi che avvicinano in modo sensibile i servizi al domicilio dell'utente.

4. Telemedicina

Tenendo conto delle dimensioni assunte dall'incidenza della popolazione anziana e dal fenomeno delle cronicità e richiamando l'utilità reale che le nuove tecnologie ed i nuovi dispositivi (device) applicati all'assistenza domiciliare potrebbero garantire alla vita delle persone, anche con gravi fragilità e/o non autosufficienti, occorre sottolineare come, le telemedicina sia lungi dal potersi considerare a regime risultando per lo più ad un livello iniziale e sperimentale.

Per telemedicina si intendono 2 ambiti di applicazione:

a) **Tele-salute** (disease management e telemedicina): offre un supporto nelle relazioni tra Specialisti e MMG e assistiti, la comunicazione avviene sia tra i pazienti e i professionisti socio-assistenziali, sia tra i medici (Specialisti ed MMG) stessi (consulti o refertazioni a distanza).

Queste attività comportano la raccolta e il trasferimento dati, informazioni e segnali per svolgere attività remote (ad esempio diagnosi, monitoraggio, gestione del piano assistenziale, etc.); gli operatori che ricevono i dati intervengono poi a seconda degli esiti dall'analisi degli stessi. In tale ambito è importante l'educazione del paziente affinché possa gestire la sua salute.

b) **Tele-assistenza o telemonitoraggio**: offre un supporto specifico nell'erogazione di servizi socio-sanitari, con soluzioni che consentono di monitorare a domicilio le condizioni psico-fisiche e comportamentali di persone parzialmente non autosufficienti anche tramite l'utilizzo di sensori e dispositivi domotici ambientali; questa applicazione permette la disponibilità di prestazioni assistenziali a cura dei servizi sociali, quali il tele-soccorso, le attività di health coaching, la sorveglianza attiva o passiva per cadute, fumo e quant'altro.

A tal riguardo, si riscontrano:

- servizi a livello ancora locale riferiti per lo più a singoli distretti oppure all'ambito provinciale;
- servizi sperimentali ed allo stadio di progetti pilota correlati a contributi regionali vincolati che devono ancora trovare criteri e modalità di finanziamento per divenire continuativi e stabili nel tempo.

La telemedicina, intesa come utilizzo della rete per migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione della salute e delle condizioni di vita dell'assistito, è certamente un facilitatore del processo di cambiamento e di integrazione ospedale-territorio e può contribuire all'appropriatezza organizzativa del Servizio Sanitario Nazionale.

La sua grande versatilità permette infatti di costruire modelli innovativi di erogazione dei servizi sanitari e sociali che non solo possono migliorare l'assistenza al paziente (personalizzazione, accesso, qualità, tempestività) ma al contempo contribuire a fornire risposte in termini di sostenibilità complessiva del sistema.

Ulteriore chiave di volta per la diffusione della telemedicina è la creazione di nuovi ruoli professionali sanitari anche non medici.

L'utilizzo della telemedicina può infatti valorizzare nuove professionalità e rendere possibile l'esecuzione di procedure diagnostiche e/o terapeutiche sotto la guida remota di specialisti anche aggregati in AFT dedicata permettendo di gestire il paziente anche a mezzo di una consultazione remota con il personale medico.

Anche in quest'ambito quindi, si auspica, il Paese abbia una strategia unitaria che eviti la formazione di macchie di leopardo spesso di durata limitata e che finiscono con il rappresentare la risposta ad iniziative impostate in un'ottica "mordi e fuggi".

In tal senso, definire anche in questo ambito un quadro normativo e regolamentare ed infrastrutturale utile a superare la fase delle sperimentazioni in modo tale da permettere che la telemedicina, nelle sue diverse articolazioni, possa entrare appieno nell'ambito dell'offerta di servizi quale tessuto connettore di servizi diversi che insistono sul territorio e sull'ospedale.

Un sistema integrato di strumenti tecnologici organizzati in procedure e protocolli scientificamente testati in grado di avvicinare sempre più le prestazioni ed i servizi al cittadino, soprattutto quando le condizioni di accesso diventano difficili ove si pensi ad esempio alle caratteristiche morfologiche del territorio italiano (isole minori, comunità montane, ...).

Per questo, parlare di riorganizzazione delle cure primarie e, più in generale, di riorganizzazione dell'offerta sanitaria significa non poter prescindere da uno sviluppo concreto di efficaci servizi di telemedicina.



AFT - UCCP SOSTENIBILITA' ECONOMICA

Il finanziamento del sistema sanitario pubblico a causa dell'incidente e perdurante crisi economica del Paese, e delle conseguenti difficoltà della finanza pubblica, si trova di fronte a scelte strutturali e difficilmente procrastinabili.

Il sistema sanitario nazionale si basa su alcuni principi ispiratori di fondo:

- Universalità di accesso ossia l'indipendenza dell'accesso rispetto alla singola disponibilità finanziaria,
- Eguaglianza sia a livello territoriale che economico,
- Condivisione del rischio finanziario ossia che il contributo individuale è indipendente dalle malattie e dai servizi ricevuti.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), finanziato tramite le entrate della tassazione generale.

