

## **Cure primarie: salute in rete sul territorio**

*Modelli innovativi delle cure primarie ed  
integrazione sociosanitaria*

Friuli Venezia Giulia, 17 Aprile 2009

**Mariadonata Bellentani**  
[bellentani@agenas.it](mailto:bellentani@agenas.it)

# *La funzione dell'assistenza primaria*

E' il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie e della collettività con il sistema sanitario,

per avvicinare il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano,

e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria.

*“Primary Health Care”, WHO-UNICEF, Alma-Ata 1978;*

*“Primary Health Care. Now More Than Ever” , WHO, 2008.*

## *Il contributo dell'assistenza primaria*

- Esistono evidenze empiriche per sostenere che i sistemi sanitari che si orientano maggiormente alle cure primarie abbiano *outcome* di salute, equità nelle condizioni di accesso, continuità delle cure, superiori ai sistemi più incentrati sulle cure specialistiche e ospedaliere,
- Tuttavia pochi Paesi hanno migliorato in modo significativo il sistema delle cure primarie e ancora l'allocazione delle risorse è a favore delle cure specialistiche e ospedaliere

Studio Atun,R., (2004), “*What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services*” Health Evidence Network ,WHO Regional Office for Europe.

## *10 obiettivi prioritari di PSN per l'anno 2009*

**(con un miliardo e 410mila euro, di cui 352 milioni per le cure primarie )**

### 1. Cure primarie

1.1. Ass. h.24: riduzione accessi al PS e rete integrata;

1.2 Comunicazione per pazienti con gravi patologie neuromotorie (10 mil.)

### 2. Non autosufficienza - priorità ADI

### 3. Modelli org. per persone in stato vegetativo o di minima coscienza

### 4. Cure palliative e terapia del dolore (100 mil.)

### 5. Interventi per le biobanche di materiale umano (15 mil.)

### 6. Sanità penitenziaria

### 7. Attività fisica per pazienti cronici e persone anziane

### 8. Piano nazionale della prevenzione (240 mil.)

### 9. Tutela maternità e appropriatezza percorso nascita

### 10 Case della salute, malattie rare, Coord. DSM e OPG, Guadagnare salute; Pazienti cerebrolesi, Sicurezza sul lavoro.

Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009 sugli *obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009.*

# Obiettivo 1 “Cure primarie”

E' l'area sistema nel quale si realizza l'approccio primario alla promozione e alla tutela della salute della popolazione.

Priorità: continuità delle cure, accessibilità, integrazione, rete informativa.

Per l'assistenza h 24 e miglioramento rete assistenziale:

Livello ospedaliero:

- **Ambulatori per la gestione dei codici di minor gravità (bianchi)**  
negli ospedali con oltre 25.000 accessi/anno, gestiti da Medici di Continuità Assistenziale (MCA) e/o da MMG, con resp. org. Distrettuale
- **Punti di primo intervento**  
In raso di fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'Ospedale di riferimento ed in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità

Livello territoriale:

- **Presidi ambulatoriali distrettuali**  
gestiti dai medici di continuità assistenziale per effettuazione di visite e prestazioni sanitarie, collocati strategicamente in strutture individuate dalle ASL
- **Assistenza territoriale integrata**  
Collaborazione tra più professionisti, anche funzionalmente con rete telematica (es. equipe territoriali), anche con nuovi percorsi di ammissione protetta con canali preferenziali in strutture territoriali o per acuti;
- **Ambulatori territoriali integrati**  
Centri medici dove operano professionisti, in forma simile alla Medicina di gruppo, aperti almeno 10 ore al giorno, con rete informatica, personale medico ed infermieristico; previste analisi diagnostiche di primo livello, consulenze specialistiche

## Obiettivo 2 “Non autosufficienza”

L'Accordo 23.3.2009 indica, per i soggetti non autosufficienti, le seguenti priorità:

- **PUA**: incrementare la costituzione, in ambito territoriale dei **punti unici di accesso** per la presa in carico delle persone non autosufficienti attraverso la segnalazione del medico curante, del MMG, dei familiari, dei servizi sociali, dell'utente stesso;
- **PRESA IN CARICO-PAI** potenziare l'adozione di percorsi assistenziali per la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso una valutazione multidimensionale e la formulazione di un Piano Individuale di Assistenza, finalizzato a tutelare la dignità della persona in ambito domiciliare (ADI), residenziale e semiresidenziale (RSA);
- **VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**: formulare linee guida e protocolli volti ad omogeneizzare, a livello domiciliare e residenziale, i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato;
- **SIS-DOMICILIARE** istituire un Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare, in coerenza con il DM 17.12.2008;
- **SIS-RESIDENZIALE** istituire un Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio delle prestazioni residenziali e semiresidenziali, in coerenza con il DM 17.12.2008.

