

## 7. Le politiche di coinvolgimento dei MMG e l'implementazione di un sistema di cure primarie

di Veronica Scardigli

### 7.1. Un sistema sanitario orientato alle cure primarie e il ruolo dei MMG

Al centro del dibattito sullo sviluppo sostenibile del Sistema Sanitario Nazionale è posto il tema delle cure primarie<sup>1</sup>. La tesi a sostegno della necessaria formulazione di risposte alternative ai bisogni sanitari si fonda sulla ricerca di azioni economicamente più sostenibili e clinicamente più appropriate, in considerazione dell'evoluzione del quadro epidemiologico, che vede una forte diffusione delle patologie croniche<sup>2</sup>. Il potenziamento delle cure primarie prevede il maggiore coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei servizi territoriali, con un accento sulla ricerca di modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie a minore intensità, spostando il focus del sistema di cura dal momento acuto a quello preventivo, con la presa in carico della cronicità a livello territoriale.

Le evidenze empiriche dimostrano come il potenziamento delle cure primarie sia fortemente correlato con migliori *outcomes* di salute; questa relazione risulta significativa sia analizzando i determinanti di salute sia a livello macro (PIL pro capite, numero totale di medici per 1.000 abitanti, percentuale di anziani) che a livello micro (reddito pro capite, consumo di alcool e di tabacco). Numerosi studi, tra i quali uno studio comparativo condotto negli Stati Uniti, confermano migliori

<sup>1</sup> Tipicamente un sistema sanitario è organizzato su tre livelli di assistenza: i servizi medici di base altrimenti detti di cure primarie, la medicina specialistica di secondo livello e le alte specialità (Mapelli V., 1999).

Il perno dei servizi medici di base è il Medico di Medicina Generale il quale, nel sistema sanitario italiano come in quello britannico, svolge un ruolo primario per l'accesso al sistema sanitario nazionale. Costui (o il Pediatra di Libera Scelta per chi ha un'età inferiore ai 14 anni) gestisce, infatti, la salute dei propri pazienti, per ciascuno dei quali riceve una quota capitaria come remunerazione del proprio lavoro. La scelta del MMG è libera e spetta a ogni cittadino.

Nella concezione più innovativa della medicina di base, che va sotto il nome di cure primarie, oltre a rientrare i Medici di Medicina Generale, rientra anche la sfera di servizi territoriali, che rappresentano un'alternativa alla medicina specialistica di secondo livello, secondo una definizione fornita nel 1920 da Dawson Report a proposito del sistema sanitario inglese. Nei servizi sanitari di secondo livello rientrano gli ospedali e i servizi specialistici ambulatoriali, mentre in quelli di terzo livello sono comprese le dodici altre specialità definite dalla legge.

<sup>2</sup> Negli ultimi anni l'aumento del numero dei malati cronici sta creando un'emergenza per i sistemi sanitari: cardiopatie, cancro, diabete, disturbi mentali, malattie respiratorie, dell'apparato digerente e del sistema osteoarticolare sono ormai tra le cause più diffuse di sofferenza e morte; a oggi sono responsabili dell'86% dei decessi in tutta Europa. I principali fattori di rischio sono l'ipertensione arteriosa, il fumo, l'obesità e il sovrappeso, l'alcol, il colesterolo e la glicemia elevati, la sedentarietà. Si tratta di fattori modificabili grazie a interventi sull'ambiente sociale. Rapporto WHO, *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale* (2006).

risultati di salute, anche in termini di minori tassi di mortalità, correlati alla diffusione di *primary care physicians*; nelle zone con una minore densità di medici la spesa per il programma Medicare<sup>3</sup> è più elevata, come conseguenza dei minori investimenti nelle cure preventive. Gli studi disponibili in letteratura dimostrano come un sistema basato sulle cure primarie comporti una maggiore equità nell'accesso alle cure, una migliore continuità dell'assistenza, un più elevato livello di appropriatezza e una maggiore soddisfazione dei pazienti, oltre alla riduzione delle spese sanitarie come conseguenza di un maggiore investimento nella prevenzione piuttosto che nella cura degli eventi acuti. I professionisti maggiormente coinvolti in un sistema sanitario orientato alle cure primarie sono i MMG.

In coerenza con queste evidenze, il recente disegno di legge di «Ammodernamento del sistema sanitario e per la qualità e la sicurezza delle cure» ha investito sulle seguenti sei leve, come specificato dal Ministro Livia Turco nell'ambito della Prima Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie:

1. potenziamento della domiciliarità;
2. promozione e sostegno delle forme di associazionismo medico;
3. valorizzazione di nuovi profili professionali, in particolare di quello infermieristico;
4. integrazione professionale, come elemento imprescindibile per il buon funzionamento di un sistema di assistenza primaria, soprattutto nell'ottica di una presa in carico efficace della cronicità;
5. sviluppo della medicina d'iniziativa, intesa come capacità dei servizi ad «aprirsi» verso bisogni emergenti e più difficili, come quello della salute dei migranti ma non solo;
6. incoraggio della remunerazione degli operatori sanitari, primi fra tutti i medici di famiglia, alla qualità clinica.

Il quadro che emerge dal confronto delle regioni è molto differenziato sia in termini di diffusione dei servizi territoriali sia in termini di organizzazione. Il presente capitolo è organizzato in tre blocchi logici: le differenze in termini di offerta di servizi di assistenza territoriale, la sintesi dei modelli regionali di coinvolgimento dei MMG in riferimento ai progetti di governo clinico e integrazione organizzativa, e infine, l'ultimo paragrafo è dedicato all'approfondimento dei casi regionali con particolare enfasi su tre esperienze locali significative ossia l'ASL di Forlì, l'ASS Friuli Occidentale e l'ASL di Siena.

## 7.2. L'offerta di servizi di assistenza territoriale

A premessa del confronto tra le politiche adottate dalle Regioni negli accordi decentrati con la medicina territoriale, si propone una riflessione sui livelli di diffusione della medicina territoriale e della continuità dell'assistenza (tab. 7.1); i dati sono desunti dall'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale e si riferiscono all'anno 2005.

<sup>3</sup> Il programma pubblico Medicare, istituito nel sistema sanitario statunitense nel 1970, è finalizzato a fornire assistenza agli anziani, diversamente dal sistema pubblico Medicaid rivolto ai poveri.

Per quanto riguarda il primo punto, il livello di diffusione del servizio, in relazione ai MMG le Regioni possono essere suddivise in tre gruppi: Liguria, Toscana e Friuli Venezia Giulia, che hanno una maggiore distribuzione territoriale dei MMG e, pertanto, un minor numero di residenti in carico a ciascun medico (1.021 residenti per MMG della Liguria, 1.033 residenti per la Toscana, 1.048 per il Friuli Venezia Giulia); Piemonte, Emilia-Romagna e Veneto, caratterizzate da una minore distribuzione territoriale (1.095 residenti per singolo MMG per il Piemonte, 1.149 per il Veneto, 1.111 per l'Emilia-Romagna); infine la Lombardia, che rileva la minore diffusione tra le Regioni analizzate (1.207 adulti residenti per MMG). La stessa analisi condotta sui PLS rileva maggiori differenze tra i gruppi di Regioni: Emilia-Romagna, Liguria e Toscana hanno una maggiore diffusione di PLS in relazione alla popolazione target (885 bambini residenti per Emilia-Romagna, 928 per la Liguria, 941 per la Toscana); il secondo gruppo di Regioni è costituito da Veneto (1.094), Lombardia (1.109) e Friuli Venezia Giulia (1.142); infine, il Piemonte ha la minore diffusione territoriale di PLS (1.203 bambini per medico). Un discorso a parte è dedicato al servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica), il cui confronto è realizzato in riferimento al numero di visite effettuate per popolazione residente, oltre al numero di medici per popolazione residente. Le Regioni rilevano una differenza superiore al 50% e possono essere ricondotte ai seguenti tre gruppi: Toscana e Emilia-Romagna, rispettivamente 22 e 16 Medici di Continuità Assistenziale, che nel corso del 2005 hanno svolto rispettivamente 17.294 e 15.305 visite per 100.000 abitanti; Piemonte, Veneto e Friuli Venezia Giulia, con un numero di visite compreso tra 12.586 e 10.649; infine Lombardia e Liguria, con meno di 10.000 visite per residente.

Sinteticamente, considerando la distribuzione territoriale dei MMG e dei PLS, oltre all'attività dei medici di continuità assistenziale, si può affermare che le Regioni con una maggiore diffusione dei servizi territoriali siano la Toscana e l'Emilia-Romagna.

Sulla distribuzione territoriale dei MMG incidono molteplici fattori, tra i quali quello più rilevante è il rapporto ottimale. Questo indica il numero medio di assistiti (con età superiore ai 14 anni) in carico ai medici per cui può essere inserito un nuovo medico. Le Regioni, negli accordi integrativi hanno definito il rapporto otti-

**Tabella 7.1** | Livelli di offerta dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale

|                       | Medicina territoriale |                          |                       |            | Continuità assistenziale  |                       |                    |                       |                               |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|------------|---------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------------|
|                       | Numero MMG            | Adulti Residenti per MMG | Numero scelte per MMG | Numero PLS | Bambini residenti per PLS | Numero scelte per PLS | N. medici titolari | N. medici/100.000 ab. | Visite effettuate/100.000 ab. |
| Emilia-Romagna        | 3.308                 | 1.111                    | 1.118                 | 539        | 885                       | 762                   | 648                | 16                    | 15.305                        |
| Friuli Venezia Giulia | 1.022                 | 1.048                    | 1.067                 | 117        | 1.142                     | 825                   | 130                | 11                    | 10.649                        |
| Liguria               | 1.401                 | 1.021                    | 1.026                 | 175        | 928                       | 776                   | 147                | 9                     | 8.503                         |
| Lombardia             | 6.801                 | 1.207                    | 1.222                 | 1.070      | 1.109                     | 827                   | 1.094              | 12                    | 9.542                         |
| Piemonte              | 3.497                 | 1.095                    | 1.117                 | 415        | 1.203                     | 871                   | 462                | 11                    | 12.586                        |
| Toscana               | 3.092                 | 1.033                    | 1.039                 | 428        | 941                       | 786                   | 777                | 22                    | 17.294                        |
| Veneto                | 3.563                 | 1.149                    | 1.162                 | 553        | 1.094                     | 899                   | 715                | 15                    | 10.795                        |

Fonte: Rielaborazioni proprie su dati *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2005*

male medico-assistiti e l'orientamento può essere sintetizzato nel modo seguente:

- Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e Lombardia 1 MMG ogni 1.300 residenti;
- Piemonte, Toscana e Veneto 1 MMG ogni 1.200 residenti;
- Liguria 1 MMG ogni 1.150 residenti.

### 7.3. Il coinvolgimento dei MMG nelle politiche aziendali: governo clinico e integrazione organizzativa

I MMG e i PLS, in quanto liberi professionisti, sono legati al SSN da un modello di convenzionamento basato sull'Accordo Collettivo Nazionale (ACN). Quest'ultimo prevede un livello di contrattazione nazionale, uno regionale e uno aziendale. L'articolo 2 dell'ultimo ACN sottoscritto il 12 marzo del 2005 definisce i contenuti dei tre livelli di negoziazione. Il livello di negoziazione nazionale individua: a) le garanzie per i cittadini; b) il ruolo, il coinvolgimento nell'organizzazione e nella programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato; c) i servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza; d) la compatibilità economica; e) la responsabilità delle istituzioni (Regioni e aziende) nei confronti della piena applicazione dell'ACN. Il livello di negoziazione regionale definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati. Il livello negoziale aziendale definisce i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale. In particolare, sulla base di accordi aziendali, è possibile coinvolgere i professionisti in un processo di programmazione e controllo, legando la parte variabile della retribuzione al raggiungimento di obiettivi aziendali. I MMG e i PLS continuano a essere professionisti autonomi rispetto all'Azienda Sanitaria, ma sono coinvolti, attraverso un sistema di incentivi, al raggiungimento degli obiettivi distrettuali-aziendali.

Al fine di confrontare le politiche di coinvolgimento dei MMG e l'implementazione di un sistema di cure primarie nelle Regioni, sono stati analizzati i contenuti degli accordi integrativi locali in riferimento a due aree:

1. modalità di coinvolgimento dei medici nei programmi di governo clinico;
2. modalità di incentivazione di forme evolute di integrazione della medicina territoriale (UTAP, Nuclei di Cure Primarie ecc.).