La responsabilità per l'organizzazione e l'erogazione dell'assistenza è delle 19 Regioni e delle 2 province autonome, cui resta la responsabilità per l'eventuale deficit ed il conseguente ricorso alla fiscalità aggiuntiva.

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed il quadro di riferimento per la pianificazione sono stabiliti invece a livello centrale mentre la ripartizione delle risorse, sulla base di criteri oggettivi, viene definito a livello di Intesa annuale in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Le Regioni dunque erogano i servizi sanitari sulla base dei trasferimenti di risorse pubbliche statali con l'integrazione, definita a livello regionale, di ulteriori entrate come la richiamata tassazione integrativa regionale ed i tickets richiesti ai cittadini per l'assistenza farmaceutica ed ambulatoriale.

Lo Stato determina annualmente il fabbisogno sanitario, ossia il livello complessivo di risorse da destinare al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tenuto conto degli obiettivi di finanza pubblica.

Il fabbisogno si basa tradizionalmente sui dati storici, variati in aumento o in diminuzione in ragione della situazione della finanza pubblica.

Negli ultimi anni le variazioni sono state in diminuzione, come risulta dai "tagli" in Sanità a seguito delle manovre finanziarie 2010 – 2012, come indicato nella tabella seguente.

2011	2012	2013	2014	2015	Totale 2011-2015
€ 1.865	€ 3.932	€ 8.002	€ 11.552	€ 6.202	€ 31.553

L'ammontare di risorse finanziarie pubbliche così definito viene utilizzato per garantire ai cittadini l'integrale copertura delle prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il fabbisogno nella sua quota maggioritaria "indistinta" - esiste anche una quota minoritaria "vincolata" al perseguimento di determinati obiettivi sanitari – è finanziato dalle seguenti fonti:

- i ricavi e le entrate proprie delle aziende sanitarie: ricavi derivanti dalla vendita di prestazioni sanitarie e non sanitarie a soggetti pubblici e privati, della Regione e al di fuori della Regione di appartenenza, e da altri ricavi quali interessi attivi e altri proventi finanziari, rimborsi, etc. In tale voce sono ricompresi i ticket introitati direttamente e le compartecipazioni per l'attività libero professionale svolta all'interno delle aziende sanitarie. In sede di riparto, tali entrate sono computate a livello convenzionale, in misura dunque inferiore a quella effettivamente registrata a consuntivo;

- le risorse derivanti dall'IRAP e dall'addizionale regionale IRPEF: tali entrate sono imputate a copertura del fabbisogno in base alle stime disponibili al momento del riparto: in sede di conguaglio, l'eventuale minor gettito è compensato a valere della compartecipazione IVA, mentre eventuali eccedenze rispetto alle previsioni sono riversate all'entrata del bilancio dello Stato.

Le stime del gettito IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF sono calcolate ad "aliquota standard": esse non tengono quindi conto delle maggiori entrate derivanti dalle manovre fiscali disposte dalle Regioni in disavanzo e/o da quelle che intendono assicurare un livello di prestazioni sanitarie integrativo rispetto ai LEA;

- il Fondo per il fabbisogno sanitario di cui al decreto legislativo n. 56/2000 (Fondo perequativo nazionale): le risorse del Fondo, alimentato dall'IVA, insieme all'accisa sulla benzina, vengono assegnate alle sole Regioni a statuto ordinario (RSO), con il fine di alcune Regioni rispetto a valori prefissati o standard ed a favorire le Regioni penalizzate da squilibri fiscali legati alle imposte pro capite,

- gli ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e da quello privato: comprendono le quote di partecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle province autonome;

- il Fondo sanitario nazionale, assegnato come quota parte a carico dello Stato per il finanziamento dei LEA in Sicilia, la quota di partecipazione della Regione a copertura del fabbisogno è fissata al 49,1%.

Alle Suddette risorse computate ai fini della copertura del c.d. fabbisogno indistinto, si aggiungono:

- i fondi vincolati da norme speciali al finanziamento di spese sanitarie di competenza regionale inerenti l'esecuzione di particolari attività (ivi compresa la sanità penitenziaria) e il raggiungimento di specifici obiettivi;

- i fondi vincolati destinati al finanziamento di alcuni Enti del SSN (Enti finanziati con FSN: Croce Rossa Italiana, Cassa DD PP, Università, Istituti Zooprofilattici Sperimentali).

Infine, risorse pubbliche aggiuntive vengono destinate, sulla base di apposite disposizioni legislative, al finanziamento degli investimenti in campo sanitario.

Per ogni esercizio finanziario, in relazione al livello del finanziamento del SSN stabilito, al livello delle entrate proprie, ai gettiti fiscali attesi e, per la Regione siciliana, al livello della compartecipazione regionale al finanziamento, il finanziamento a carico del bilancio statale nelle due componenti della compartecipazione IVA e del FSN è determinato a saldo.