# Schema di DPCM di ridefinizione dei LEA

ormato da oltre 50 articoli e una serie di allegati

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Dispositivi medici monouso

Principi generali per l'erogazione dei dispositivi medici monouso

Presidi per persone affette da patologia diabetica

Specialistica ambulatoriale - Nomenclatore **e note di laboratorio**

Fattori di rischio per l'erogazione delle prestazioni di densitometria ossea

Condizioni per l'erogazione della chirurgia refrattiva

Criteri di erogazione delle prestazioni odontoiatriche

Ausili su misura; Ausili di serie, Ausili pronti per l'uso, Prestazioni professionali

Elenco drg ad alto rischio di non appropriatezza **in RO;**

Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in DS - trasferibili in regime ambulatoriale

Elenco malattie rare esentate dalla partecipazione al costo

Elenco malattie croniche esentate dalla partecipazione al costo

## *Il Distretto e le nuove tendenze*

Lo sviluppo di una “*rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali*” è un obiettivo prioritario e imprescindibile del SSN, per rispondere ad un bisogno di salute in fase di profonda trasformazione

Il Distretto è chiamato a governare questa complessa rete, ponendosi dalla parte del cittadino:

- realizzare modalità semplificate di accesso ai servizi;
- individuare percorsi assistenziali con i diversi professionisti coinvolti;
- prendere in carico i bisogni socio-sanitari delle persone fragili;
- garantire l’erogazione di tutte le diverse funzioni riconducibili nel concetto di “assistenza primaria”.



Regioni	Popolazione residente 2008	USL 1992	ASL 2005	ASL 2008	Distretti 1999	Distretti 2005	Distretti	Distretti previsti	Bacino ut. Media
							2008	2009	
<b>Piemonte</b>	4.401.266	63	22	13	66	65	62	62	70.988,16
<b>Valle D'Aosta</b>	125.979	1	1	1	14	4	4	4	31.494,75
<b>Lombardia</b>	9.642.406	84	15	15	105	85	86	86	112.121,00
<b>P.A. di Bolzano</b>	493.910	4	4	1	20	20	20	20	24.695,50
<b>P.A. di Trento</b>	513.357	11	1	1	13	13	13	13	39.489,00
<b>Veneto</b>	4.832.340	36	21	21	85	56	49	53	91.176,23
<b>Friuli V. Giulia</b>	1.222.061	12	6	6	20	20	20	20	61.103,05
<b>Liguria</b>	1.609.822	20	5	5	26	20	19	19	84.727,47
<b>Emilia Romagna</b>	4.275.802	41	11	11	46	39	38	38	112.521,11
<b>Toscana</b>	3.677.048	40	12	12	80	42	34	34	108.148,47
<b>Umbria</b>	884.450	12	4	4	13	12	12	12	73.704,17
<b>Marche</b>	1.553.063	24	1	1	36	24	24	24	64.710,96
<b>Lazio</b>	5.561.017	51	12	12	23	55	54	55	101.109,40
<b>Abruzzo</b>	1.323.987	15	6	6	73	73	44	24	55.166,13
<b>Molise</b>	320.838	7	1	1	13	13	7	7	45.834,00
<b>Campania</b>	5.811.390	61	13	7	113	113	97	72	80.713,75
<b>Puglia</b>	4.076.546	55	12	6	70	48	48	48	84.928,04
<b>Basilicata</b>	591.001	7	5	2	10	11	11	11	53.727,36
<b>Calabria</b>	2.007.707	31	11	5	34	35	35	35	57.363,06
<b>Sicilia</b>	5.029.683	62	9	9	62	62	62	55	91.448,78
<b>Sardegna</b>	1.665.617	22	8	8	23	25	23	23	72.418,13
<b>Italia</b>	<b>59.619.290</b>	<b>659</b>	<b>180</b>	<b>147</b>	<b>945</b>	<b>835</b>	<b>762</b>	<b>715</b>	<b>72.266,12</b>

# Pre-intesa Medicina Generale

siglata presso la SISAC il 22.12.2008

Il MMG assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico e si fa parte attiva della continuità assistenziale

Il MMG farà parte di una *aggregazione funzionale territoriale (AFT)*, che avrà lo scopo di realizzare una più alta integrazione funzionale tra i MMG, per la realizzazione degli obiettivi di assistenza.

