

# Cure primarie: esperienze regionali a confronto

Estratto da

 monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

33



# Cure primarie: esperienze regionali a confronto

di **Giovanni Bertin\***, **Elena Menegazzi\*\***, **Giovanni Caracci°**, **Angela Angelastro°°**

\* Professore di Politica sociale e di Sociologia, Università Ca' Foscari di Venezia

\*\* Ph.D. Student in Sociologia e ricerca sociale, Università degli Studi di Verona

° Dirigente sezione Qualità e Accreditamento, Agenas

°° Collaboratore di ricerca sezione Qualità e Accreditamento, Agenas

**L**e cure primarie sono entrate nel cuore del dibattito sull'organizzazione dei sistemi sanitari sin dagli anni Settanta, come sottolineato nella Dichiarazione di Alma-Ata, i cui principi ispiratori sono rinvenibili anche nella legge di istituzione del Servizio sanitario nazionale (L. n. 833/1978). L'assistenza sanitaria di base viene definita come *“il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando 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”*. Questa prospettiva assegna all'assistenza primaria un ruolo cruciale non solo nell'offerta di cure e nella risposta alla domanda di salute dei cittadini, ma anche rispetto alla promozione e allo sviluppo del benessere sociale. La multidimensionalità (include, quantomeno, la dimensione sociale e quella sanitaria) dell'intervento territoriale (in cui agiscono le cure primarie) porta con sé l'insieme delle definizioni con cui viene classificato il lavoro di cura. Volendo rappresentare tale multidimensionalità e necessità d'integrazione, utilizzeremo come concetto di riferimento quello di *“sistema dell'assistenza primaria”*, intesa come l'insieme di attori e relazioni che contribuiscono a produrre progetti, attività e prestazioni diretti alla promozione della salute ed al trattamento della malattia (non in fase acuta) e che

opera a livello territoriale. Lo spostamento dell'ago della bilancia nel riparto di competenze tra ospedale e assistenza territoriale sta vedendo in questi ultimi anni un significativo incremento del peso di quest'ultima, che si riflette sulle risorse complessivamente assorbite. Tale spostamento richiede un'attenta riflessione lungo la dimensione organizzativa dell'assistenza primaria, che costituisce un fattore cruciale per il buon funzionamento di tutti gli ingranaggi della complessa macchina della sanità.

La riflessione sui modelli organizzativi delle cure primarie risulta essere particolarmente rilevante in ragione della capillarizzazione dei trattamenti che, a fronte di bisogni caratterizzati da sempre maggior complessità e cronicità, richiede una presa in carico unitaria da parte del sistema – al di là, quindi, delle singole professionalità e specificità – e un trattamento che avvenga il più vicino possibile al cittadino. A ciò si aggiunge il mutato scenario della sanità, in cui i diversi *stakeholder* (Aziende sanitarie, Comuni titolari della funzione sociale, professionisti, erogatori privati, rappresentanze dei cittadini, soggetti del Terzo settore, le reti sociali più in generale), ed in particolare l'attore pubblico a lungo soggetto in posizione *monopolista* nel campo della sanità, sono chiamati a rivedere i propri ruoli e riposizionarsi nel complesso scambio di relazioni con gli altri attori. Integrazione, scambio, comunicazione, confronto, collaborazione, condivisione diventano tutti elementi centrali nella nuova dimensione di *co-costruzione* di senso nei processi di regolazione dei percorsi di cura e promozione della salute.

Punto nevralgico del nuovo modello di assistenza sanitaria territoriale, disegnato con le Riforme intervenute negli anni Novanta, è il Distretto, che costituisce il tassello fondamentale

nell'architettura della gestione delle cure primarie, al fine di offrire anche una efficace alternativa all'ospedalizzazione. È a questo livello organizzativo, di maggiore prossimità al cittadino, che si garantisce il diritto di cittadinanza e si attua il principio della sussidiarietà verticale nella gestione dei servizi sanitari e sociosanitari. Qui si realizza concretamente la complessa rete delle cure ai cittadini, e si definisce il *setting* assistenziale più idoneo a garantire cure ed assistenza appropriati. Le Regioni italiane sono da tempo impegnate nella definizione e nello sviluppo di modelli distrettuali capaci di riequilibrare le risorse tra attività ospedaliera e territoriale, orientando il sistema sempre più verso il miglioramento delle attività di assistenza primaria. Proprio per queste ragioni, si è stabilito di considerare il Distretto come il cuore del progetto di indagine empirica sui sistemi e modelli delle cure primarie al livello locale e per l'analisi dei processi di *governance* delle cure primarie.