Di seguito la tabella, che per il 2012, indica la copertura del Fondo Sanitario Nazionale pari a 107,9 miliardi definiti in sede di Intesa Stato-Regioni.

FONTI DI FINANZIAMENTO SSN - 2012

Ricavi e Entrate Proprie convenzionali	1.982
IRAP	30.934
Addizionale Irpef	8.967
Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	52.969
Partecipazioni da RSS .	8.277
FSN	2.202
Fabbisogno indistinto e quote finalizzate	105.331
Finanziamenti a regioni a destinazione vincolata	1.795
Altri Enti SSN	574
quote accantonate	260
TOTALE finanziamento ex Intesa	107.960

Dalla tabella si evince che il 50% del fabbisogno indistinto è finanziato dal fondo perequativo nazionale, e del restante, più della metà è finanziato dal gettito IRAP.

Il finanziamento indistinto, destinato ai LEA, è quindi assegnato ai livelli di assistenza in base alle seguenti percentuali, fissate oramai da diversi anni.

**CRITERI DI RIPARTO FINANZIAMENTO LEA
(ANNO 2012)**

Livelli di assistenza	Sotto livello
Prevenzione	Vaccinazioni e Screening 5%
	Medicina di base 7%
Distrettuale	Farmaceutica 13,57%
	Specialistica 13,30%
	Territoriale 17,13%
Ospedaliera	44%

Il finanziamento del SSN è successivamente suddiviso nei cosiddetti "riparti" (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni) proposti dal Ministero della Salute e definiti con Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e recepiti successivamente con delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica - CIPE.

Il livello di risorse del SSN è pertanto ripartito con indicazione separata delle quote vincolate a destinazioni specifiche (riguardanti, rispettivamente, le Regioni e gli altri enti del SSN) e del fabbisogno indistinto destinate al finanziamento dei LEA.

Quest'ultimo è ripartito secondo il principio della quota capitaria ponderata (per età e per consumi sanitari della popolazione), in base a criteri concordati in sede di Conferenza Stato-Regioni.

A decorrere dal 2013, la ripartizione è prevista sulla base del principio dei costi e fabbisogni standard previsto dal D. Lgs. n.68 del 2011 in materia di federalismo fiscale regionale e di costi e fabbisogni standard sanitari.

**RIPARTO DEL FINANZIAMENTO LEA
E DELLA QUOTA FINALIZZATA
(ANNO 2012)**

REGIONI	Finanziamento (euro)	Composizione %	Fabbisogno pro- capite (euro)
Piemonte	7.911.810.836	7,5	1775,0
Valle d'Aosta	223.481.007	0,2	1742,8
Lombardia	17.197.183.182	16,3	1734,0
P.A. Bolzano	857.885.862	0,8	1689,9
P.A. Trento	910.619.612	0,9	1719,9
Veneto	8.536.405.009	8,1	1728,8
Friuli Venezia Giulia	2.199.314.456	2,1	1779,7
Liguria	3.025.753.139	2,9	1871,5
Emilia-Romagna	7.835.861.938	7,4	1767,9
Toscana	6.674.457.985	6,3	1779,9
Umbria	1.608.695.738	1,5	1774,7
Marche	2.764.186.146	2,6	1765,9
Lazio	9.899.257.038	9,4	1728,0
Abruzzo	2.363.432.276	2,2	1760,6
Molise	569.594.324	0,5	1781,2
Campania	9.811.257.814	9,3	1681,7
Puglia	6.975.132.360	6,6	1704,9
Basilicata	1.023.212.973	1,0	1741,6
Calabria	3.454.475.832	3,3	1717,5
Sicilia	8.601.941.481	8,2	1703,0
Sardegna	2.887.790.537	2,7	1723,6
Totale	105.331.749.545	100,0	1737,4

La Regione con il maggior fabbisogno pro capite è la Liguria mentre quella con il minore è la Campania.

La Liguria è del resto la Regione italiana con la maggiore percentuale di anziani oltre 65 anni (26,7% contro una media nazionale del 20,3%) e di quelli oltre 85 anni (4,03% contro una media nazionale 2,76%) mentre la Campania è la Regione con le percentuali minori, rispettivamente il 16,1% ed l'1,9%.