Ogni Regione individuerà i relativi modelli erogativi (*unità complesse delle cure primarie*) anche diversificati, in relazione alle caratteristiche del territorio e de bisogni assistenziali specifici della popolazione.

E' previsto il potenziamento della informatizzazione degli studi medici, nel rispetto delle norme sulla tessera sanitaria e sulla ricetta elettronica (DPR 26 marzo 2008)

## Forme associative della Medicina generale - ACN 23 marzo 2005, art. 54

Tipologia	Obiettivi	N. Medici associati	Sede unica	Accessibilità	Incentivo (Artt. 46 ACN 2005)
<b>Medicina in associazione</b>	Confronto e coordinamento tra professionisti; incontri di V.Q.R. e appropriatezza per comportamenti prescrittivi coerenti; possibili Linee guida condivise per patologie prevalenti.	Min. 3 - Max. 10	No	Chiusura di almeno uno studio non prima delle 19.00.	€2,58 (per assistito /anno)
<b>Medicina di rete</b>	Confronto e coordinamento professionale Gestione informatica della scheda sanitaria, in connessione telematica Possibili accordi retribuiti con Asl per prenotazioni e trasmissione dati.	Min. 3 - Max 10	No	Chiusura di almeno uno studio non prima delle 19.00.	€4,70 (per assistito /anno)
<b>Medicina di gruppo</b>	Tutti gli obiettivi citati per le altre forme associative, percorsi ass. e gestione informatica comune della scheda sanitaria (sufficiente rete locale)	Min. 3 – Max. 8	Sì , anche articolata in più ambulatori	Fascia oraria di apertura fino alle ore 19,00	€7,00 ( per assistito /anno)
<b>Coop./ Srl Fondazioni/ Soc. servizi</b>	Supporto all'attività dei MMG (non forniscono prestazioni sanitarie, ma solo beni e servizi ai medici associati)	Non applicabile			€3,50 (per assistito /anno)

## Forme organizzative della Medicina generale

Tipologia	Obiettivi	N. Medici associati	Tipologia e sede	Accessibilità	Fonte
<b>Equipe territoriali</b>	Integrazione tra ASL e professionisti Lavoro su progetti aziendali (es. continuità assistenziale, assistenza domiciliare, programmi distrettuali, erogazione LEA)	In media 10-15	Funzionale, formalmente obbligatoria, non sede unica.	Definita dagli Accordi Integrativi Regionali	Art. 26 ACN 23 marzo 2005
<b>UTAP – Unità Territoriali di Assistenza Primaria</b>	Integrazione tra professionisti. Organismo operativo distrettuale per lo svolgimento di attività previste dalla programmazione distrettuale capaci di assicurare “risposte appropriate al bisogno di salute”	Non applicabile	Strutturale con attrezzature, risorse umane e strumentali, con sede unica anche articolata in più ambulatori; richiede specifici accordi integrativi regionali .	Almeno 12 ore e possibilmente 24 ore giornaliere e continuità 7 giorni su 7, in coordinamento con i Medici di Continuità Assistenziale	Art. 26 ACN 23 marzo 2005; Accordo Stato-Regioni 29 luglio 2004
<b>Case della salute</b>	Non ha modello predefinito, ma è declinabile in specifici modelli regionali. Come l’UTAP, ma con attenzione sugli aspetti di promozione della salute e prevenzione	Non applicabile	Strutturale, con sede unica con specifiche attrezzature, risorse umane e strumentali .		L. 27.12. 2006, art.1 c. 806 (Fin.2007); Indicazioni Min. Salute ag.07
<b>Country hospital – Ospedali di comunità</b>	Assistenza locale alternativa a Ospedale	In media 5-10	Strutturale, con sede unica dotata di posti letto, personale, attrezzature.	24 h. die, 7 g. su 7	PSN 2006-2008; Indicazioni FIMMG 2006

# Il distretto

- luogo di riferimento per la persona per le patologie a lungo decorso e croniche
- luogo delle relazioni tra operatori del territorio (sanitari e sociali) e tra operatori e persona

Da qui tutti gli aspetti caratterizzanti il distretto:

la centralità della persona e l'attenzione ai complessivi problemi di salute, il governo di una serie di percorsi assistenziali, l'essere socio-sanitario.