In riferimento al primo punto, l'articolo 59, lettera b, comma 15<sup>4</sup> dell'Accordo Collettivo Nazionale, stabilisce un ammontare di risorse (2,03 euro annui per assistito incrementati per ogni anno successivo di 0,55-0,50 euro) da erogare ai medi-

<sup>4</sup> «In attesa o in mancanza della stipula degli accordi regionali, ciascuna regione dispone, dal 01/01/2004, di ulteriori fondi, derivanti dal 50% degli aumenti contrattuali determinati all'articolo 9 del presente accordo, di euro 2,03 annui per assistito, eventualmente integrato con le risorse di cui ai punti antecedenti, non utilizzate nell'anno solare precedente, per la effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico, nel rispetto dei livelli programmati di spesa. Tale fondo è aumentato di euro 0,55 annui dal 31/12/2004 e di euro 0,50 annui dal 31/12/2005».

ci come quota variabile per «l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico». La competenza per riempire di contenuti e definire gli obiettivi sui quali coinvolgere i medici è lasciata agli Accordi Integrativi Regionali, come definizione delle regole di sistema, e agli accordi aziendali, come definizione del livello operativo. Il coinvolgimento dei medici in programmi di governo clinico è trattato negli Accordi Integrativi Regionali in modo differenziato (tab. 7.2). Una prima distinzione tra le Regioni riguarda il fatto di destinare le quote definite dall'ACN a specifici progetti (Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana), piuttosto che far confluire le quote in un unico fondo aziendale. Quest'ultima scelta è stata effettuata dal Friuli Venezia Giulia (Fondo a Riparto per la Qualità dell'Assistenza), e dal Veneto (Fondo Aziendale di Assistenza Primaria). Concentrando il focus sul primo gruppo di Regioni, si osservano significative differenze nel sistema di obiettivi delineati al fine del riconoscimento dell'incentivo:

- Liguria e Piemonte perseguono una strada affine, in quanto auspicano la creazione di équipe territoriali finalizzate al coinvolgimento dei medici su obiettivi aziendali inerenti a: 1) continuità dell'assistenza; 2) appropriatezza prescrizioni specialistiche e tempi di attesa; 3) appropriatezza farmaceutica; 4) accessi al Pronto Soccorso; 5) prevenzione. Entrambe le Regioni rimandano a contrattazione locale l'ulteriore specificazione dei contenuti;
- Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana specificano a livello regionale i contenuti degli obiettivi, e l'aspetto comune riguarda il coinvolgimento dei medici nell'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici con la presa in carico territoriale dei pazienti cronici. La sola Regione Lombardia collega il governo clinico all'appropriatezza prescrittiva dell'area farmaceutica; in seguito all'approvazione delle Regole per l'anno 2007 tale obiettivo è stato interpretato

**Tabella 7.2** | Programmi di governo clinico (art. 59, lettera b, comma 15, ACN) definiti negli accordi regionali

|                       | <b>Obiettivi specifici</b>  | <b>Sistema incentivazione</b>  | <b>Aree di responsabilizzazione</b>   |
|-----------------------|---|--|---|
| Emilia-Romagna        | si  | 1) 20% adesione progetto diabete;<br>2) 40% attività di educazione permanente (corretti stili di vita);<br>3) 40% impegno corretta applicazione percorsi e procedure di accesso alle prestazioni   |   |
| Friuli Venezia Giulia | Fondo a Riparto per la Qualità dell'Assistenza (art. 46 e art. 59, lettera b) |  | AREA 2 Obiettivi di salute del distretto – appropriatezza farmaceutica e liste di attesa  |
| Liguria e Piemonte    | si  | 1) Continuità dell'assistenza<br>2) Appropriatezza prescrizioni specialistiche e tempi di attesa<br>3) Appropriatezza farmaceutica<br>4) Accessi ps<br>5) Prevenzione  |   |
| Lombardia             | si  | 50% adesione, 50% raggiungimento obiettivi   | 1) appropriatezza prescrittiva<br>2) percorsi diagnostici terapeutici   |
| Toscana               | si  | 1) 20% standard organizzativo;<br>2) 40% obiettivi intermedi<br>3) 40% totale raggiungimento obiettivi di salute (vaccinazione, prevenzione oncologica, rischio cardiovascolare, diabete mellito di tipo 2; BPCO; ipertensione arteriosa; prevenzione fratture nei soggetti a rischio) |   |
| Veneto                | Fondo Aziendale di Assistenza Primaria  |  | quota A), pari a € 3,10 per assistito; quota B), che non potrà risultare superiore a € 1,35 per assistito; quota C), legata a obiettivi su progetti speciali predisposti dall'azienda |

come aumento della prescrizione (37% delle DDD) dei farmaci equivalenti. La Regione Emilia-Romagna prevede il coinvolgimento dei medici sul progetto diabete, sull'attività di prevenzione legata ai corretti stili di vita e, diversamente dalle altre Regioni, sulla corretta applicazione dei percorsi di accesso alle prestazioni, con particolare riferimento all'area della specialistica ambulatoriale. La Regione Toscana, oltre a definire gli obiettivi di salute (vaccinazione, prevenzione oncologica, rischio cardiovascolare, diabete mellito di tipo 2, BPCO, ipertensione arteriosa, prevenzione fratture nei soggetti a rischio), di cui almeno 3 devono essere contenuti negli accordi locali, stabilisce per ciascuno di essi il livello di coinvolgimento del medico e la specificazione degli obiettivi intermedi e finali. La tabella successiva sintetizza il sistema di incentivazione e le aree di responsabilità per i programmi di Governo Clinico nelle Regioni oggetto della ricerca.

Per quanto riguarda il secondo punto, ovvero la modalità di incentivazione di forme evolute di integrazione della medicina territoriale, si fa riferimento all'individuazione delle scelte operate dalle Regioni per puntare su forme evolute di medicina territoriale, intendendo con questa definizione il superamento delle forme associative istituzionali (medicina in associazione, in rete e di gruppo), per affermare nuove modalità di integrazione tra i medici e i servizi distrettuali, o più in generale territoriali, finalizzate a garantire la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale.

Sulla base della nuova convenzione, i modelli organizzativi per la medicina generale sono riconducibili ai seguenti tre modelli:

- forme associative libere e volontarie, configurabili come modelli organizzativi istituzionali, distinte in associazioni mediche per condividere modalità di lavoro e infrastrutture di assistenza (medicina in associazione, medicina di rete, medicina di gruppo) e associazioni non mediche (società di servizio, cooperative) per la gestione di beni e servizi di supporto;
- équipe territoriali, configurabili come legami funzionali tra MMG, articolati su progetti, definiti a livello regionale o a livello aziendale;
- Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), configurabili come legami strutturali da attivare a livello regionale in via sperimentale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute.

Il riferimento alle Unità Territoriali di Assistenza Primaria il modello organizzativo non è del tutto definito: è un progetto da sperimentare sul territorio, che trae origine da esperienze internazionali<sup>5</sup>, dalle esperienze di forme evolute di associazionismo della medicina generale e dalla necessità di offrire risposte integrate nell'assistenza primaria ai cittadini. L'UTAP è un presidio integrato per le cure primarie, formato dall'associazione di più medici convenzionati (MMG, Medici di Continuità Assistenziale, PLS, specialisti convenzionati), operanti in una sede unica a garanzia

<sup>5</sup> Le esperienze internazionali suggeriscono l'importanza dell'integrazione organizzativa e professionale nell'ambito delle cure primarie. La strada dell'integrazione organizzativa è stata seguita, sul modello delle Health Maintenance Organization (HMO), anche nell'ambito del National Health Service (NHS). Infatti i Primary Care Groups prima, e ancora di più i Primary Care Trusts dopo, sono significativi esempi di integrazione organizzativa, con una forte enfasi sulla produzione di servizi di base oltre che sulla funzione di committenza.

di un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e la specialistica e consentendo il soddisfacimento della più comune specialistica di elezione<sup>6</sup>. Si rivolge a un bacino di utenza di circa 10-20.000 persone, con la finalità di garantire la continuità assistenziale (si prevede che l'UTAP rimanga aperta dalle 12 alle 24 ore al giorno per sette giorni la settimana), di condividere percorsi di cura e obiettivi di tutela della salute a favore dei cittadini. In una logica di integrazione, può anche erogare diverse tipologie di prestazioni che spaziano dalla specialistica ambulatoriale (esami di laboratorio a bassa complessità, ecografie, elettrocardiogrammi) a particolari modalità di cure domiciliari.

Tutte le Regioni oggetto della ricerca, a eccezione della Liguria, hanno previsto negli accordi integrativi (Emilia-Romagna e Veneto) o in altre normative, in forma sperimentale, modelli evoluti di associazionismo della medicina territoriale caratterizzati dall'aspetto dell'integrazione organizzativa. Nella tabella 7.3 si propone una sintesi delle forme associative evolute individuando, in ciascuna Regione, se il tema è trattato nell'ambito dell'Accordo Integrativo Regionale o in altre normative, la denominazione e le caratteristiche. La tabella successiva (tab. 7.4) propone una sintesi degli aspetti rilevanti che nei diversi ambiti regionali connotano i modelli di integrazione evoluta, i professionisti coinvolti, il bacino di utenza, l'esistenza di una sede unica, il sistema informativo.

**Tabella 7.3 | Forme associative evolute verso modelli di integrazione strutturale**

|                       | <b>Forme integrative nell'ACN</b>       | <b>Denominazione</b>                       | <b>Caratteristiche</b>  |
|-----------------------|---|--|---|
| Emilia-Romagna        | Sì                                      | Nuclei di Cure Primarie (NCP)              | Definizione dei contenuti e delle peculiarità a partire dal 2000<br>Per l'anno 2007 adesione obbligatoria ai NCP nella forma funzionale.<br>Progetti, anche sperimentali, per la forma strutturale. |
| Friuli Venezia Giulia | Riferimento a possibili sperimentazioni | Unità Territoriali di Cure (UTAP)          | Obiettivo D.G. (anno 2007) ASS 6 «Friuli Occidentale»<br>Attivazione UTAP<br>modalità strutturale   |
| Liguria               | No                                      |  |   |
| Lombardia             | No                                      | Gruppi di Cure Primarie (GCP)              | Sperimentazione triennale (DGR n. 20467/2005)   |
| Piemonte              | No                                      | Gruppi di Cure Primarie (GCP)              | Forme spontanee sul territorio.<br>Approvazione nel 2007 «Linee di indirizzo regionali per l'avvio dei Gruppi di Cure Primarie» con conseguente avvio sperimentazione                               |
| Toscana               | No                                      | Unità di Cure Primarie (UCP)               | Sperimentazione a partire dal 2003 (fine della sperimentazione 2008).<br>Attualmente attive 21 UCP  |
| Veneto                | Sì                                      | Unità Territoriali di Cure Primarie (UTAP) | L'accordo (2005) contiene «Linee guida per sperimentazione UTAP»  |

<sup>6</sup> Allegato 2 dell'Intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004, «Schema di riferimento per la costituzione di UTAP».

**Tabella 7.4 | Gli elementi caratterizzanti delle forma associative evolute**

|                       | Denominazione | Professioni coinvolte  | Bacino di utenza | Sede unica                 | Sistema informativo   |
|-----------------------|---------------|--|------------------|----------------------------|-----------------------|
| Emilia-Romagna        | NCP           | MMG, PLS, infermieri, Medici di Continuità Assistenziale, specialisti                                  | 10-30.000        | No                         | Si, SOLE              |
| Friuli Venezia Giulia | UTAP          | MMG, infermieri, specialisti   |                  |                            |                       |
| Lombardia             | GCP           | MMG, infermieri, specialisti   | Minimo 6.000     | Si (30% attività)          | Si, SISS              |
| Piemonte              | GCP           | MMG, PLS, infermieri, specialisti  | 10-15.000        |                            |                       |
| Toscana               | UCP           | MMG, PLS, infermieri, Medici Continuità Assistenziale, assistenti sociali, fisioterapisti e legame 118 | 12.000 (media)   | Si + ambulatori periferici | Si                    |
| Veneto                | UTAP          | MMG, PLS, infermieri, assistente sociale, specialisti  | 12-25.000        | Si + ambulatori periferici | Si (CUP, aziende ASL) |

## 7.4. I modelli di cure primarie nelle Regioni

Di seguito si propone un approfondimento dei casi regionali in riferimento ai contenuti degli Accordi Integrativi Locali e al modello di sviluppo delle cure primarie. Per quanto riguarda gli accordi integrativi il focus è posto sugli obiettivi finalizzati al coinvolgimento dei medici in programmi di governo clinico. Per quanto riguarda lo sviluppo dei modelli di cure primarie il focus è posto sull'investimento nelle forme di integrazione evolute, rispetto all'associazionismo medico disciplinato nell'Accordo Collettivo Nazionale. I casi regionali sono integrati con alcune esperienze maturate nel contesto locale: il caso della Casa della salute dell'ASL di Forlì, il caso dell'UTAP dell'ASS Friuli Occidentale e il caso delle cure intermedie dell'ASL di Siena.