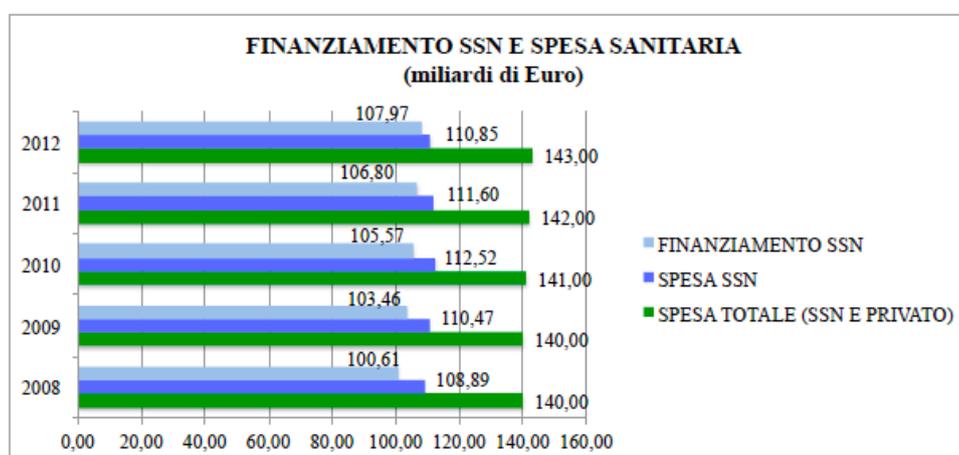
Le Regioni a loro volta assegnano le risorse finanziarie alle aziende sanitarie che le impiegano per garantire ai cittadini l'erogazione delle prestazioni di loro competenza previste dai Livelli Essenziali di Assistenza.

L'assegnazione delle risorse alle aziende tiene conto della mobilità passiva ossia il flusso di residenti di competenza che si curano in altre aziende sanitarie o Regioni e della mobilità attiva ossia il flusso di residenti provenienti da altre aziende sanitarie o Regioni.

Sulla base dei meccanismi testé richiamati, il cittadino contribuisce quindi alla spesa sanitaria attraverso la fiscalità generale, in proporzione al proprio reddito, e, laddove non abbia diritto all'esonero, attraverso il pagamento di uno specifico ticket per alcune prestazioni comprese nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il ticket, introdotto nel 1982, oltre a rappresentare un ulteriore finanziamento dell'assistenza sanitaria, aveva il fine non solo di finanziare il sistema ma anche di limitare il fenomeno dell'inappropriatezza (ad esempio della spesa farmaceutica e dei ricoveri ospedalieri) e responsabilizzare i cittadini in un contesto di scarsità delle risorse pubbliche verso consumi equilibrati e utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

DINAMICA DELLA SPESA SANITARIA E DEL FINANZIAMENTO PUBBLICO (ANNO 2012)



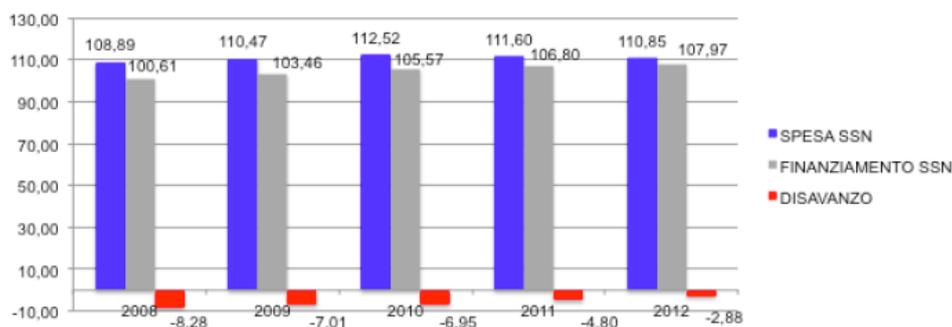
L'incidenza della spesa a carico del SSN e della spesa sanitaria totale sul PIL si è mantenuta sostanzialmente invariata pur in un quadro di un Prodotto Interno Lordo (PIL) che, come si diceva in premessa, ha registrato tra il 2011 ed il 2012 una riduzione pari a 0,9%.

	2008	2009	2010	2011	2012
PIL (miliardi di euro)	1.575	1.520	1.553	1.578	1.568
SPESA SSN/PIL	6,9%	7,3%	7,2%	7,1%	7,1%
SPESA TOTALE/PIL	9%	9%	9%	9%	9%

Incidenze come si vedrà successivamente lievemente inferiori rispetto alla media OCSE ma che comunque non eliminano alla fonte il tema della sostenibilità economica e finanziaria del sistema sanitario italiano.

Nel 2012 la spesa sanitaria del SSN risulta pari a 110,8 miliardi, in lieve diminuzione rispetto al dato consuntivo di 111 miliardi del 2011 e 112,7 miliardi del 2010, determinando quindi un disavanzo di circa 2,9 miliardi, come indicato nella figura seguente.

DISAVANZO – ANNO 2012



La situazione di criticità finanziaria del nostro SSN in termini di sostenibilità economico-finanziaria complessiva è testimoniata dall'attuale situazione di commissariamento di 8 Regioni, di cui 6 commissariate da oltre 6 anni, che si trovano quindi in una situazione di monitoraggio diretto da parte del Governo centrale con il quale ciascuna Regione ha condiviso un apposito Piano di rientro.

Le Regioni in Piano di rientro sono:

- Abruzzo, (dal 2007)
- Campania, (dal 2007)
- Lazio, (dal 2007)
- Molise, (dal 2007)
- Puglia, (dal 2007)
- Sicilia (dal 2007)
- Calabria, (dal 2009)
- Piemonte, (dal 2010).