Considerando questi fondamentali elementi come premessa, e con l'obiettivo di approfondire la tematica delle cure primarie sotto i profili dell'organizzazione, della *governance* locale e della regolazione dei rapporti tra gli attori, l'Università Ca' Foscari di Venezia ha condotto, nel corso del 2012, la ricerca *I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle regioni italiane*, un progetto promosso e coordinato da Agenas e finanziato dal Ministero della salute nell'ambito del Programma di ricerca corrente 2010. In merito a questo progetto, sono state coinvolte da Agenas diverse unità di ricerca sui territori indagati nelle Regioni partecipanti: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Puglia. All'interno di ciascuna di queste, sono stati identificati due territori distrettuali chiave ritenuti rappresentativi del modello regionale di afferen-

### Box 1 - I territori oggetto di indagine

Regione	Territorio 1	Territorio 2
Regione Lombardia	Asl provincia di Brescia	Asl provincia di Lecco
Regione Veneto	Aulss 16 di Padova, distretto n.1	Aulss 4 Alto Vicentino, distretto n.1
Regione Emilia Romagna	Asl provincia di Ravenna, distretto di Faenza	Asl provincia di Ferrara, distretto Sud-Est
Regione Toscana	Asl 10 Firenze, Società della salute del Mugello	Asl 11 Empoli, Società della salute Valdarno Inferiore
Regione Puglia	Asl BAT, distretto di Canosa	Asl Lecce, distretto di Campi Salentina

*Presso la Regione Lombardia è stata effettuata un'analisi di tipo desk dell'Asl della provincia di Brescia e dell'Asl di Lecco.*

za e promotori di esperienze innovative nell'organizzazione delle cure primarie (Box 1). L'obiettivo prioritario è stato quello di analizzare e ricostruire modelli organizzativi delle cure primarie ed i processi di governance delle stesse, nella loro veste formale, ovvero guardando all'insieme delle prescrizioni normative e documentali regionali relative alla definizione dei ruoli di ciascun attore e alle caratteristiche dei processi, ed esaminando tali aspetti nella loro concretezza, rispetto al ruolo effettivamente svolto da ciascuno ed ai processi così come prendono forma. L'attenzione è stata quindi rivolta ai modelli di regolazione e governo delle cure primarie, centrandosi in particolar modo sugli aspetti maggiormente innovativi oggi in atto nelle Regioni aderenti al progetto. La realizzazione del progetto è stata possibile grazie al contributo espresso dai Dirigenti regionali per il settore cure primarie, nonché dai numerosi Dirigenti ed operatori di Asl e Distretto che sono stati intervistati e hanno dato il loro fondamentale apporto al progetto.

#### OBIETTIVI PRINCIPALI DEL PROGETTO E LINEE METODOLOGICHE SEGUITE

Il sistema sanitario si presenta oggi particolarmente articolato, complesso e altresì diversificato. Gli effetti prodotti dalle riforme degli anni Novanta, con la spinta verso il decentra-

mento e l'incremento di autonomia organizzativa in capo alle Aziende sanitarie, hanno avuto come esito una forte regionalizzazione e localizzazione della sanità, con la generazione di differenti tipologie regionali ed infraregionali di assistenza sanitaria. A questo processo si accompagna la più generale trasformazione dei sistemi di welfare in atto in tutti i paesi europei, con i sistemi nazionali chiamati a confrontarsi con la necessità di ripensare al ruolo che i diversi attori (pubblici, privati profit e non profit, cittadini) ricoprono e potranno ricoprire nel prossimo futuro, ed ai meccanismi che è necessario implementare per governare l'accresciuta complessità dei sistemi. Questo scenario di mutamento richiede una rivisitazione della struttura metodologica (variabili e tipi teorici) utilizzata nella costruzione delle tipologie di classificazione dei sistemi sanitari, evidenziando la necessità di dare più enfasi all'analisi dei meccanismi di *governance* della complessità e alle dinamiche fra i processi istituzionali e le forme di auto regolazione proprie delle professioni.