## *L'assistenza primaria è integrata nel distretto*

Il Distretto è un centro di governo e tutela della salute, con precisi compiti:

- ❖ Conoscere i bisogni della comunità locale e programmare conseguentemente i servizi in accordo con le autonomie locali;
- ❖ Garantire al cittadino un equo accesso a tutti i servizi sanitari aziendali;
- ❖ Assicurare le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria
- ❖ Assicurare l'assistenza sanitaria primaria, con il coordinamento dei MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri operatori del territorio

*D.Lgs.229/99; 328/2000*

# L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

# L'integrazione sociosanitaria

L'Agenas ha avviato una ricognizione delle scelte programmatiche regionali, focalizzando l'attenzione su alcuni aspetti:

- Le priorità per l'integrazione tra sanitario e sociale, a livello istituzionale, gestionale e professionale
- Le politiche per i soggetti non autosufficienti
- Il Punto unico di accesso
- Le priorità sull'assistenza primaria



# L'integrazione sociosanitaria

Il Gruppo di lavoro sull'integrazione sociosanitaria  
Regioni-Agenas-Ministero negli anni 2007-2008:

- definizione di “assistenza sociosanitaria” e prestazioni collegate;
- analisi della normativa;
- analisi delle esperienze regionali e indicazioni dell'ANCI;
- prime considerazioni sui presupposti per la corretta applicazione dell'integrazione sociosanitaria

Il documento finale tiene conto delle buone esperienze regionali, ma la condivisione non è stata piena...

# La definizione

L'integrazione sociosanitaria è una funzione complessa

- richiede l'**apporto di diversi fattori produttivi**, del comparto sanitario e di quello dei servizi sociali.

Le prestazioni che ne derivano sono composte da più componenti

- ad opera **di diversi professionisti** che non necessariamente debbono (o possono) operare all'interno dello stesso Ente.

# Le “*regole*” per l’integrazione

Dall’analisi delle diverse esperienze regionali è emerso che se non si rispettano “regole generali” riguardanti:

- assetti istituzionali e presenza di organi che favoriscono la comunicazione tra ASL e Comuni;
- processualità negli interventi;
- rapporti tra professionisti delle discipline sanitarie e sociali
- corrette attribuzioni di spesa tra i due comparti

il risultato dell’integrazione è vanificato e/o alterato, non rispondente né alla domanda del cittadino né all’efficacia delle prestazioni rese e nemmeno all’efficienza amministrativo-contabile delle pubbliche amministrazioni..

# Assetti istituzionali e Organismi che favoriscono la comunicazione tra ASL e Comuni

## Elementi di agevolazione

- Individuazione di Ambiti sociali sovra-comunali
- Attuare la coincidenza tra Distretti sanitari e Ambiti territoriali sociali
- Realizzare i PUA
- Definire programmi integrati per i LEA sociosanitari.

## Criticità

- Assenza di associazioni intercomunali
- Assenza di linee regionali che disciplinano l'integrazione sociosanitaria tra Asl e Comuni
- Assenza di responsabili per la spesa relativa alle prestazioni integrate
- Mancata individuazione di programmi regionali integrati a favore delle fasce deboli

# Strumenti di programmazione

- A livello regionale è necessaria un'attuazione non formale da quanto previsto dalle norme, che richiedono una partecipazione obbligatoria degli enti locali alla definizione del Piano Sanitario Regionale
- Vanno favoriti i Piani Regionali Sociosanitari e sociali integrati per agevolare la programmazione integrata locale
- A livello locale, andrebbe semplificata la programmazione attraverso organismi di raccordo (Uffici di Piano) e superando la duplicità degli atti programmatici (PAT e PAZ)