Il controllo cui sono sottoposte le Regioni da parte del Governo centrale ha dato, con processi spesso controversi, un certo impulso alle riforme strutturali dei SSR accompagnate da interventi di più breve termine che pur rappresentando una risposta obbligata alla necessità di invertire la tendenza hanno finito in alcuni casi con il mettere a rischio il mantenimento dei LEA.

A tal proposito ad esempio il ticket, più che uno strumento inteso a limitare l'inappropriatezza o gli eccessivi consumi di alcune voci di spesa, è divenuto una pura fonte di finanziamento per il sistema con particolare riferimento per quelle Regioni in deficit che, tra l'altro, registrano sistemi sanitari meno efficienti e che dunque sono chiamate a ricercare la copertura di bilancio a discapito dei cittadini/pazienti mettendo in forse il principio dell'eguaglianza del sistema sanitario nazionale.

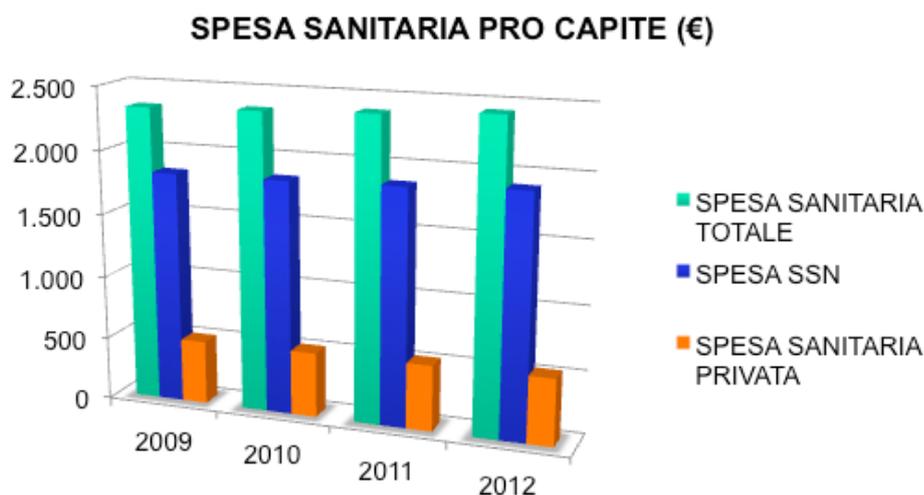
Forse oggi con la crisi della finanza pubblica è giunto il momento, non più procrastinabile, per affrontare in modo definitivo il tema della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario italiano e comprendere bene cosa non ha funzionato e cosa invece ha funzionato cercando di trovare un equilibrio rispetto anche a forme integrative di finanziamento privato senza però rinunciare ai principi ispiratori richiamati in premessa.

Certo oggi non è più possibile permettere che “cattiva sanità” e deficit strutturali convivano.

Si tratta di un tema che riguarda l'intero Paese come del resto si evidenzia dal fatto che nell'occhio del ciclone vi siano anche Regioni del Nord, sebbene la forte concentrazione si registri al centro-Sud.

E' evidente che esistono a monte una serie di patologie e cattive prassi che sono alla base dei deficit prodotti dalle singole Regioni.

In tale scenario, la spesa sanitaria complessiva cresciuta di circa 50 miliardi di euro, attestandosi nel 2012 a 143 miliardi, circa 2.430 € pro-capite, ossia il 9,1% del PIL (lo stesso valore del 2011), leggermente al di sotto della media dei paesi OCSE (media 9,3% nel 2011; Germania 8,4%, la Francia 8,7%, l'Olanda 9,5%).

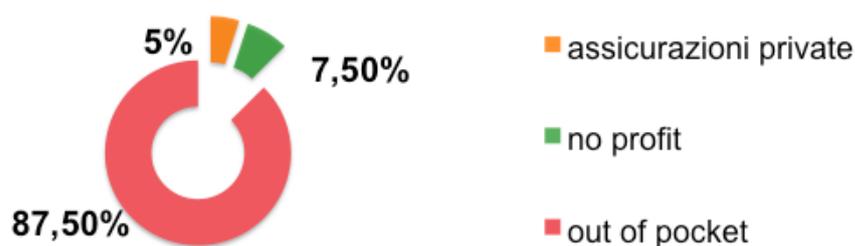


Mentre la spesa sanitaria pubblica pro-capite, pari nel 2012 a circa €1.900,00, ha registrato dal 2009 una lieve crescita pari all'1,3% (al lordo dell'inflazione), la spesa sanitaria privata pro-capite è cresciuta maggiormente passando da € 502,00 nel 2009 a € 530,00 nel 2012 (+5,7% al lordo dell'inflazione).

La quota di spesa sanitaria privata è:

- per il 95% a carico del cittadino (out-of-pocket);
- intermediata per circa il 5% da fondi e compagnie di assicurazione.