Date queste premesse, gli obiettivi della ricerca sono quindi stati:

1. analisi e classificazione dei sistemi sanitari delle regioni italiane;
2. ricostruzione dei modelli delle cure primarie nelle regioni indagate;

3. ricostruzione dei processi di *governance* delle cure primarie.

Il primo elemento di riflessione su cui si è concentrata questa ricerca ha riguardato il tema della diversificazione dei modelli sanitari regionali. L'obiettivo è stato quello di costruire la cornice entro la quale collocare gli approfondimenti poi svolti sulle regioni campione, ed al contempo tentare di "fotografare" i sistemi sanitari regionali nel complesso, estendendo il confronto a tutte le regioni italiane. L'elaborazione di una classificazione dei sistemi sanitari delle regioni italiane, suffragata dall'analisi del dibattito internazionale e di altri lavori di ricerca e classificazione, e supportata dalla raccolta di indicatori correnti disponibili presso fonti esistenti, ha permesso di identificare due dimensioni particolarmente significative e rappresentative degli elementi di differenziazione, ovvero:

1. finanziamento ed erogazione, per conoscere quale mix pubblico-privato caratterizzi il finanziamento del sistema e l'erogazione dei servizi e degli interventi;
2. regolazione-*governance*: variabili di *gatekeeping* (funzione di governo della domanda) e *cost-sharing* (funzione di regolazione indiretta della domanda).

Lungo queste variabili è stata in seguito operata la classificazione dei sistemi sanitari regionali, tesa a verificare se si possa ancora parlare di sistema sanitario nazionale per il caso italiano, oppure se vi siano dei fattori di distinzione (più o meno marcata) tra le regioni italiane e quali questi siano.

Il secondo elemento di riflessione ha riguardato la ricostruzione dei modelli delle cure primarie adottati nelle regioni indagate, ovvero Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Puglia. L'unità di analisi prescelta è stata il livel-

lo locale, ed in particolar modo quello distrettuale. Centrando l'analisi sul livello dei Distretti, si è cercato di ricostruire quelli che sono i diversi modelli attualmente presenti, guardando ad aspetti connessi all'assetto organizzativo-istituzionale, come ad esempio l'articolazione locale della sanità; la presenza di forme organizzate delle cure primarie (es. Case della salute; Società della salute; nuclei di medici, ecc.); i rapporti intercorrenti tra i diversi livelli (Regione-Asl-Distretti) e con gli altri attori della rete (i professionisti, i Comuni titolari della funzione sociale, gli erogatori presenti sul territorio, ecc.).

Per quanto concerne invece la dimensione della *governance* delle cure primarie, terzo obiettivo della ricerca condotta, l'enfasi è stata posta in particolare lungo due macro-dimensioni, quali:

- la gestione dei processi di governo strategico come l'organizzazione delle cure primarie e del distretto, l'organizzazione della medicina convenzionata sul territorio, i processi di programmazione e regolazione strategica, gli strumenti di programmazione economico-finanziaria;
- i processi operativi e quindi la modalità con cui si concretizza la presa in carico, le forme di valutazione multi professionale, la modalità di integrazione tra gli operatori.

A partire dalle premesse e in relazione agli obiettivi definiti, il progetto si è sviluppato secondo le seguenti linee:

1. rassegna bibliografica e riflessione comune sul tema della *governance* nelle cure primarie;
2. individuazione di alcune tipologie in cui sono stati suddivisi i diversi sistemi sanitari regionali in Italia, avvalendosi di alcune variabili-chiave;
3. analisi dei percorsi della *governance* loca-

le delle cure primarie secondo quanto contenuto negli atti documentali;

4. ricostruzione dei processi reali mediante interviste a testimoni privilegiati che operano sul livello locale (distrettuale e della relativa Azienda sanitaria di afferenza), centrando l'attenzione sugli aspetti di maggiore innovazione;
5. raffronto tra le diverse esperienze emerse.

### I SISTEMI SANITARI NELLE REGIONI ITALIANE: ELEMENTI DI DIFFERENZIAZIONE

La mappatura ed il raffronto dei sistemi sanitari così come oggi si presentano per tutte le regioni italiane hanno permesso di riclassificare queste ultime secondo un approccio tipologico, individuando come dimensioni classificatorie la *governance* da un lato, ed il grado di mix pubblico-privato sul piano del finanziamento e dell'erogazione dei servizi.