### 7.4.1. Il modello di cure primarie emiliano-romagnolo. I Nuclei di Cure Primarie

La Regione Emilia-Romagna è, tra le Regioni oggetto della ricerca, quella che maggiormente ha investito sul modello di sistema sanitario orientato alle cure primarie, focalizzando l'attenzione sull'integrazione evoluta funzionale e organizzativa dei Medici di Medicina Generale. L'Accordo Integrativo Regionale è infatti concentrato su questo aspetto, ponendo come obiettivo per l'anno 2007 l'adesione di tutti i medici, almeno nella forma funzionale, a un Nucleo di Cure Primarie.

I recenti provvedimenti normativi (l. reg. 2/2003, l. reg. 27/2004, l. reg. 29/2004) hanno consolidato il ruolo di committenza del distretto e hanno promosso l'evoluzione dei Nuclei di Cure Primarie (NCP); anche il recente PSR 2007-2009 attribuisce ai NCP la valenza di unità operativa dell'assistenza territoriale, auspicando il passaggio da aggregazione funzionale ad aggregazione strutturale. Coerentemente con questa scelta, l'accordo regionale (DGR n. 1398/2006) con la medicina generale è focalizzato sull'evoluzione dei NCP e delinea i seguenti obiettivi:

1. sviluppo dei NCP;
2. rafforzamento delle forme associative più funzionali allo sviluppo degli obiettivi propri del NCP;



3. implementazione del progetto SOLE<sup>7</sup> per le comunicazioni e lo scambio di informazioni fra medici e strutture dell'azienda;
4. sperimentazione di progetti con il coinvolgimento di professionisti e operatori sanitari e sociali;
5. attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per patologie croniche e patologie rilevanti;
6. garanzia della continuità delle cure e il potenziamento delle forme alternative al ricovero ospedaliero: assistenza domiciliare programmata, integrata, residenziale e semi-residenziale, cure palliative ai malati terminali;
7. progetti di educazione-informazione-prevenzione verso le dipendenze, alterati stili di vita o disturbi connessi con l'età anziana;
8. attività di educazione permanente individuale finalizzata a corretti stili di vita.

L'adesione ai NCP è obbligatoria nella forma organizzativa funzionale, mentre l'adesione nella forma organizzativa strutturale sarà graduale anche mediante progetti sperimentali.

Il sistema degli incentivi economici è articolato in tre livelli: 1) incentivi di partecipazione; 2) incentivi di funzionamento; 3) incentivi di risultato.

L'incentivazione di partecipazione è subordinata all'assunzione di responsabilità da parte del medico; all'incentivazione di funzionamento sono ricondotti i diversi incentivi (incentivi per l'informatizzazione, per le forme associative ecc.) disciplinati nell'accordo nazionale. L'incentivazione collegata al raggiungimento di obiettivi (programmi di governo clinico, come da art. 59, lettera b, comma 15 dell'ACN), risulta essere articolata come descritto di seguito:

- 20% per l'adesione al progetto diabete, al fine di favorire i progetti di educazione-informazione-prevenzione verso le dipendenze, alterati stili di vita o disturbi connessi con l'età anziana;
- 40% per l'attività di educazione permanente individuale finalizzata a corretti stili di vita;
- 40% per l'impegno nella corretta applicazione dei percorsi e delle procedure di accesso alle prestazioni (DGR n. 2142/2000), finalizzato anche al governo clinico, inteso come adesione ai programmi relativi all'appropriatezza di accesso alle prestazioni e alle cure.

<sup>7</sup> Il progetto SOLE – Sanità On LinE deriva direttamente dal Piano Telematico Regionale e prevede la realizzazione di una rete informatica e telematica integrata di collegamento tra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali per agevolare la comunicazione tra operatori sanitari e, di conseguenza, l'erogazione dei servizi con importanti e positive ricadute sulla continuità assistenziale e sulla semplificazione dell'accesso per il cittadino. Una volta a regime, tale rete consentirà di:

- gestire e integrare tutto il ciclo informativo che dalla prescrizione del medico arriva al referto;
- implementare i servizi di comunicazione telematica sui piani di assistenza domiciliare tra i medici di famiglia e gli altri professionisti delle Aziende USL;
- ricostruire la storia clinica dell'ammalato attraverso l'accesso del medico di famiglia ai dati sanitari;
- facilitare la gestione delle informazioni contenute nelle prescrizioni farmaceutiche, verso un sistema di gestione della distribuzione di farmaci senza ricetta cartacea;
- emettere una comunicazione tempestiva tra il medico di famiglia e i professionisti ospedalieri in caso di ricovero dell'assistito, sia per la fase di ammissione che per quella di dimissione.

Nell'ambito della continuità assistenziale, gli aspetti interessanti dell'accordo riguardano: 1) l'attivazione dell'ambulatorio di medicina generale per facilitare l'accesso territoriale e gli accessi al Pronto soccorso; 2) l'attivazione di un numero unico regionale per la continuità assistenziale con funzioni di call center al fine di fornire consigli terapeutici telefonici.

L'attivazione dell'ambulatorio di medicina generale, nelle fasce orarie di riferimento della continuità assistenziale, risponde alla necessità di superare il modello dell'ambulatorio per i codici bianchi, offrendo l'opportunità di accedere prioritariamente a un servizio di primo livello territoriale.

Nello specifico, per quanto riguarda l'anno 2007, la DGR n. 686/2007 prevede che nell'ambito degli accordi con la medicina generale le aziende perseguano i seguenti obiettivi:

- definizione dei NCP dai punti di vista funzionale e strutturale;
- indicazione delle modalità di funzionamento dei NCP, con gli strumenti aziendali messi a disposizione relativamente a relazioni organizzative specificamente previste per il sostegno dell'attività organizzativa dei NCP e per l'erogazione dei servizi dei NCP;
- definizione del piano di implementazione del collegamento al progetto.

Si propone di seguito il caso dell'ASL di Forlì che, oltre ad avere individuato i NCP funzionali, vede realizzate nel proprio territorio due esperienze significative di integrazione organizzativa con i servizi distrettuali e specialistici. In particolare l'esperienza di Modigliana assume la caratteristica di Casa della Salute, in quanto il NCP è integrato dal punto di vista organizzativo, oltre che con i classici servizi aziendali, con il *country hospital*, che realizza un modello innovativo di cure primarie. L'aspetto innovativo consiste nell'elevata integrazione organizzativa che garantisce l'accessibilità ai cittadini a diversi servizi che vanno dal Medico di Medicina Generale, ai servizi distrettuali (prenotazione CUP, rilascio certificati, attivazione assistenza domiciliare ecc.) a servizi specialistici di secondo livello, all'ambulatorio di guardia medica nei giorni di chiusura dell'ambulatorio del MMG, ai servizi residenziali (*country hospital*) in caso di problematiche che non necessitano di ricovero ospedaliero. Viene in questo modo realizzata la continuità assistenziale, in termini sia di servizi diversi sia di accessibilità temporale.

Un caso di approfondimento. L'ASL di Forlì e la Casa della Salute<sup>8</sup>

Il NCP va inteso come unità base dell'organizzazione del Dipartimento delle Cure Primarie, la cui finalità principale è quella di portare le cure all'interno del contesto di vita del cittadino, in modo da creare le condizioni per una presa in carico globale dei principali problemi di tipo cronico e per un corretto accesso ai servizi specialistici, operando in stretta integrazione con i servizi sociali e con i servizi sanitari di secondo e di terzo livello. Il NCP è pertanto uno strumento organizzativo e operativo strutturato e accessibile dell'assistenza, all'interno del quale si realizza l'integrazione dei professionisti e dei servizi, per fornire al cittadino il massimo della capacità di risposta ai diversi bisogni associato al massimo dell'accessibilità. Le caratteristiche fondamentali del NCP sono pertanto:

<sup>8</sup> L'elaborazione del presente paragrafo è frutto di una intervista sottoposta al Dott. Corrado Fini, Direttore del Dipartimento di Cure Primarie dell'ASL di Forlì.

- continuità assistenziale e accessibilità: l'apertura di una o più sedi per un ampio numero di ore giornaliere (fino a 12) offre la possibilità agli assistiti del NCP di avere punti di riferimento noti, sempre accessibili nella fascia oraria diurna, di norma vicino alla propria abitazione, dove è possibile trovare una risposta anche alle urgenze di primo livello senza rinunciare al rapporto «storico» di fiducia col proprio MMG. In tale modello è infatti garantita l'accessibilità a tutti i cittadini appartenenti a uno stesso NCP e non solo agli assistiti delle forme associative più avanzate (gruppi);
- rapporti preferenziali con il Pronto Soccorso: l'accessibilità oraria e territoriale identifica la sede del NCP come punto di riferimento per molte urgenze soggettive, prevedendo un rapporto preferenziale con il PS in caso di problemi urgenti, bypassando il triage;
- sedi di erogazione di diversi servizi: gli assistiti possono trovare, nelle suddette sedi, la presenza di diversi professionisti (MMG, PLS, infermiere, specialista) per la presa in carico globale delle principali patologie croniche secondo un modello integrato multiprofessionale e multidisciplinare, supportati da un servizio di segreteria amministrativa. Viene data molta enfasi all'integrazione con i medici specialisti, che in questa sede possono favorire l'accessibilità dei pazienti in ambulatori per patologia, dedicati alle patologie croniche. Può essere prevista l'integrazione anche con l'assistente sociale e la sperimentazione di servizi quali la mediazione culturale per gli stranieri con difficoltà di comunicazione;
- ambulatorio infermieristico: l'infermiere professionale, oltre a prendere in carico il paziente che accede all'ambulatorio per patologia, può erogare prestazioni ambulatoriali di sua competenza (medicazioni, terapie iniettive e infusive ecc.) operando nell'ambito di un ambulatorio infermieristico;
- integrazione con il servizio di continuità assistenziale: tale servizio va collocato in una organizzazione più strettamente legata al NCP, prevedendo l'apertura dell'ambulatorio di sede nei giorni festivi e prefestivi, garantendo ai cittadini una continuità dell'assistenza.

I NCP sono pertanto unità organizzative territoriali che, tenuto conto delle caratteristiche del territorio di competenza, individuano una sede di riferimento, preferenzialmente unica, dove realizzare l'integrazione dei MMG con i diversi servizi. Gli obiettivi attesi da questo percorso di potenziamento del territorio, con una disponibilità di apertura 10-12 ore al giorno, sono riconducibili a: relazione positiva tra i professionisti, che renda più agevole la comunicazione delle linee gestionali; maggiore consapevolezza e responsabilità dei medici sul budget da rispettare; maggiore appropriatezza sull'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e nell'utilizzo dei farmaci; riduzione dei ricoveri come risultato del buon funzionamento dei NCP, in relazione alla presa in carico dei pazienti cronici; riduzione degli accessi non appropriati al Pronto Soccorso, come conseguenza della continuità assistenziale garantita a livello locale (anche per interventi di primo livello per patologie «semplici» come dermatiti, otalgie ecc.). Le modalità di sviluppo delle azioni, al fine del raggiungimento degli obiettivi, devono essere individuate nell'ambito dei Nuclei stessi, a seconda delle caratteristiche del territorio di competenza e della forma organizzativa.

I NCP presso l'ASL di Forlì si sono evoluti in modo differenziato. Alcuni NCP hanno una connotazione funzionale, in quanto la conformazione geografica del territorio (esteso e articolato in piccoli Comuni che si sviluppano su quattro vallate:

Tramazzo, Montone, Rabbi, Bidente) rende indispensabile la distribuzione territoriale degli ambulatori dei MMG. Nella città di Forlì sono stati attivati cinque NCP, con una connotazione strutturale parziale (da rilevare che un NCP garantisce la continuità dell'assistenza su 12 ore al giorno, due NCP su 10 ore al giorno e gli altri su 8 ore al giorno); infine due NCP hanno assunto la connotazione dell'integrazione organizzativa. Il salto di qualità in termini di maggiore servizio per i cittadini sarà l'attribuzione ai NCP degli infermieri, prevista per il 2008, che garantirà la presa in carico dei pazienti cronici alla luce del Chronic Care Model<sup>9</sup>.