COMPOSIZIONE SPESA PRIVATA 2010



SPESA PRO CAPITE (€)

	2009	2010	2011	2012
SPESA SANITARIA TOTALE	2.332	2.353	2.383	2.430
SPESA SSN	1.830	1.841	1.862	1.900
SPESA SANITARIA PRIVATA	502	512	521	530

Le manovre di finanza pubblica condotte nello scorso triennio per il contenimento del deficit pubblico hanno avuto l'effetto di stabilizzare in termini nominali la spesa per il SSN, e di ridurla sensibilmente in termini reali, le famiglie sono comunque intervenute con esborsi, sia per le visite specialistiche che l'assistenza domiciliare, e più in generale nelle situazioni di cronicità e non autosufficienza.

Per la ricostruzione della componente di spesa pubblica rivolta agli anziani e ai disabili non autosufficienti, si parte dall'aggregato noto come spesa per Long Term Care (LTC) che include:

- la componente sanitaria,
- la spesa per indennità di accompagnamento,
 - la spesa per gli interventi socio-assistenziali,
 -

erogati prevalentemente a livello locale dai comuni singoli o associati per la presa in carico degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe.

L'invecchiamento della popolazione, ed il conseguente aumento della popolazione anziana, si traduce in un maggior consumo di prestazioni di Long Term Care che, sulla base dell'evoluzione demografica, è atteso in espansione in termini di rapporto fra spesa sanitaria per LTC e PIL .

Nel 2012 la spesa pubblica complessiva per Long Term Care ammonta all'1,8% del PIL, di cui circa due terzi erogata a soggetti con più di 65 anni.

La componente sanitaria rappresenta il 47% del totale, il 44% è spesa per indennità di accompagnamento, 9% altre prestazioni assistenziali.

La componente sanitaria della spesa pubblica per LTC 2012 è quindi circa lo 0,9% del PIL, pari al 12% della spesa sanitaria complessiva.

In assenza di un quadro normativo dedicato, il finanziamento della non autosufficienza è frammentato sui diversi livelli amministrativi quindi Stato, Regione, Provincia e Comuni ciascuno con le loro problematiche di bilancio e finanza pubblica e deve essere necessariamente integrato con la spesa privata effettuata dalle famiglie.

Questa situazione si è andata nel tempo cristallizzando in quanto la definizione di un quadro normativo dei LEA socio-sanitari non è purtroppo ancora definito: il tema affrontato nella legge finanziaria del 2003, si incagliò nel 2005 in Commissione tecnica sulla questione del finanziamento dei livelli essenziali.

Vi fu un intervento (straordinario) in attesa dei chiarimenti sul finanziamento di tali livelli di assistenza con la finanziaria 2007 che istituì il Fondo per le non autosufficienze, presso il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, proprio per la copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria.

Ma, anche in questo caso lo stanziamento del fondo, dal 2010, è andato considerevolmente decrescendo:

- nel 2010 sono stati assegnati 400 milioni di euro;
- nel 2011, 100 milioni di euro;
- la legge di stabilità 2013 autorizza la spesa di 275 milioni di euro per l'anno 2013, per gli interventi di pertinenza del Fondo per le non autosufficienze, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da SLA;
- ulteriori 40 milioni confluiranno nel Fondo, dai risparmi attesi dal piano straordinario di verifiche INPS sulle invalidità.

Considerato quanto espresso è possibile affermare che il finanziamento del SSN è equo?

Secondo l'OMS, finanziamento equo significa che l'onere che ciascuna famiglia sopporta nel sostenere i costi dei servizi sanitari è proporzionale alla propria capacità di pagare ed indipendente dal rischio di malattia.

Il pagamento dell'assistenza sanitaria può essere iniquo in due differenti modi:

1) quando espone le famiglie a rilevanti spese non previste; è questo il caso del pagamento diretto (out of pocket) di prestazioni al momento dell'utilizzazione dei servizi, in assenza di qualche forma di pre-pagamento;

2) quando il pagamento dei contributi per fruire dei servizi sanitari è regressivo, ovvero quando i soggetti più poveri pagano proporzionalmente di più rispetto a quelli più ricchi. Ciò avviene nel caso del pagamento out of pocket, ma anche in caso di forme assicurative o di tassazione in cui il contributo non è proporzionale alla capacità di contribuzione bensì al rischio di malattia.

Ed il sistema così come è funzionante oggi garantisce l'eguaglianza sia a livello territoriale che economico?

Dal punto di vista normativo la garanzia dell'effettiva erogazione sul territorio e dell'uniformità delle prestazioni rese ai cittadini è disciplinata dal DPCM 12 dicembre 2001 che fornisce un set di indicatori rilevanti per la valutazione dell'assistenza sanitaria.

I principali riferimenti sono:

- il richiamato DPCM 2001 che definisce le prestazioni garantite a carico del SSN e viceversa le prestazioni a carico del cittadino,

- la Legge n. 311/2004 che demanda ad un regolamento attuativo l'individuazione di standard qualitativi e quantitativi dei LEA,

- l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che prevede una serie di adempimenti ai quali sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento del SSN.