Nello specifico, sono stati impiegati i seguenti indicatori:

- dimensione *governance: gatekeeping* (espresso mediante indicatori *proxy* dati dal numero medio di assistiti per medico di medicina generale e per i pediatri di libera scelta); *cost-sharing* (quest'ultimo espresso, mediante un indicatore *proxy*, attraverso la quota di ricavi per ticket sul totale dei ricavi e la quota dei ricavi per intramoenia sempre rapportata al totale dei ricavi);
- dimensione finanziamento ed erogazione: finanziamento (percentuale della spesa pubblica sul totale); erogazione (quota di posti letto pubblici e degli ambulatori e laboratori pubblici sul totale).

Sintetizzando le due dimensioni, si possono identificare diverse tipologie di sistema sanitario regionale come rappresentato nella tabella 1.

La classificazione fa quindi emergere una varietà di situazioni. Parte delle regioni si caratte-

**Tabella 1 - Le tipologie di sistema sanitario regionale**

		FINANZIAMENTO ed EROGAZIONE <sup>1</sup>				
		Publico (prevalenza) sia nel finanziamento che nell'erogazione	Prevalenza pubblica nel finanziamento, mix nell'erogazione	Mix nel finanziamento, prevalenza pubblica nell'erogazione	Prevalenza pubblica nel finanziamento, privato nell'erogazione	Mix (prevalenza) sia nel finanziamento che nell'erogazione
GOVERNANCE <sup>2</sup>	Mix, ibrida	Liguria	Veneto	Emilia Romagna	Lazio	Lombardia
		Toscana	Marche		Campania	
		Umbria	Abruzzo		Calabria	
		Basilicata	Molise			
			Puglia			
		Mix a prevalenza gerarchica			Piemonte	
					Friuli V.G.	
		Pubblica gerarchica	P.A. Trento	Valle d'Aosta		
			P.A. Bolzano	Sicilia		
				Sardegna		

<sup>1</sup> I finanziamenti sono considerati pubblici quando superano il 75% del totale delle risorse utilizzate dal sistema sanitario, mix quando compresi fra il 75 ed il 50% e privati quando stanno sotto a questa soglia. L'erogazione viene considerata pubblica quando supera il 75% (dei PL e degli ambulatori/laboratori presenti nel territorio); mix quando i posti letto sono sopra il 75% ma i laboratori/ambulatori pubblici sono inferiori al 50%; privata quando i posti letto pubblici sono inferiori al 75% e i laboratori pubblici sono inferiori al 50%.

<sup>2</sup> Le tre tipologie di governance fanno rispettivamente riferimento a:  
 - mix-ibrida: caratterizzata da un alto gatekeeping e alto grado di cost-sharing;  
 - mix a prevalenza gerarchica quando vi è un alto livello di gatekeeping e medio livello di cost-sharing;  
 - governance pubblica, di tipo gerarchica, nei casi in cui vi è un elevato grado di gatekeeping e basso livello di cost-sharing.

rezza per una prevalenza pubblica sotto il profilo del finanziamento ed una *governance* del tipo mix-ibrida, ma con diverso grado di partecipazione dei soggetti privati all'erogazione dei servizi. Ecco allora che per Liguria, Toscana, Umbria e Basilicata abbiamo una prevalenza del soggetto pubblico anche nell'erogazione; al contrario per Lazio, Campania e Calabria una prevalenza del soggetto privato. Si posizionano intermedie invece Veneto, Marche, Abruzzo, Molise e Puglia, dove l'erogazione dei servizi è rappresentata da un mix di attori.

Una *governance* di tipo mixed-ibrida, e un finanziamento dei servizi sanitari di tipo mixed (ovvero con quota di risorse pubbliche compresa tra il 50-75%), caratterizza anche Emilia Romagna e Lombardia, dove però nel sistema sanitario emiliano-romagnolo vi è prevalenza del soggetto pubblico anche nell'erogazione.

Piemonte e Friuli Venezia Giulia si collocano in posizione intermedia rispetto ai profili della regolazione del sistema e presentano un contributo pubblico al finanziamento appena inferiore al livello soglia del 75%.