L'esperienza più significativa maturata nel territorio forlinese è quella del NCP di Modigliana, che assume la connotazione di Casa della Salute. La sede del NCP è stata collocata in una struttura dell'ASL che, in seguito alla conversione di un vecchio ospedale, è stata trasformata in sede di servizi distrettuali (CUP, consultorio, pediatria di comunità, centro prelievi, sanità pubblica e veterinaria ecc.), con ambulatori specialistici (cardiologia, chirurgia, dermatologia, neurologia, oculistica, otorinolaringoiatria, ortopedia, fisiokinesiterapia, fisioterapia, radiodiagnostica, endocrinologia/diabetologia, psicologia, psichiatria, neuropsichiatria infantile) e venti posti letto di *country hospital*.

Il *country hospital* è una struttura residenziale configurata come struttura socio-sanitaria territoriale, collegata ai servizi sanitari e socio-assistenziali decentrati, rivolta prevalentemente a pazienti anziani affetti da patologie che non necessitano di assistenza ad alta tecnologia o di elevati livelli di intensità di cure, proprie dell'ambiente ospedaliero. La responsabilità clinica dell'accoglienza e della gestione del paziente è del MMG, la cui presenza nella struttura è garantita da cadenze programmate e turni di pronta disponibilità.

Il NCP di Modigliana si configura come Casa della Salute per l'elevato livello di integrazione con i servizi distrettuali, con i servizi specialistici e con il *country hospital*, che consente una gestione completa, anche residenziale, dei pazienti affetti da patologie croniche a livello territoriale, o meglio a livello di cure primarie. Oltre alla presa in carico dei pazienti cronici, questo modello consente anche la continuità dell'assistenza sia per l'elevato livello di integrazione di servizi differenziati (ambulatorio medicina generale, servizi specialistici, servizi residenziali), sia per la continuità dell'assistenza in termini temporali. Gli orari di apertura degli ambulatori medici garantiscono infatti una accessibilità giornaliera di 8 ore per 5 giorni la settimana, consentendo ai pazienti l'accesso a un ambulatorio di medicina generale per le urgenze anche diverso da quello del proprio medico. L'attività dei medici è supportata da un sistema informativo integrato che consente la condivisione delle informazioni contenute nelle cartelle cliniche di tutti i pazienti. Inoltre, al fine di garantire la continuità dell'accessibilità sette giorni su sette, a partire dal 1 dicembre 2007, è stato siglato un accordo con la guardia medica che prevede che nei giorni prefestivi e festivi, nella sede del NCP sia attivo l'Ambulatorio di Medicina Generale di Guardia Medica, che garantisce una copertura oraria di 6 ore/die (3 ore di mattina e 3 ore di pomeriggio). L'accordo sottoscritto con la guar-

<sup>9</sup> Il Chronic Care model si è sviluppato negli Stati Uniti negli anni Novanta, a opera, in particolare di Wagner, presso il MacColl Institute al Group Health Cooperative di Puget Sound. Il presupposto di questo modello si basa su alcune constatazioni: 1) basso livello qualitativo nella cura delle patologie croniche; 2) scarsa aderenza alle linee guida; 3) mancanza di meccanismi di coordinamento nel processo di cura e di un attivo follow-up per garantire i migliori *outcomes*; 4) inadeguato *empowerment* del paziente nel gestire la propria malattia (Maciocco, 2006).

dia medica consente di raggiungere l'obiettivo di copertura della continuità assistenziale per sette giorni la settimana da parte delle cure primarie.

Il NCP di Predappio ha la stessa struttura di quello di Modigliana: sono pertanto garantiti i servizi tradizionali del distretto (igiene pubblica, centro prelievi, consultorio, poliambulatorio, sanità pubblica, servizio assistenza anziani, sanità pubblica veterinaria, sportello unico anagrafe e prenotazione), ambulatori specialistici (cardiologia, dermatologia, oculistica, otorinolaringoiatria, psicologia età evolutiva e famiglia, recupero e rieducazione funzionale, salute mentale, neuropsichiatria infantile, pediatria), l'AVIS comunale e il servizio di guardia medica nei giorni prefestivi e festivi. L'accessibilità giornaliera garantita dagli ambulatori medici è di 12 ore (dalle 08:00 alle 20:00), nei giorni feriali e di 6 ore nei giorni prefestivi e festivi (queste ultime garantite dal servizio di guardia medica), per un totale di sette giorni la settimana. La differenza con il NCP di Modigliana è la mancanza nella stessa sede dei posti letto di *country hospital*. Infatti, il vicino *country hospital* di Premilcuore non è innestato in una casa della salute.

#### 7.4.2. *L'accordo con i MMG del Friuli Venezia Giulia. La prospettiva delle UTAP*

La Regione Friuli Venezia Giulia, a differenza dell'Emilia-Romagna, non tratta il tema dell'integrazione organizzativa (in forma evoluta) nell'accordo integrativo, se non come possibilità di sperimentare forme innovative ed evolute rispetto a quelle delineate nell'Accordo Nazionale. Questa possibilità è rafforzata nelle linee di gestione per l'anno 2007, in cui viene prospettata la sperimentazione di tre UTAP nel territorio regionale. Di seguito si propone l'approfondimento dei contenuti dell'accordo integrativo.

La Regione Friuli Venezia Giulia ha approvato l'accordo integrativo con la medicina generale con DGR n. 269 del 2006.

L'accordo prevede la costituzione di un Fondo a Riparto per la Qualità dell'Assistenza costituito dalle risorse definite nei vari articoli dell'ACN (art. 46 e art. 59, lett. b, punti 1, 2 e 3) e individua le priorità e gli obiettivi come di seguito riportato.

##### AREA 1

Il miglioramento dell'organizzazione del lavoro del medico e dell'accessibilità agli studi si concretizza nei seguenti obiettivi:

1. sostegno all'associazionismo e incentivazione del personale infermieristico e di collaborazione di studio. È previsto un compenso forfettario di 7 euro per la medicina in rete e 12 euro per la medicina di gruppo. È prevista inoltre la possibilità di avviare in forma sperimentale altre forme associative innovative;
2. incentivazione all'impiego di personale infermieristico e di collaborazione alla gestione dello studio: è previsto un compenso annuo per assistito di 12 euro per il collaboratore e 12 euro per l'infermiere;
3. diffusione dell'informatizzazione;
4. avvio sperimentale d'altre forme associative innovative, possibile elaborazione di proposte di associazioni tra MMG ulteriori rispetto a quelle previste nell'ACN.

##### AREA 2

Coinvolgimento del medico nel raggiungimento di obiettivi di salute concordati nel Distretto, riguardanti in particolare la gestione delle cure a lungo termine, della continuità delle cure, delle strutture intermedie del territorio (RSA, ospedali di

comunità) e l'appropriatezza con particolare riguardo all'assistenza farmaceutica e alle liste d'attesa. Gli obiettivi individuati per quest'area sono:

1. potenziamento del ruolo dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali e dell'Ufficio Distrettuale per la Medicina Generale;
2. sviluppo dei sistemi d'incentivazione su indicatori e obiettivi di salute e di governo clinico;
  - a) vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica (per ciascuna vaccinazione compenso lordo di 10 euro per ciascun soggetto di età dai 65 anni in poi);
  - b) screening oncologici: il MMG è responsabilizzato sull'aumento della compliance ai programmi di screening. Costui riceve un compenso (3 euro) per ciascuna donna assistita convocata, e ulteriori 7 euro sulla base dell'adesione;
  - c) indicatori di performance: ai MMG che aderiranno al programma di valutazione di performance sulla base degli indicatori definiti nelle «Linee di gestione» e dagli atti successivi verrà corrisposto, nel caso di raggiungimento degli obiettivi, l'importo annuo di 2 euro per assistito. Nelle «Linee di gestione» per il 2007, tra gli obiettivi prioritari del livello territoriale è riportata l'appropriatezza prescrittiva per la farmaceutica, auspicando l'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto;
3. sviluppo di sistemi di governo delle liste di attesa, sulla base dei criteri di priorità così come individuato nella normativa regionale;
4. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e prestazioni aggiuntive.

### AREA 3

1. Semplificazione e riduzione della burocrazia. Versanti da sviluppare: riduzione del carico burocratico verso l'utenza (certificazioni, ripetizione di ricette ecc.) e verso le aziende (riduzione delle rendicontazioni per prestazione).
2. Semplificazione di alcune procedure, ad esempio per la gravidanza.

### AREA 4

Rapporto con il cittadino; realizzazione della carta dei servizi; avvio delle procedure di audit civico come da programmazione regionale; miglioramento dell'accessibilità attraverso tutte le forme previste dall'ACN; avvio di un tavolo permanente di confronto tra Cittadinanzaattiva, Agenzia Regionale Sanitaria, MMG, Medici di continuità assistenziale e PLS.

Come si è già avuto modo di sottolineare, l'accordo integrativo regionale fa riferimento alla possibilità di sperimentare (Area 1, obiettivo 3) forme integrative evolute rispetto alle forme associative individuate nell'accordo nazionale, senza fornire alcuna indicazione ulteriore. Le indicazioni specifiche per la sperimentazione sono individuate negli Obiettivi per l'anno 2007 dei Direttori Generali. In tale ambito, infatti, viene individuato come obiettivo per il Direttore Generale dell'ASS Friuli Occidentale la realizzazione di tre Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) nel territorio dell'ASS e dell'avvio di due ulteriori UTAP. La normativa regionale non fornisce ulteriori indicazioni. Si propone pertanto l'approfondimento del contenuto dell'accordo integrativo locale dell'ASS 6 per comprendere il modello di UTAP in Friuli Venezia Giulia.

Un caso di approfondimento. Le UTAP nell'Accordo aziendale dell'ASS Friuli Occidentale<sup>10</sup>

Le UTAP sono presidi ambulatoriali integrati per l'erogazione delle cure primarie in cui operano più medici convenzionati (MMG, PLS, Medici per la Continuità Assistenziale, specialisti convenzionati). La sede è unica e i medici devono svolgere almeno la metà dell'attività ambulatoriale, mantenendo anche gli studi periferici. Il processo di integrazione tra i diversi attori può essere graduale: da modelli di base, che prevedono solo i MMG, a modelli con partecipazione aggiuntiva di specialisti, fino a modelli socio-sanitari. L'UTAP si configura pertanto come l'evoluzione di una medicina di gruppo e la sua composizione ottimale prevede il coinvolgimento di almeno quattro medici.

L'accordo aziendale definisce il quadro entro cui si sviluppa la rete delle UTAP e ne costituisce il minimo comune denominatore, all'interno del quale le singole aggregazioni possono stipulare accordi integrativi. Infatti, il rapporto tra l'azienda e l'UTAP è regolato da uno specifico contratto con il quale si definiscono:

- gli obiettivi assistenziali e organizzativi;
- gli standard assistenziali;
- un sistema di indicatori gestionali e di qualità assistenziale;
- le funzioni organizzative e assistenziali innovative e/o sperimentali (es.: telemedicina, uso di cartella clinica orientata per problemi ecc.);
- le eventuali funzioni assistenziali aggiuntive che integrano l'offerta aziendale in aree con fabbisogni particolari o laddove l'offerta aziendale presenta problemi legati a dispersione geografica, distanza dal centro ecc.;
- il sistema di valutazione dei risultati.

L'attività dell'UTAP è formalizzata in un regolamento sulla falsariga di uno schema tipo aziendale, che prevede fra l'altro:

- l'assistenza ambulatoriale nei giorni feriali per almeno 10 ore e almeno sino alle 20:00 e il sabato e i prefestivi dalle 08:30 alle 10:30, tramite la presenza ambulatoriale di almeno uno dei MMG;
- la presenza sulle 10 ore, più le 2 ore del sabato, di personale amministrativo nella sede principale per accogliere e fornire risposte ai cittadini;
- il coordinamento con l'Ufficio Distrettuale per la Medicina Generale (UDMG);
- la garanzia di almeno una giornata/settimana, per medico, di erogazione dell'attività ambulatoriale organizzata per appuntamento;
- i criteri di accesso dei rappresentanti di case farmaceutiche;
- la periodicità delle riunioni dei medici;
- la modalità di registrazione dell'attività clinica e di stesura e conservazione dei verbali relativi alle riunioni.