A novembre 2005 è stata istituita la Commissione LEA con il compito di verificare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

A tal riguardo, è prevista l'utilizzo di una griglia di indicatori – dalle coperture vaccinali, agli anziani assistiti a domicilio, ai tassi di ospedalizzazione - che consente di conoscere e cogliere nell'insieme il livello di erogazione dei livelli di assistenza.

Se la verifica va a buon fine, le Regioni (dal 2010 sono escluse la Valle d'Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna) possono accedere alla quota premiale del 3% delle somme dovute a titolo di finanziamento (della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie).

Dall'ultima verifica degli adempimenti LEA risalente al 2011 pubblicata dal Ministero della Salute nel luglio 2013 emerge che:

- 16 Regioni analizzate,
- 44 adempimenti previsti,
- 8 Regioni adempienti: Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria e Veneto;
- 8 Regioni inadempienti oppure adempienti con criticità: Calabria, Campania, Lazio, Molise, Abruzzo, Puglia, Sicilia e Piemonte (regioni in piano di rientro);

Principali criticità :

- Sistemi informativi.
- Risposta ai bisogni del territorio ed assistenza domiciliare.
- Rischio clinico e liste di attesa.
- Efficienza e appropriatezza della prestazioni.

Tra gli adempimenti, che sono aumentati nel tempo da 19 del 2005 ai 44 di oggi, uno dei più rilevanti è quello relativo alla verifica dell'erogazione dei LEA attraverso indicatori misurabili (c.d. Griglia LEA) e confrontabili con standard di riferimento.

I risultati mostrano, per il 2011, 9 Regioni (Basilicata, Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria, Veneto e Piemonte) in grado di garantire l'erogazione dei LEA.

La Commissione dovrebbe valutare inoltre i fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione e aggiornamento LEA.

Quanto al loro aggiornamento, al pari dei livelli di assistenza socio-sanitaria, si tratta di un tema trattato da diversi anni ma ad oggi non ancora definito:

- primo tentativo ad aprile 2008
 - Schema di decreto del Consiglio dei Ministri – aprile 2008
 - Rilievi della Corte dei Conti
 - Schema revocato

- la L. n.189 dell' 8 novembre 2012 (decreto Balduzzi) all'art. 5 prevedeva l'aggiornamento dei LEA, con riferimento alle persone affette da malattie croniche, rare nonché da ludopatia, e l'aggiornamento del nomenclatore tariffario, entro 31/05/13

- nel 2013 si sono ripresi i lavori e il nuovo schema risulta ancora in esame.

In conclusione, nel settore sanitario caratterizzato da molteplici complessità e criticità e dove peraltro spesso l'offerta di servizi finisce per indurre la domanda dei cittadini, una funzione maggiormente potenziata delle cure primarie, così come indicato nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, ossia strumento di governo della domanda dei servizi territoriali e offerta intesa a garantire minore ospedalizzazione e più vicinanza al paziente cronico e non, assume un significato strategico non solo in chiave di sostenibilità economico-finanziaria del sistema ma anche per migliorare la qualità dei servizi resi. In altri termini, gioca un fattore centrale per la sopravvivenza stessa del sistema sanitario pubblico italiano e per le singole Regioni.

L'appropriatezza dei livelli di assistenza e cura e la lotta alle inefficienze e gli sprechi diventano così le due leve principali per il recupero di risorse e la qualificazione dei servizi:

- valutare l'efficacia delle prestazioni, riorganizzare le modalità di erogazione delle cure, realizzare meccanismi di integrazione e coordinamento dei vari livelli assistenziali del sistema e permettere la continua interazione con la collettività al fine di sviluppare la partecipazione attiva dei pazienti;

- infine determinare e identificare le cure necessarie minimizzando i diffusi fenomeni delle inappropriatezze.

Il tema delle risorse scarse e degli elevati costi sanitari (spesso inutili) colloca ancor di più l'appropriatezza al centro delle politiche sanitarie e fa divenire ancor più strategica l'area delle cure primarie e più in generale dei servizi territoriali.

Cosa si intende per appropriatezza?

A ben vedere non si tratta di una dimensione semplice e riconducibile ad un'unica interpretazione, valida in assoluto.

In Italia il termine con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 è diventato uno dei criteri per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (D.Lgs 229/99), sebbene nei documenti legislativi e di programmazione sanitaria non si riscontrino chiare ed univoche definizioni.

Un riferimento importante è la definizione presente nel "Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza" del luglio 2012 del Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute: "L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi".