Infine, si può riscontrare una *governance* di stampo prettamente pubblica (con alto livello di *gatekeeping* e basso *cost-sharing*) per quattro delle regioni a statuto speciale: la Provincia Autonoma di Trento, la Provincia Autonoma di Bolzano, Valle d'Aosta, Sicilia e Sardegna, dove le ultime tre si distinguono per una maggiore presenza di soggetti anche privati (profit e non) nell'erogazione dei servizi.

Le regioni individuano bilanciamenti molto diversi tra loro per quanto concerne finanziamento, erogazione e regolazione del sistema. Ai due "estremi" si possono collocare il modello delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, che si connota per essere quello a più alto

grado di presenza pubblica (sia nella regolazione, che nel finanziamento, che nella *governance*), esemplificativo dei modelli di tipo NHS, e quello della Regione Lombardia, dove predomina la dimensione della coesistenza e del mix degli attori e della regolazione. Per tutte le altre regioni possiamo vedere forme che si distinguono dalle caratteristiche del sistema, come ad esempio per le Regioni Liguria, Toscana, Umbria e Basilicata, in cui finanziamento ed erogazione sono a prevalenza pubblica, ma la regolazione è di tipo mixed.

Riassumendo, la ricerca ha permesso di evidenziare come permangano differenze sostanziali tra i diversi sistemi sanitari regionali: pur in presenza di un modello nazionale di sistema sanitario NHS, le regioni italiane presentano tratti di omogeneità, ma gli elementi di distinzione sono presenti tanto nel profilo del finanziamento, quanto in quello dell'erogazione dei servizi e nella *governance* del sistema.

### MODELLI DELLE CURE PRIMARIE NELLE REGIONI OGGETTO D'INDAGINE: PRINCIPALI RISULTATI

L'analisi dei modelli di cure primarie oggi presenti in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Puglia, ha cercato di ricostruire l'organizzazione territoriale delle cure primarie, guardando al contesto in cui queste si inseriscono (e quindi, come vengono disciplinate le cure primarie a livello regionale), il rapporto con l'area sociale, gli aspetti "strutturali" in cui si articolano le cure primarie sul territorio.

Sono stati identificati come rilevanti per la ricerca i seguenti aspetti:

- *governance* regionale della sanità: differenziazione dei modelli nelle regioni indagate;

- organizzazione dell'Azienda sanitaria e rapporti con gli enti locali per quanto concerne l'integrazione socio-sanitaria;
- ruolo e funzioni esercitati dal Distretto;
- organizzazione della medicina convenzionata e rapporti tra medici e Azienda sanitaria;
- forme organizzative evolute delle cure primarie;
- innovazioni tecnologiche a supporto dei processi di cura (ICT, *e-care*).

Il ricco materiale risultante dalla ricostruzione dei cinque casi regionali ha permesso di avviare il confronto tra i territori indagati, evidenziando diversi elementi di interesse.

Diversi sono i fattori di origine "esogena" che influiscono sui processi di innovazione della sanità locale: la stabilità politica, che condiziona la coerenza interna dei sistemi regionali; la crisi economico-finanziaria, che vincola l'azione regionale (ne sono un esempio i "Piani di rientro" della Regione Puglia); i processi di costante riforma della normativa nazionale, che rendono più difficile l'applicazione dei provvedimenti regionali (come successo nel caso delle Società della Salute della Toscana, cancellate dalla legge nazionale) e più arduo il consolidamento di percorsi di sviluppo nella sanità regionale coerenti.

Sul piano della programmazione regionale, si registra nelle Regioni indagate un non pieno consolidamento del documento fondamentale: il Piano regionale sanitario o socio-sanitario integrato. Le ragioni di tale fragilità nella programmazione regionale sono diverse: mancata approvazione del Piano nei tempi prestabiliti con proroga del precedente atto e fenomeni di *adattamento* del sistema (es. Regione Veneto, Regione Emilia Romagna); presenza, in Regione Pu-

glia, del Piano di rientro finanziario per la sanità, che assume priorità su ogni altro atto programmatico del settore; ritardi nell'approvazione del primo Piano integrato nella Regione Toscana; lacunosità e mancata definizione puntuale degli elementi del sistema, con rinvio ad altri atti regionali (delibere di Giunta nella fattispecie) per quanto riguarda, infine, la Regione Lombardia. Gli elementi considerati sono una cartina al tornasole utile a valutare il ruolo di indirizzo dell'ente Regione. Queste comuni tendenze si possono interpretare come una propensione verso un modello maggiormente *gerarchico*, che sottrae il potere di negoziazione ai diversi attori del sistema in favore di un'azione programmatica sviluppata nell'ambito degli organi di Giunta.