L'UTAP si dota inoltre di una carta dei servizi e individua un referente per i rapporti con l'Azienda Sanitaria. Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, svolge funzioni integrative rispetto all'ASS (ad esempio: il personale amministrativo gestisce le pre-

<sup>10</sup> L'elaborazione del presente paragrafo è frutto di una intervista sottoposta al Dott. Paolo Piergentili, Direttore sanitario dell'ASS Friuli Occidentale.

notazioni al CUP, il personale infermieristico si integra con il servizio ADI) e i medici si impegnano a usare sistemi informatici compatibili e integrati e a collaborare allo sviluppo, anche sperimentale, di progetti nell'ambito del sistema informativo, quali ad esempio la costruzione della reportistica per MMG, la rendicontazione dell'attività istituzionale, la semplificazione delle procedure, le indagini epidemiologiche ecc.

Infine, l'accordo prevede che si pongano le basi per l'adesione dei medici a programmi aziendali e distrettuali di valutazione e promozione della qualità. In particolare, l'attenzione è rivolta alle seguenti aree: buon uso dei farmaci, adozione di linee guida e percorsi assistenziali, prevenzione e gestione delle ulcere cutanee, *risk management*, promozione e educazione alla salute ecc.

Il sistema incentivante prevede rimborsi forfettari regolati secondo i criteri delineati:

- a ogni medico viene riconosciuta la somma di 2.000 euro annui;
- per i medici che svolgono l'attività ambulatoriale in una sede privata si prevede un contributo economico di 7.000 euro all'anno;
- per i medici che svolgono attività ambulatoriale in una sede aziendale, si prevede l'annullamento del costo a loro carico;
- vengono riconosciute le ore di collaboratore di studio, necessarie a raggiungere un minimo di 52 ore settimanali;
- l'ASS 6 mette a disposizione di ciascun medico un telefonino aziendale con oneri a carico dei medici.

Allo stato attuale (febbraio 2008) sono stati sottoscritti otto contratti con il coinvolgimento di circa trenta MMG per un bacino di utenza di 38.131 abitanti. In alcuni casi, le sedi sono state messe a disposizione dall'ASS. L'obiettivo per l'anno 2008 è quello di realizzare sedici UTAP, con il coinvolgimento di ottanta MMG.

#### 7.4.3. *L'accordo con i MMG in Liguria*

La Regione Liguria è l'unica Regione, tra quelle oggetto della ricerca, che non ha incentivato alcuna forma di integrazione evoluta, neanche a livello sperimentale. L'unico impegno della Regione in questo senso è il superamento della medicina in associazione, come verrà di seguito descritto. Lo stesso accordo sottoscritto a livello regionale presenta dei contenuti piuttosto deboli anche per quanto riguarda il coinvolgimento dei medici in progetti aziendali legati al governo clinico. Vale la pena ricordare, a tal proposito, che in questa Regione si registra il più elevato livello di spesa pro capite per l'assistenza farmaceutica (si veda paragrafo 6.1), nonostante l'introduzione del ticket sulle ricette. Questo dato, alla luce dei contenuti dell'accordo con la medicina territoriale, potrebbe essere interpretato anche come scarso coinvolgimento dei medici prescrittori sul tema dell'assistenza farmaceutica. L'unica azione in questo senso è quella intrapresa per i farmaci equivalenti, nella recente DGR n. 1666/2007, che ha disciplinato il limite di rimborsabilità a carico del SSR, per alcune categorie di farmaci, al costo dei farmaci equivalenti<sup>11</sup>. Si propone di seguito un approfondimento dei contenuti dell'accordo regionale.

L'accordo integrativo regionale, formalizzato con DGR n. 243 del 2006, prevede che ciascun MMG al fine del governo clinico aderisca a un'équipe territoriale. I programmi di governo clinico sono promossi a livello distrettuale e riguardano le seguenti aree:

<sup>11</sup> Per un approfondimento si rimanda a paragrafo 6.2.



- continuità dell'assistenza;
- appropriatezza delle prescrizioni specialistiche e governo dei tempi di attesa;
- appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche;
- accessi al Pronto Soccorso;
- prevenzione.

L'accordo stabilisce inoltre che le ASL definiscano annualmente gli obiettivi da raggiungere, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale. Tali obiettivi devono essere definiti in accordo con i referenti di équipe territoriale e possono essere specifici per ciascuna équipe. L'erogazione del compenso è subordinata al raggiungimento dell'obiettivo, che potrà essere individuale o di équipe (art. 59, lettera b, comma 15, 16, 17).

Per quanto riguarda le forme associative della medicina territoriale, l'accordo definisce un limite massimo di dodici mesi entro i quali i medici in associazione devono scegliere di aderire a una forma evoluta (medicina di rete, medicina di gruppo) o viceversa di tornare a operare singolarmente.

L'aspetto interessante dell'accordo ligure riguarda l'idea di costituire un centro formativo regionale con le finalità di definizione indirizzi e obiettivi dell'attività formativa per i Medici di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale.

#### 7.4.4. *La sperimentazione dei GCP in Lombardia*

L'Accordo Integrativo Regionale non ha affrontato il tema dell'integrazione organizzativa, ma ha puntato ad aumentare l'accessibilità dell'offerta della medicina territoriale rispetto agli standard individuati nell'Accordo Nazionale. Il tema dell'integrazione organizzativa era stato affrontato nella DGR n. 20467/2005 che aveva proposto la sperimentazione triennale di Gruppi di Cure Primarie (GCP), come forme evolute di integrazione dei MMG. Si propone di seguito un approfondimento dei contenuti dell'Accordo Integrativo Regionale (pre-intesa approvata con DGR n. VIII/4723 del 2007) e della sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie.

Sinteticamente l'accordo lombardo può essere suddiviso nelle seguenti aree: 1) programmi per il governo clinico; 2) riqualificazione dell'offerta; 3) medico *case manager* nell'ambito della domiciliarità; 4) continuità assistenziale.

L'accordo lombardo vincola le risorse per l'effettuazione di specifici programmi per il governo clinico (art. 59, punto b, comma 15 del ACN), alle seguenti aree:

- appropriatezza prescrittiva;
- percorsi diagnostici terapeutici.

Per quanto concerne la prima area, ovvero programmi per il governo clinico, l'accordo fa specifico riferimento alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto rimandando alla DGR n. 3776/2006, «Regole di sistema per l'anno 2007», la definizione degli obiettivi specifici che, come descritto nel capitolo precedente, si riferiscono al raggiungimento tendenziale del 37% delle DDD dei farmaci equivalenti.

Rispetto alla riqualificazione dell'offerta, l'accordo regionale specifica che a livello aziendale devono essere attivati PDT, a seconda del quadro epidemiologico, identificando il livello di presa in carico e le modalità di verifica dei risultati raggiunti. A livello regionale, invece, sono stati istituiti gruppi di lavoro per l'elaborazione di PDT nei quali sono previsti indicatori per il monitoraggio.

L'accordo regionale vincola l'erogazione dell'incentivo nel modo seguente:

- 50% a titolo di acconto per l'adesione e la partecipazione alle attività aziendali (budget di distretto);
- 50% per il raggiungimento dei risultati individuati negli accordi aziendali sulle aree dell'appropriatezza prescrittiva e della presa in carico secondo i PDT.

Per quanto riguarda il tema dell'associazionismo, l'accordo non disciplina l'attivazione di forme organizzative complesse, bensì prevede una riqualificazione dell'offerta attraverso l'aumento degli standard di accesso previsti dall'ACN per le singole forme associative nel modo seguente:

- ore di ambulatorio complessive superiori al minimo previsto e articolazione lungo l'arco della settimana al fine di favorire l'accesso;
- contattabilità anche telefonica per un numero adeguato di ore aggiuntive a quanto previsto dall'ACN;
- presenza del personale di studio nelle sedi comuni dell'associazione;
- condivisione con altri segmenti del medesimo livello di cura delle informazioni clinico-assistenziali di alcune categorie di assistiti;
- attività clinica orientata e coerente con i PDT aziendali.

Al fine dell'incentivazione dei livelli di offerta, l'accordo regionale ha istituito un fondo al quale possono accedere sia i medici in quanto singoli (per il 50%), sia i medici in quanto aderenti a medicine in rete o di gruppo (restante 50%), nel rispetto di standard di offerta/miglioramento dell'accesso aggiuntivi rispetto a quanto previsto dall'ACN.

La terza area disciplinata nell'accordo regionale riguarda la definizione di progetti che sviluppano il ruolo del medico *case manager*, intendendo con questo il coinvolgimento del MMG nella valutazione e nel monitoraggio dei piani di cura dei pazienti a domicilio e nella presa in carico dei pazienti in seguito a dimissioni protette.

Infine l'accordo affronta il tema della continuità assistenziale, estendendo questa attività alle ore 08:00 del sabato mattina in tutto il territorio regionale<sup>12</sup>.

Vale la pena ricordare, per quanto non trattato nell'Accordo Regionale con la medicina territoriale, che negli ultimi anni la Regione Lombardia ha molto investito nell'informatizzazione del sistema socio-sanitario e nella condivisione delle informazioni tra i vari attori del sistema, tra i quali i MMG<sup>13</sup>.

Il Progetto Carta Regionale dei Servizi (CRS) e il Sistema Informativo Socio-Sanitario (SISS) rappresentano decisamente un progetto innovativo nel panorama nazionale. Questo progetto persegue la finalità di facilitare lo scambio dei dati e delle informazioni tra gli operatori della sanità, attraverso la creazione di un sistema di comunicazione che si basa sull'utilizzo della Carta Regionale dei Servizi,

<sup>12</sup> Si ricorda che tipicamente l'attivazione del servizio di continuità assistenziale avviene alle ore 10 del sabato mattina.

<sup>13</sup> Il progetto è stato avviato in forma sperimentale nel DGR n. 46380/1999 ed è stato successivamente esteso con DGR n. 8379/2002. Recentemente la l. reg. n. 18/2007 ha sancito definitivamente l'obbligatorietà di adesione e di utilizzo da parte di tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari.

quale chiave di accesso ai servizi per il cittadino e alle informazioni sanitarie del paziente per gli operatori<sup>14</sup>.

Come sopra accennato, il tema dell'integrazione organizzativa era stato affrontato nella DGR 20467 del 2005 che aveva proposto la sperimentazione triennale di Gruppi di Cure Primarie (GCP).

I Gruppi di Cure Primarie sono definiti come unità elementari di offerta integrata di competenze mediche, infermieristiche, riabilitative e specialistiche. Gli obiettivi da perseguire sono riconducibili ai seguenti punti: 1) completezza della prevenzione, diagnosi e cura di primo livello per le patologie di maggiore volume epidemiologico; 2) processo di qualità delle cure; 3) continuità delle cure nel territorio; 4) governo della domanda delle cure di primo livello. Gli attori coinvolti nel progetto sono: MMG, ASL competente, enti locali, organizzazioni sindacali di categoria, Ordine dei Medici, medici referenti delle unità operative ospedaliere, Direzione Generale Sanità.

Il modello dei GCP prevede l'integrazione strutturale parziale, riconoscendo che il 30% dell'attività deve essere erogata nella sede centrale da almeno cinque medici, mentre il restante 70% dell'attività può essere svolta da ciascun medico nel proprio studio. L'attività che può essere erogata consiste, oltre alle prestazioni di medicina generale, a prestazioni di continuità assistenziale nelle ore notturne e prestazioni specialistiche, visite ed esami diagnostici, entro il limite di quattro specialità. Per almeno due patologie tra le più comuni, il GCP deve garantire la prevenzione, il monitoraggio e la cura.

Per quanto riguarda i requisiti, possono essere sintetizzati nei punti seguenti:

- sede unica ambulatoriale comune e ambulatorio di ogni medico;
- almeno cinque MMG con un carico complessivo di 6.000 assistiti;
- svolgimento dei due terzi di attività su appuntamento;
- definizione modalità di accesso delle urgenze;
- presenza garantita per il 30% dei medici aderenti;
- dotazione informatica compatibile con il SISS;
- presenza dell'infermiere e dell'amministrativo;
- spazi dedicati alla specialistica.

<sup>14</sup> Questo progetto integra due progetti.