E ove si rifletta per un momento alle scelte di sostenibilità complessiva del sistema dal Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 ossia:

- processi di chiusura e di riconversione dei piccoli ospedali,
- riduzione e razionalizzazione dei posti letto di ricovero,
- riconversione delle attività, de-ospedalizzazione e potenziamento dell'assistenza sul territorio;

ed alle azioni indicate e ribadite nella Legge 135/2012 art. 15 comma 13 – Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica - Spending review:

- riduzione standard posti letto: 3,0 posti letto per acuti ogni mille abitanti e 0,7 posti letto di riabilitazione e lungodegenza per mille abitanti (a carico strutture pubbliche per una quota non inferiore al 50 %) con un effetto complessivo di riduzione del 7% dei posti letto per acuti (circa 7.000 posti letto) e una necessità di incremento del 18,5% di posti letto per post acuti,

- riduzione tasso di ospedalizzazione 160 per mille abitanti di cui il 25% per DH,

- timing per provvedimenti regionali di riconduzione agli standard,

è possibile affermare che esiste una reale opportunità di discontinuità, ancorché in presenza di forti vincoli e criticità, e modificare l'assetto dell'offerta sanitaria, in termini di maggiore potenziamento dei servizi territoriali e delle cure primarie, in modo da adeguarla alle reali esigenze dei cittadini.

In questo quadro quindi si inserisce il nuovo Patto della Salute 2014-2016 con la nascita delle UCCP e delle AFT, identificando nel potenziamento del territorio la chiave di volta nel trovare una soluzione al fine di dare sia assistenza sanitaria ai cittadini italiani, che mantenere il controllo della spesa pubblica, venendo incontro alla prospettiva futura che porterà entro il 2065 in Italia la presenza di circa 6 vecchi e mezzo per un bambino investendo quindi sulla futura sostenibilità del SSN.



BIBLIOGRAFIA

1. Federazione Nazionale Ordini dei Medici - Magi D.: I Medici in Italia, constatazioni e prospettive, in Federazione Medica, n°2, 1968;
2. Magi D.: Medici e Studenti in Medicina in Italia: situazione al 1975 e previsione al 1985, in Rivista ENPDEDP, nn. 1/2, 1976;
3. Magi D.: Medici e domanda medica in Italia, Editore Masson, Giugno 1982;
4. Magi D.: Specialista e dove, in La Rivista del Giovane Medico, Editore Masson, nn. 10-11/1983, nn. 9-10/1984, nn. 1/4 e 9/1985;
5. Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma: Censimento dei Medici Italiani al 30 giugno 1984, , Edizioni Scientifiche La Rivista Medica Italiana, Settembre 1984;
6. Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma: Dossier Salute: Italia 1985, Edizioni Scientifiche La Rivista Medica Italiana, Settembre 1984;
7. Regione Lazio, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma: La Spesa Sanitaria dal 1970 al 1987 in Italia e nel Lazio: Analisi statistica e ipotesi di razionalizzazione, Marzo 1989;
8. Magi D., Splendori F., Vanini G.: I Dati della Salute, Annuario Sanità in Italia 1990-1991-1992-1993- 1994-1995, Divisione Editoriale Publiaci, Roma;
9. Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma: Censimento dei Medici Italiani al 1 gennaio 1996, Edizioni Sismos, supplemento a La Rivista Medica Italiana, Settembre 1996;

BIBLIOGRAFIA

10. Lala R., Magi A.: Medici SUMAI: realtà in evoluzione per la tutela della salute in Italia, rilevazione 2001, Edizioni SUMAI, Ottobre 2001;
11. Magi A. Lala R.: Assistenza Medica Specialistica Extraospedaliera, Regione Lazio, Edizioni SUMAI, Ottobre 2002;
12. Società Italiana di Medicina Specialistica: Tempi medi di attività, modalità di esecuzione, nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali territoriali. Edizioni SUMAI, Settembre 2006;
13. Linee Guida "L'Aggregazione funzionale territoriale dei medici specialisti ambulatoriali e degli psicologi convenzionati" Segreteria Nazionale SUMAI Assoprof. Settembre 2009;
14. Magi D. "Tre vecchi e mezzo per un bambino" Edizioni SUMAI Assoprof. Ottobre 2010;
15. Visconti M. "AFT/UCCP dalla teoria alla pratica" Giugno 2013;
16. Giovanni Bertin, Elena Menegazzi, Giovanni Caracci, Angela Angelastro. Cure primarie: esperienze regionali a confronto. Monitor 33 Anno XII . "2013.
17. Le Cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza – Report 2013 – Fondazione ISTUD. Gennaio 2014
18. Damiani G. "Scenari di evoluzione dell'assistenza primaria all'interno di logiche di sanità pubblica" Università Cattolica del Sacro Cuore. Giugno 2014
19. Università Ca' Foscari. Figure Specialistiche Ambulatoriali Interne: Situazione attuale e prospettive future. Ricerca Ca'Foscari – Sumai Assoprof. Edizioni Ca' Foscari – 2014
20. Magi D. "Da tre e mezzo a sei vecchi e mezzo per un bambino. Edizioni Sumai Assoprof. 2014



00173 Roma
Via Vincenzo Lamaro, 13
Tel. 06 2329121
Mail: sumai@sumaiweb.it