# Interventi sociosanitari e rapporti tra professionisti

## Elementi di agevolazione

Le prestazioni integrate per le fragilità devono prevedere:

- Presa in carico
- Valutazione multidimensionale
- Progetti di assistenza individualizzati
- Individuazione responsabile del caso
- Verifica degli outcomes
- Rapporti interprofessionali
- Protocolli operativi condivisi

## Criticità

- Mancata o parziale presa in carico dei casi complessi
- Inesistenza delle UVM e di procedure validate per la valutazione multidimensionale
- Assenza di protocolli operativi condivisi per le prestazioni sociosanitarie più rilevanti

# Corretta attribuzione di spesa tra il comparto sanitario, il sociale ed i cittadini

## Elementi di agevolazione

- DPCM 14 feb. 2001 chiede alle regioni di individuare una quota per le prestaz. integrate sociosanitarie
- La ripartizione della spesa deve essere disciplinata per le prestazioni sociosanitarie in base al DPCM sui LEA
- la regione deve adottare un atto per rendere omogenea l'adozione degli indirizzi nazionali a livello di Distretto e Zona

## Criticità

- Mancata individuazione da parte della Regione di una quota da assegnare alle prestazioni sociosanitarie integrate
- Mancata individuazione delle competenze di spesa a carico di Asl, Comuni e cittadini che frena l'erogazione delle prestazioni integrate creando, oltretutto, disomogeneità nelle diverse realtà locali.

# Il Punto Unico d'Accesso

Il *Punto Unico di Accesso* (PUA) come modalità organizzativa, primo servizio a disposizione del cittadino, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza.

E' costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere.



# Funzioni

- **Assistenza e orientamento**
  - Garantire l'ascolto e l'accoglienza
  - Raccogliere le segnalazioni
  - Orientare e gestire in modo unitario la richiesta del cittadino
- **Accesso al sistema dei servizi territoriali**
  - Attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici
  - Avvio della presa in carico per garantire la continuità assistenziale, in integrazione con la rete dei servizi

*tramite:*

  - una prima valutazione del bisogno
  - la registrazione dell'accesso e apertura di cartella
  - l'attivazione della UVM per il caso complesso

**Possibilità dei servizi di entrare in relazione con domande e bisogni della popolazione**

**Diritti dei cittadini ad accedere alla rete secondo criteri equi e trasparenti**

# Funzioni

## • Osservatorio e promozione della partecipazione

- Funzioni di osservatorio sui bisogni e sulla situazione globale della zona
- Attività di monitoraggio della domanda rivolta al servizio e dei percorsi (facilitata da strumenti comuni di rilevazione e valutazione delle informazioni , quali strumenti di assessment, indicatori sociosan.)
- Promozione della partecipazione della comunità (costruzione di *partnership e reti* per la progettazione e realizzazione di percorsi assistenziali con il coinvolgimento attivo dei cittadini, volontariato etc.

**Contributo al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza nell'uso dei servizi**

## Obbiettivi del PUA

- Semplificazione dell'accesso alle prestazioni
- Accompagnamento dell'utente
- Realizzazione di ambienti dedicati all'accoglienza, disponibilità di strumenti telematici per favorire informazione e orientamento, definizione di procedure per l'accesso alle prestazioni
- Definizione del sistema di valutazione del bisogno
- Coordinamento degli operatori

# Le prospettive del PUA



Orientamento chiaro verso un modello PUA omogeneo per funzioni, con superamento della frammentazione dei diversi “sportelli” attualmente esistenti

Crescente attenzione di livello nazionale

✓ *alla necessità di istituire un sistema unitario di accesso*

✓ *alla rete dei servizi sociosanitari per i cittadini*



Ampliamento delle sperimentazioni PUA, in un sistema che in molte realtà non è ancora consolidato



Condivisioni di finalità e caratteristiche essenziali del PUA, per maggiore equità nei LEA sociosanitari

# Elementi urgenti

- Una formazione “integrata” sanitaria e sociale
- Un sistema informativo unitario
- La sistematizzazione del processo VM, PAI, Case Manager
- Linee di indirizzo sviluppate a livello Nazionale per omogeneizzare l’offerta organizzativo - gestionale nelle diverse Regioni

*Grazie per l'attenzione*

*Contact*  
*bellentani@assr.it*