Il primo progetto (CRS) consiste nella distribuzione a tutti i cittadini lombardi di una *smart card* che costituisce lo strumento di accesso ai servizi informatici forniti dalla Regione, nella logica di semplificare i rapporti con la Pubblica Amministrazione, attraverso il supporto di strumenti telematici comuni per l'accesso ai servizi.

Il secondo progetto (SISS) prevede la realizzazione del Sistema Informativo Socio-Sanitario Regionale, che integra e fa cooperare i sistemi informativi di tutti gli operatori del sistema (ASL, MMG, Aziende Ospedaliere) per migliorare il processo di diagnosi e cura mediante la condivisione delle informazioni cliniche tra gli operatori della sanità e la consultazione della storia clinica del cittadino.

Questo progetto, in seguito a una sperimentazione, è stato esteso a tutti i cittadini lombardi. La Carta Regionale dei Servizi è la chiave di accesso personale del cittadino al sistema informativo che gestisce i dati socio-sanitari (amministrativi e clinici), rendendoli leggibili soltanto al medico di fiducia, alle strutture socio-sanitarie e alle farmacie. Nella carta sono memorizzati i dati amministrativi, i dati delle esenzioni e i dati clinici necessari per la gestione delle emergenze, oltre al codice fiscale del titolare. Poiché è anche tessera sanitaria nazionale e ha funzione di tessera europea di assicurazione per la malattia, la Carta Regionale dei Servizi sostituisce il tesserino sanitario cartaceo e il tesserino esenzioni e garantisce l'assistenza sanitaria nell'Unione Europea.

Per quanto riguarda l'evoluzione della sperimentazione dei gruppi di cure primarie, nelle «Regole di sistema per l'anno 2008», non vi è diretto riferimento, ma a proposito delle cure primarie sono fornite le linee di indirizzo per la presentazione di progetti di integrazione ospedale-territorio: «la regione riconosce la riqualificazione delle cure primarie e la promozione della continuità assistenziale come elementi fondamentali di un sistema sanitario improntato a principi di efficienza, efficacia, qualità e di autentica tutela di salute. Tali obiettivi sono indispensabili al fine di ridurre il ricorso improprio al PS, garantire tassi di ospedalizzazione secondo gli standard, favorire l'accesso adeguato a servizi polispecialistici, day hospital, day surgery e per consentire al territorio di farsi carico delle necessità socio-sanitarie di molti pazienti, anche in una prospettiva di uso ottimale delle risorse e di reale risposta ai bisogni degli utenti».

In questa logica, la Regione promuove progetti che vedano la medicina di famiglia quale riferimento attivo degli assistiti, attraverso modalità organizzative di integrazione multiprofessionale con gli specialisti ospedalieri e anche mediante collaborazioni con il territorio e con le imprese di settore. In questa ottica, per il 2008, le ASL sono chiamate a proporre progetti operativi innovativi, anche nella prospettiva di una nuova rete di offerta sanitaria.

#### 7.4.5. *L'accordo piemontese e la diffusione spontanea di forme evolute di associazionismo*

L'accordo integrativo non ha previsto l'incentivazione di forme evolute di medicina territoriale, ma in seguito alla constatazione che nel territorio si erano diffuse esperienze di integrazione evoluta tra i medici, nel 2007 la Regione ha approvato alcune linee di indirizzo per la sperimentazione di Gruppi di Cure Primarie (GCP). Si propone di seguito l'approfondimento dei contenuti dell'Accordo Regionale e un riferimento sintetico alla filosofia della sperimentazione dei GCP.

L'Accordo Integrativo Regionale con la Medicina Generale è stato formalizzato con DGR n. 28-2690 del 2006 e successivamente integrato nel 2007 (DGR n. 10-5955 del 2007). L'accordo definisce l'équipe di assistenza, quale aggregazione organizzativa dei MMG e dei PLS, per una popolazione di riferimento compresa tra 10.000 e 30.000 unità e costituita da dieci a venti medici.

Le finalità dell'équipe sono riconducibili ai seguenti punti:

- a) valutare specifici bisogni di assistenza della popolazione assistita;
- b) realizzare progetti di razionalizzazione aderendo a proposte di progetti-obiettivo individuati dall'Ufficio di Coordinamento Distrettuale;
- c) verificare gli effetti degli stessi;
- d) facilitare, attraverso la figura del suo rappresentante, la comunicazione fra singoli medici e Ufficio di Coordinamento Distrettuale per il coinvolgimento dei medici nelle varie fasi del budget e la loro responsabilizzazione nel raggiungimento degli obiettivi, e la rilevazione di problemi emergenti nell'erogazione delle prestazioni di secondo livello;
- e) svolgere analisi e valutazione di protocolli e percorsi assistenziali proposti all'équipe dall'UCAD;
- f) svolgere analisi epidemiologiche e analisi della domanda su informazioni avute dalla direzione di distretto o richieste alla stessa dall'équipe;
- g) effettuare valutazioni sugli aspetti organizzativi dell'attività di assistenza distrettuale nel proprio ambito, sui quali proporre e promuovere miglioramenti o cambiamenti;

- h) permettere scambi informativi e favorire momenti di integrazione con gli altri operatori territoriali, compresi i medici dell'emergenza sanitaria 118, ogni qual volta le partecipazioni si rendano necessarie e siano attuabili;
- i) operare allo scopo di garantire la continuità dell'assistenza ai propri assistiti.

L'incentivo economico per la realizzazione delle attività in elenco è quantificato in 5,5 euro. In particolare, per i punti b, c e d il riconoscimento della quota (3,50 euro) dipende dalla verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Per quanto riguarda invece il riconoscimento della quota variabile per programmi di governo clinico di cui all'art. 59, lettera b, comma 15, per un importo pari a 3,08 euro, l'accordo regionale definisce le aree all'interno delle quali devono essere promosse attività e progettualità:

- continuità dell'assistenza;
- appropriatezza delle prescrizioni specialistiche e governo dei tempi di attesa;
- appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche;
- accessi al Pronto Soccorso;
- prevenzione.

In particolare, per quanto riguarda l'area dell'appropriatezza prescrittiva per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, l'accordo rimanda a DGR n. 14-10073 del 2003, con la quale sono stati definiti gli interventi organizzativi per avviare un sistema di governo della domanda introducendo l'obbligo per i medici di prescrivere identificando codici di priorità per l'erogazione delle prestazioni.

Rispetto all'area della prevenzione, i MMG sono chiamati a collaborare nella realizzazione degli interventi di prevenzione primaria e alle campagne di prevenzione secondaria individuate come prioritarie a livello regionale, quali screening oncologici, vaccinazione antinfluenzale e sorveglianza epidemiologica della sindrome influenzale. Nell'accordo regionale sono definite le risorse specifiche e l'impegno da richiedere al medico.

#### Screening oncologici

I medici di assistenza primaria sono tenuti a:

- partecipare alle attività di formazione previste dai progetti;
- attenersi ai protocolli operativi stabiliti dal comitato tecnico;
- fornire alle persone da loro assistite l'informazione necessaria al fine di rendere consapevole la decisione di aderire allo screening e, contemporaneamente, garantirne l'accesso;
- selezionare dalle liste dei loro assistiti le persone eleggibili per lo screening;
- seguire i loro assistiti negli interventi diagnostici e terapeutici conseguenti allo screening secondo i protocolli definiti dai programmi.

Incentivazione:

- 2,10 euro per caso, fino al raggiungimento dell'invio del 40% degli eleggibili;
- 2,30 euro per caso, dal superamento del 40% fino al raggiungimento del 60% dell'invio degli eleggibili;
- 2,50 euro nel caso di superamento del 60% degli eleggibili;
- sono previsti incrementi di 0,50 euro nel caso di raggiungimento della quota da tutta l'équipe.

### Vaccinazione antinfluenzale

L'attività dei medici di assistenza primaria dovrà essere orientata prioritariamente a garantire la copertura dei gruppi di popolazione che presentano difficoltà ad accedere direttamente alla vaccinazione (come gli anziani allettati e i grandi vecchi), nonché a offrire la vaccinazione ai gruppi di pazienti ad alto rischio dovuto alla presenza di condizioni o malattie che sono note innanzitutto al medico curante.

Incentivazione: corresponsione della quota stabilita per le prestazioni aggiuntive di cui all'art. 45, all. D) dell'ACN.

### Sorveglianza epidemiologica della sindrome influenzale

Il sistema di sorveglianza epidemiologica della sindrome influenzale si avvale di una rete di medici sentinella (MMG e PLS) ed è organizzato sulla base dell'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato/Regioni in data 28/9/2000 n. 1031. Per la partecipazione all'attività è riconosciuto un compenso onnicomprensivo per stagione influenzale pari a 600 euro, la cui erogazione è subordinata a una partecipazione attiva pari ad almeno il 75% delle settimane di osservazione.

L'accordo piemontese prevede inoltre che ciascuna ASL costituisca con risorse proprie un fondo, ovvero il cosiddetto «Fondo per le attività distrettuali di razionalizzazione» finanziato con una quota pari a 1 euro per residente e finalizzato a retribuire attività dei MMG concordate a livello distrettuale per raggiungere ulteriori obiettivi di razionalizzazione.

In considerazione del fatto che in questi anni in Piemonte si sono diffuse spontaneamente forme evolute di associazionismo tra medici, configurabili come Gruppi di Cure Primarie, il Piano Socio-Sanitario per il 2006-2010 ha recepito questa tendenza delineando il GCP come forma di integrazione della rete dei servizi di cure primarie.

I GCP rappresentano l'articolazione organizzata del Servizio Sanitario Regionale nel territorio e costituiscono i riferimenti organizzativi, che in una sede unitaria erogano direttamente le cure primarie, prevedendo la collaborazione di più figure professionali (innanzitutto i MMG e i PLS che desiderano liberamente di aderire all'iniziativa, ma anche i medici di continuità assistenziale, gli infermieri, gli operatori socio-sanitari, i medici specialisti, gli assistenti sociali, gli operatori della prevenzione), garantendo la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione. Nel 2007, in seguito all'approvazione delle «Linee di indirizzo regionali per l'avvio dei Gruppi di Cure Primarie», sono partiti in tutte le ASL del Piemonte i progetti di avvio della sperimentazione.

#### 7.4.6. *Le cure primarie in Toscana. La sperimentazione delle UCP e delle cure intermedie*

La regione Toscana è stata tra le prime Regioni ad avere affrontato a livello normativo il tema dell'integrazione organizzativa della medicina territoriale. Infatti, nel 2003, sono stati disciplinati i contenuti della sperimentazione delle Unità di Cure Primarie (UCP); pertanto, il tema è stato trattato nell'accordo integrativo regionale solo marginalmente<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> L'accordo regionale con la medicina generale auspica la definizione degli strumenti per la costituzione di Unità di Cure Primarie.

Gli aspetti caratterizzanti dell'accordo regionale sono l'introduzione della medicina in associazione complessa e la definizione puntuale degli obiettivi che rientrano nei programmi di governo clinico, sia nei contenuti che nell'impegno richiesto ai medici. Questo approccio caratterizza decisamente il modello di governo di questa Regione. Si ricordano, a questo proposito, anche gli specifici obiettivi identificati per l'assistenza farmaceutica (si veda par. 6.2).

La Regione Toscana ha approvato l'Accordo Integrativo con la Medicina Generale con la DGR 216 del 2006. Tale accordo prevede il superamento della medicina in associazione a favore di forme maggiormente evolute di associazionismo (medicina di gruppo).

#### Medicina in associazione complessa

- a) la distribuzione territoriale degli studi individuali di assistenza primaria, coerenti con l'ambito territoriale di scelta, nel rispetto dei bisogni assistenziali degli utenti di troppo;
- b) la presenza di una sede ambulatoriale comune della associazione, con almeno due studi, di cui uno utilizzato anche per l'assistenza infermieristica, da ritenersi comunque obbligatoria. Tale sede può essere lo studio di uno degli associati o una sede ulteriore dove garantire la presenza di almeno un medico della forma associativa per un arco di almeno 7 ore al giorno dal lunedì al venerdì, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, con chiusura non anteriore alle ore 19:00 [...];
- c) il collegamento reciproco di tutti gli studi dei medici e della sede comune con sistemi informatici tali da consentire il collegamento o la presenza delle schede contenenti le informazioni relative agli assistiti di tutti i componenti l'associazione, aggiornate almeno ogni quattro mesi;
- d) l'utilizzo per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, nella sede unica;
- e) l'utilizzo, obbligatorio, presso la sede comune da parte dei componenti l'associazione, di personale di segreteria e infermieristico [...];
- f) l'utilizzo da parte di ogni medico e della sede comune di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della azienda [...];
- g) il numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 33 dell'ACN e comunque non superiore a 10 [...];
- h) possibilità di garantire, nell'ambito dell'accordo aziendale, la continuità dell'assistenza anche il sabato mattina in particolare per le forme di assistenza quale l'ADI, l'ADP, malati oncologici, malati a rischio di ospedalizzazione;
- i) il compenso per l'adesione alla forma in associazione complessa è fissato in 5,00 euro per assistito in carico.

Per quanto riguarda l'erogazione della quota variabile collegata ai programmi di governo clinico, l'accordo prevede che tali incentivi siano erogati ai singoli medici secondo le seguenti percentuali:

- 20% per l'adesione e per il raggiungimento dello standard organizzativo;
- 40% per il raggiungimento di obiettivi intermedi in sede di stesura definitiva dell'accordo regionale;
- 40% per il totale raggiungimento degli obiettivi di salute.

Gli obiettivi di salute sono riconducibili alle seguenti aree: 1. Vaccinazioni; 2. Prevenzione oncologica; 3. Ricerca soggetti affetti da più fattori di rischio cardiovascolari; 4. altri obiettivi regionali: Valutazione del rischio cardiovascolare; 5. Diabete mellito di tipo 2; 6. BPCO; Ipertensione arteriosa; 7. Prevenzione fratture nei soggetti a rischio; 8. Prevenzione fratture.

L'accordo regionale prevede che gli accordi aziendali contengano almeno tre obiettivi di salute, due dei quali dovranno essere individuati tra quelli regionali. La scelta aziendale degli obiettivi di salute è valida per il triennio. Per ciascun obiettivo di salute è specificato l'impegno richiesto al MMG e la misurabilità dell'indicatore.

#### D1 – Vaccinazioni

Il MMG verifica che siano state effettuate [...] le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate del calendario vaccinale regionale; controlla in tutte le donne diciottenni l'avvenuta vaccinazione antirosolia; controlla per tutti gli assistiti in carico al 60° anno l'avvenuta vaccinazione antitetanica; comunica al distretto i nominativi dei soggetti che risultano non vaccinati; effettua attività di *counselling*.

#### D2 – Prevenzione oncologica

Rispetto agli screening del tumore del colon retto, tumore della cervice uterina e del tumore della mammella, il MMG effettua una pulitura degli elenchi forniti dall'azienda (rispetto agli eligibili allo screening) e riconsegna gli elenchi dei nominativi da sottoporre a prevenzione; effettua opera di *counselling* ai non responders su elenchi forniti dall'azienda.

Condizione necessaria per il raggiungimento dell'obiettivo totale un incremento statisticamente significativo dei soggetti sottoposti a screening.

Misurabilità – obiettivo parziale: consegna almeno di un elenco ripulito; obiettivo totale: restituzione degli elenchi ripuliti di tutti gli screening effettuati a livello aziendale.

#### D3 – Ricerca soggetti affetti da più fattori di rischio cardiovascolare

Il MMG compila all'inizio dell'anno un registro dei pazienti affetti da sindrome metabolica secondo la definizione ATPIII nella fascia di età 40-60; effettua un *counselling* sulla modifica di stili di vita.

Misurabilità – obiettivo parziale: 40% dei soggetti a cui ha effettuato il *counselling*; obiettivo totale: 70% dei soggetti a cui ha effettuato il *counselling*.

#### D4 – Valutazione del rischio cardiovascolare

Il MMG valuta il rischio cardiovascolare dei pazienti in fascia di età 40-60 utilizzando la carta del rischio dell'ISS e/o l'applicativo «cuore.exe».

Misurabilità: valutazione del 70% della popolazione target mediante produzione elenco nominativo come obiettivo totale; valutazione del 40% della popolazione target mediante produzione elenco nominativo come obiettivo parziale.

#### D5 – Diabete mellito di tipo II

Il MMG compila il registro di patologia dei pazienti diabetici in carico; calcola il BMI per ogni paziente diabetico; fornisce il numero dei pazienti affetti da diabete con BMI sup. a 25 in trattamento con Metformina.

Misurabilità – obiettivo parziale: 40% di pazienti diabetici ai quali è stato calcolato il BMI; obiettivo totale: 70% di pazienti diabetici ai quali è stato calcolato il BMI.



## D6 – BPCO

Il MMG compila il registro di patologia dei soggetti affetti da BPCO; individua fra questi i pazienti fumatori e li invita a smettere di fumare; verifica l'avvenuta vaccinazione antinfluenzale ed eventualmente antipneumococcica secondo accordi aziendali.

Misurabilità – obiettivo parziale: 40% dei pazienti affetti da BPCO indagati per abitudine al fumo; obiettivo totale: 70% dei pazienti affetti da BPCO indagati per abitudine al fumo.

## D7 – Ipertensione arteriosa

Il MMG compila il registro di patologia per l'ipertensione; individua i soggetti fumatori ipertesi ed effettua interventi brevi per smettere di fumare; fornisce all'azienda il numero dei pazienti ipertesi non complicati trattati in monoterapia con diuretici tiazidici o associati con risparmiatori di potassio.

Misurabilità – obiettivo parziale: 40% di pazienti ai quali è stato effettuato un intervento breve per smettere di fumare; obiettivo totale: 70% di pazienti ai quali è stato effettuato un intervento breve per smettere di fumare.

## D8 – Prevenzione fratture soggetti a rischio

Il MMG compila il registro delle donne in post-menopausa, fino ai 65 anni di età, a rischio di fratture di femore e vertebrali, mediante la ricerca di fattori di rischio; effettua opera di *counselling* sulla modifica degli stili di vita per la prevenzione delle fratture e l'adesione a eventuali campagne della Regione sulla somministrazione della vitamina D4.

Misurabilità – obiettivo parziale: 40% di donne indagate sul numero totale delle donne comprese nella fascia di età 50-65 e quelle in menopausa prima dei 50 anni; obiettivo totale: 70% di donne indagate sul numero totale delle donne comprese nella fascia di età 50-65 e quelle in menopausa prima dei 50 anni.

Come sopra ricordato, in Regione Toscana la sperimentazione delle Unità di Cure Primarie è iniziata nel 2003 in seguito all'approvazione della DGR 1204 e si conclude nel 2008. Attualmente le sperimentazioni partite sono ventuno, con bacino di utenza di 270.000 abitanti.

Gli obiettivi della sperimentazione sono riconducibili al miglioramento dei percorsi assistenziali (prenotazioni CUP), alla ricerca dell'integrazione dei professionisti, l'aumento dell'appropriatezza delle prestazioni e la promozione della salute.

Gli attori coinvolti oltre ai MMG sono i cittadini, i PLS, i Medici di Continuità Assistenziale, il personale infermieristico, i medici del Dipartimento di Cure Primarie, gli specialisti ambulatoriali e il personale amministrativo.

In particolare, i medici hanno i seguenti obiettivi:

- concordare, elaborare e partecipare a progetti-programmi di promozione della salute e prevenzione della malattia rivolti a singoli, gruppi omogenei, popolazione target ecc.;
- concordare, elaborare e attuare modelli assistenziali per patologie croniche;
- organizzare l'apertura dell'UCP per 12 ore dalle 08:00 alle 20:00 nei giorni feriali dal lunedì al venerdì;
- assicurare la reperibilità telefonica nei giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 20:00;

- assicurare disponibilità telefonica durante i giorni prefestivi e festivi per altri attori UCP, qualora fossero stati attivati l'ADI e il progetto ARCO per pazienti in fase terminale;
- operare in piena integrazione con il Pronto Soccorso;
- concordare e partecipare alla fornitura di farmaci in doppio canale nella sede dell'UCP e presso il domicilio di pazienti in ADI/ADP;
- partecipare a progetti-obiettivo finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa;
- condividere i dati degli assistiti su sistema informatico anche presso eventuali ambulatori periferici;
- condividere le informazioni essenziali dell'assistito con gli altri attori;
- partecipare agli incontri periodici.

Il paragrafo dedicato all'approfondimento del modello toscano si conclude con il caso aziendale dell'ASL di Siena, in merito all'esperienza delle cure intermedie<sup>16</sup>. Nell'ambito di questo capitolo il tema non è stato specificatamente affrontato, ma data la rilevanza di tale esperienza sono stati attivati 2,28 posti letto per 10.000 abitanti, e dato il livello di coinvolgimento dei MMG il paziente resta in carico al proprio MMG, si è ritenuto interessante integrare la trattazione dell'evoluzione delle cure primarie con questa esperienza.

Per una definizione di cure intermedie, si riporta quella fornita nell'ambito del secondo Congresso Nazionale della Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto (CARD) «un'area di servizi integrati, sanitari e sociali – domiciliari, residenziali e semiresidenziali – finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti. Il rafforzamento di questa area assistenziale può favorire inoltre le prevenzioni dei ricoveri non necessari e/o impropri».

#### Le cure intermedie in Toscana. Il caso dell'ASL di Siena<sup>17</sup>

La Regione Toscana, attraverso una ricca produzione normativa, ha aperto la strada per l'apertura di ospedali di comunità. In particolare, la delibera del Consiglio Regionale n. 384/1997 «Sperimentazione di nuovi modelli organizzativi. Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie» ha introdotto sperimentalmente alcuni modelli organizzativi innovativi: foresteria, albergo sanitario, ospedale di comunità. Il Psn 2006-2008 inserisce l'Ospedale di Comunità tra le tipologie di offerta facenti parte delle cure intermedie.

Va inoltre ricordato il sistema delle cure primarie con quello delle cure ospedaliere completando l'offerta dei servizi di cure intermedie (*intermediate health care*) con lo sviluppo, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'Ospedale di Comunità, a cura dei medici di assistenza pri-

<sup>16</sup> Il Psn 2006-2008, inserisce l'Ospedale di Comunità tra le tipologie di offerta facenti parte delle cure intermedie. Va inoltre ricordato il sistema delle cure primarie con quello delle cure ospedaliere completando l'offerta dei servizi di cure intermedie (*intermediate health care*) con lo sviluppo, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'Ospedale di comunità, a cura dei medici di assistenza primaria, quale struttura dedicata, all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti.

<sup>17</sup> L'elaborazione del presente paragrafo è frutto di una intervista sottoposta all'Ing. Massimo Scusa e al Dott. Franco Ceccarelli, rispettivamente Direttore Generale e Direttore Sanitario e al Dott. Mauro Merli, Coordinatore Staff della Direzione Aziendale dell'ASL di Siena.

maria, quale struttura dedicata, all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti.

Alcuni aspetti rilevanti, che emergono dalla normativa regionale e che caratterizzano gli ospedali di comunità, possono essere sintetizzati nei punti seguenti:

- il bacino di utenza è quello zonale, per mantenere rapporti con famiglia e servizi territoriali;
- ha dimensioni medie di 12-16 posti letto;
- la responsabilità del paziente è del MMG, il quale deve assicurare almeno due ingressi la settimana.

Tipicamente i pazienti dell'ospedale di comunità sono:

- pazienti con affezioni respiratorie, vascolari, diabetiche croniche in fase di riaccutizzazione che provocano una temporanea non autosufficienza;
- pazienti oncologici sottoposti a trattamenti palliativi;
- pazienti terminali (non affetti da immunodeficienza acquisita) con particolari problemi familiari;
- i pazienti neurologici che non necessitano di strumentazioni per il mantenimento delle funzioni vitali.

L'ASL di Siena ha molto investito sul tema delle cure intermedie. A partire dal 1997 nel territorio dell'ASL sono stati attivati 60 posti letto in Ospedali di Comunità, di cui 6 come sperimentazione di un servizio intermedio, che corrispondono a 2,2 posti letto per 10.000 residenti (tab. 7.5).

**Tabella 7.5 | Posti letto in ospedali di comunità presso l'ASL di Siena**

|  |      |
|--|------|
| Posti letto in ospedali di comunità                      | 60   |
| Montalcino   | 18   |
| Campasi Siena  | 18   |
| Val d'Elsa   | 18   |
| Sperimentazione servizio cure intermedie RSA di Cetona   | 6    |
| Posti letto in ospedali di comunità per 10.000 residenti | 2,28 |

Di seguito si propone un'analisi sintetica delle caratteristiche degli Ospedali di Comunità attivati.

- Ospedale di Comunità di Montalcino, aperto nel 1997, come riconversione di una realtà ospedaliera; prevede 18 posti letto di ospedale di comunità e inoltre 5 posti letto di Albergo Sanitario, in cui è prevista la sola assistenza infermieristica e può essere usufruito da utenti che ne necessitano a seguito di un intervento chirurgico o chemioterapico; 5 posti letto di foresteria, con servizio esclusivamente alberghiero, per soggetti in riabilitazione o che necessitano di indagini clinico-diagnostiche da effettuare in un arco di tempo superiore alle 12 ore.

Questa esperienza si differenzia dal modello «classico» di ospedale di comunità, in quanto è previsto personale medico strutturato come supporto ai MMG nella diagnosi e nell'espletamento del piano terapeutico-assistenziale.

- Ospedale di Comunità di Siena-Campasi, aperto nel 2001, per un totale di 18 posti letto, inseriti all'interno di una RSA pubblica. L'assistenza è garantita dal pool infermieristico e ausiliario della RSA stessa e, al fine di promuovere la continuità assistenziale territoriale, è stato individuato come responsabile medico di struttura il responsabile del modulo organizzativo multiprofessionale dell'assistenza domiciliare, all'interno dell'Unità Funzionale Cure Primarie.
- Ospedale di Comunità della Val d'Elsa, aperto nel 2007, per un totale di 18 posti letto, è collocato all'interno del presidio ospedaliero come riconversione di posti letto per acuti. I MMG, oltre a essere responsabili dell'ammissione dei pazienti alla struttura, sono responsabili della gestione diagnostica e clinica. Questa struttura tratta tipicamente pazienti con malattie respiratorie, vascolari, croniche in fase di riacutizzazione, pazienti oncologici e terminali.
- Servizio di cure intermedie nella RSA ASP di Cetona, nel distretto della Val di Chiana, attivati 6 posti letto, nel 2007, come sperimentazione di servizi per le cure intermedie nella rete delle RSA<sup>18</sup>, sulla base delle indicazioni regionali<sup>19</sup>. Questo livello di offerta, dal punto di vista organizzativo, è sovrapponibile all'ospedale di Comunità, mentre da un punto di vista della rete dei servizi risponde alla necessità di diffusione capillare sul territorio. Il profilo dei pazienti ai quali questo servizio è rivolto corrisponde alle seguenti fattispecie: pazienti che si trovano al proprio domicilio con problematiche sanitarie per le quali l'assistenza domiciliare non offre garanzie sufficienti, ma che possono essere risolte con modalità diverse dal ricovero ospedaliero; pazienti dimissibili dall'ospedale, ma che non sono in condizioni di poter essere adeguatamente assistibili al proprio domicilio per complessità del quadro clinico e per insufficienti garanzie di supporto familiare e/o sociale. Dal punto di vista assistenziale, la responsabilità clinica del paziente rimane in carico al MMG, il quale garantisce l'assistenza ai propri pazienti ricoverati attraverso accessi programmati. Nel periodo notturno e nei giorni festivi il riferimento è il medico della continuità assistenziale. La struttura garantisce l'assistenza infermieristica sulle ventiquattro ore e l'assistenza riabilitativa estensiva. Per i pazienti che necessitano di accertamenti specialistici e diagnostici l'ASL garantisce accessi agevolati nelle proprie strutture secondo il protocollo H72<sup>20</sup>, attivato per le urgenze non differibili.

<sup>18</sup> Sono rivolte a persone che altrimenti prolungherebbero senza necessità la durata del ricovero ospedaliero o potrebbero essere ammesse inappropriatamente in ospedale o in RSA:

- sono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato, che definisce terapie, trattamenti, necessità di ricoveri;
- sono orientate al recupero dell'indipendenza e al rientro dei pazienti al loro domicilio;
- hanno una durata limitata (di solito 1-2 settimane, e mai oltre le sei settimane);
- sono basate sull'integrazione di più professionisti che utilizzano gli stessi criteri di valutazione, gli stessi strumenti operativi e condividono protocolli comuni. Fonte: DGR n. 1002/2005.

<sup>19</sup> DGR n. 1002/2005 «Approvazione indirizzi per la sperimentazione di 'Servizi per le cure intermedie' presso le RSA e le case di cura convenzionate».

<sup>20</sup> L'ASL di Siena sta sperimentando, in collaborazione con i MMG e l'Azienda Ospedaliera, un progetto per l'erogazione delle prestazioni specialistiche non differibili oltre le 72 ore, che prevede l'applicazione di un protocollo che va sotto il nome di «H72». Il protocollo prevede che l'accesso avvenga sulla base di due modalità:

- comunicazione telefonica da parte del MMG per l'accesso alla visita e/o all'esame;
- richiesta di prestazione H72 redatta dal MMG su ricettario del SSR, completa di motivazione.

L'analisi dell'attività dei posti letto di cure intermedie ha rilevato dei risultati soddisfacenti tanto da far decidere all'ASL sull'opportunità di potenziare questo servizio.

#### 7.4.7. I Patti Aziendali nell'accordo veneto. L'evoluzione delle UTAP

In Regione Veneto l'accordo regionale con la medicina generale è stato formalizzato con DGR n. 4395/2005. Il recepimento di tale accordo definisce il superamento del ruolo di *gatekeeper* del MMG con il riconoscimento a quest'ultimo del ruolo di *care e case manager* del processo primario di presa in carico complessiva e globale dei pazienti e di gestore del budget (inteso come obiettivi su risorse). Gli strumenti privilegiati, che l'Accordo Regionale individua per il perseguimento degli obiettivi strategici della gestione integrata dei pazienti e della continuità dell'assistenza, sono i Patti Aziendali – accordi che ciascuna ASL negozia con i propri medici – di valenza pluriennale (2-3 anni).

La sottoscrizione dei Patti Aziendali rientra negli Obiettivi dei Direttori Generali (DGR n. 2686/2006).

A questo riguardo, l'accordo locale integra l'art. 54 «Forme associative» dell'ACN con una descrizione dei requisiti specifici aggiuntivi richiesti per ciascuna forma prevista, nonché ribadisce i contenuti fondamentali che ciascuna tipologia deve presentare. Nei requisiti specifici aggiuntivi si distinguono quelli finalizzati al miglioramento del servizio di continuità dell'assistenza – inteso sia come migliore accessibilità ai servizi (a livello di orario di copertura giornaliera di apertura ambulatoriale) sia come migliore presa in carico del paziente grazie allo scambio di informazioni (tra medico e medico e tra medico e azienda) – e quelli volti al miglioramento della qualità dei servizi offerti. L'Accordo Regionale definisce inoltre le linee guida per la sperimentazione di forme organizzative più evolute (art. 26 «Équipe territoriali e UTAP» dell'ACN).

Nella stessa logica, il sistema premiante supera la logica basata sul sistema di «retribuzione per prestazione» a favore di una logica di costituzione di un fondo rischi e oneri, denominato Fondo Aziendale di Assistenza Primaria, dedicato a promuovere e a riconoscere i servizi offerti dai medici.

Come indicato nella DGR n. 3731/2004, il sistema premiante è articolato nel modo seguente:

- quota a), pari a 3,10 euro per assistito;
- quota b), che non potrà risultare superiore a 1,35 euro per assistito;
- quota c), legata a obiettivi su progetti speciali predisposti dall'azienda sanitaria interessata.

Le quote a) e b) costituiscono il livello di risorse per il finanziamento del Patto Aziendale; la quota c) è autofinanziata con risorse risultanti da processi aziendali conseguenti alla razionalizzazione del sistema e al raggiungimento di obiettivi del Patto e la sua determinazione può avvenire sulla base dei seguenti criteri:

- rispetto dei contenuti di eccellenza (gestione integrata dei pazienti e di continuità assistenziale);
- adeguamento a standard regionali (governo della domanda e, più specificatamente, quelli di razionalizzazione del tasso di ospedalizzazione, di prestazioni farmaceutiche e specialistiche);

- qualificazione del livello organizzativo delle cure primarie (partecipazione dei Medici di Assistenza Primaria alla gestione distrettuale e l'incremento delle potenzialità delle forme associative).

L'Accordo Regionale afferma che i Patti Aziendali debbano essere strutturati facendo riferimento alle seguenti aree:

1. obiettivi di salute:
  - prevenzione primaria e secondaria (stili di vita, campagne vaccinali, screening ecc.);
  - processi di presa in carico per problemi di salute emergenti dalla definizione del quadro epidemiologico di riferimento;
  - appropriatezza delle cure (appropriatezza prescrittiva, linee guida, percorsi);
2. offerta erogazione attività:
  - attività erogate (assistenza extra-ospedaliera, ADI, assistenza ai malati oncologici);
  - informazione, comunicazione, organizzazione del rapporto con altri professionisti (es: partecipazione UVMD, compilazione SVAMA);
  - informazione, comunicazione, organizzazione del rapporto con l'utenza (ad esempio: carte dei servizi, definizione degli orari di studio medico, contattabilità del medico);
3. governo della domanda individuato in azioni di appropriatezza delle cure e processi di monitoraggio e di valutazione:
  - utilizzo appropriato dell'ospedale;
  - utilizzo appropriato del farmaco;
  - utilizzo appropriato della specialistica;
  - contenimento delle liste e dei tempi di attesa entro percorsi condivisi;
  - incentivazione della domiciliarità.

Nell'ambito dei contenuti e della struttura degli incentivi sopra descritti, l'Accordo Regionale definisce delle linee di riferimento entro le quali negoziare i Patti Aziendali con le organizzazioni sindacali.

Per le forma associative di medicina generale è prevista una forma di incentivazione per l'esistenza di criteri aggiuntivi rispetto a quelli delineati nell'ACN.

Rilevante è osservare che per la presa in carico dei pazienti oncologici viene erogato al medico un importo forfettario di 774,69 euro mensili.

Si rileva inoltre, a proposito di UTAP, che tra gli Obiettivi dei Direttori Generali per gli anni 2006-2007 è prevista l'attivazione di almeno due UTAP in ogni ASL (DGR 2686/2006).

Le linee guida per la sperimentazione delle UTAP definiscono i requisiti e il modello:

- possono essere, indicativamente, da quattro a otto ogni 100.000 abitanti;
- ciascuna deve comprendere un congruo numero di MMG, i PLS, un numero di specialisti in ragione delle esigenze, un numero di Medici di Continuità Assistenziale, infermieri, personale di studio e amministrativo di collaborazione;
- la sede è unica e comprende i locali idonei per gli studi dei medici, per l'attività specialistica, per la continuità assistenziale, per il personale infermieristico,

per il personale di studio e per la sosta di attesa dei pazienti, per funzioni di primo intervento;

- garantiscono la continuità assistenziale 24 ore su 24 e sette giorni su sette;
- l'UTAP orienta l'attività di assistenza primaria in un'ottica di promozione della salute, della qualità della vita di prevenzione e di appropriatezza delle prestazioni;
- le attrezzature comprendono, oltre alle attrezzature di carattere sanitario, anche mezzi informatici collegati in rete all'interno e all'esterno con tutte le strutture operanti in zona e con i presidi ospedalieri delle Aziende ULSS di riferimento;
- l'UTAP dialoga con il Distretto Socio-Sanitario di riferimento, con l'ospedale, con gli altri poli della rete integrata, nonché con la direzione dell'Azienda ULSS;
- pur essendo la sede dell'UTAP unica, è possibile prevedere studi medici periferici, la cui apertura si configura strategica a seconda della conformazione orografica;
- l'UTAP può configurarsi secondo le seguenti tipologie:
  - UTAP integrata: modello ad alta integrazione fra UTAP e Distretto nella condizione in cui l'Azienda ULSS metta a disposizione la sede dell'UTAP e definisca un accordo che, oltre a regolamentare l'uso della sede e delle attrezzature adeguate, individui forme di integrazione più avanzata fra MMG, PLS, specialisti e operatori delle équipes distrettuali;
  - UTAP aggregata: modello di aggregazione di medici che si organizza in accordo con l'Azienda ULSS; nel qual caso la sede può essere individuata autonomamente e acquisita con propri mezzi dai medici stessi.
- l'accesso allo studio deve avvenire tramite un efficiente sistema di prenotazione;
- è previsto l'impegno a erogare le prestazioni di primo livello;
- è ipotizzabile, in ragione delle singole realtà, organizzare attività specialistica nelle diverse UTAP per specifiche specialità, con ambulatori dedicati per patologia in modo trasversale.