Si registra un ritorno verso l'accentramento e l'accorpamento delle funzioni. Questo si registra sul livello sovra-aziendale mediante la costituzione di reti interaziendali (Aree vaste) per la gestione associata di alcune funzioni (programmazione, acquisti, gestione del personale, logistica, ecc.) finalizzata all'ottimizzazione dell'efficienza ed economicità dei servizi tecnico-logistici. L'Area Vasta, così come altre forme di raccordo istituzionale (ad es. la Conferenza Territoriale Sanitaria e Sociale nella Regione Emilia Romagna, che riunisce provincia, comuni ed Asl) può essere anche un centro decisionale e programmatico. Interessante a questo proposito è l'esperienza della Regione Toscana, dove il nuovo Piano integrato sociale regionale (Pisr) 2007-2010 pone particolare enfasi sulla costituzione di Aree Vaste, che costituiscono la sede strategica ottimale per il governo del sistema. Un esempio è rappresentato dall'accordo interaziendale per il governo delle liste d'attesa e dei volumi delle prestazioni ambulatoriali.

L'accorpamento riguarda oggi anche il livello aziendale e distrettuale, con riduzione del numero di Aziende sanitarie sul territorio. L'obiettivo è quello di favorire maggiore efficienza nell'erogazione e una più accentuata efficacia nella gestione strategica unitaria.

L'organizzazione delle cure primarie richiede una forte integrazione con i servizi offerti e gestiti da Comuni e Terzo settore. Se l'obiettivo di fondo è prendere in carico la persona (sempre più cronicizzata) e non la malattia, necessariamente dovranno sempre di più essere presenti altre professionalità all'interno delle cure primarie, non solo nei centri di erogazione con personale medico/infermieristico, ma anche nelle sedi decisionali e di programmazione.

Rispetto al ruolo effettivamente svolto dal Distretto, questo si configura prevalentemente come *braccio operativo* dell'Asl sul territorio, con funzioni propositive e di evidenziazione delle criticità locali. Emblematico è il caso della Regione Lombardia, dove, secondo quanto emerso, il Distretto assume un ruolo secondario, di struttura puramente operativa dell'Asl.

Anche rispetto alla programmazione strategica, al Distretto viene demandata la responsabilità nella programmazione locale degli interventi (ad es. con l'elaborazione del PAT), ma questa è funzionalmente dipendente dal PAL di livello aziendale.

Circa la titolarità della funzione di committenza in capo al Distretto, questa risulta indebolita dal forte condizionamento aziendale (e, a monte, regionale e nazionale) nella definizione del budget e nell'attribuzione delle risorse ai Distretti. La funzione di committenza del Distretto assume anch'essa carattere residuale in quelle realtà in cui si registra la presenza di un sistema accreditato più o meno capillare (come

avviene nelle Regioni Veneto e Lombardia). In questo senso, quindi, il Distretto è, alla prova dei fatti, assegnatario più di funzioni di coordinamento dei servizi territoriali, che non un vero e proprio soggetto dotato di autonomia decisionale, in posizione subalterna rispetto all'Azienda sanitaria sia per quanto concerne i profili decisionali, programmatori e nella gestione delle risorse.

Soluzioni innovative tese a rafforzare il ruolo locale delle organizzazioni, e al superamento della frammentazione di competenze tra Enti Locali e Aziende sanitarie mediante la creazione di istituti *ad hoc*, come le Società della salute nella Regione Toscana, possono risultare critiche nel caso in cui non si raggiunga una piena diffusione e adozione su tutto il territorio regionale. Proprio l'esempio della Regione Toscana – ma discorsi simili si possono estendere anche ad altre sperimentazioni organizzative – segnala come la mancata diffusione di strutture polivalenti costituisca un elemento di debolezza in quanto frammenta e ulteriormente accresce la complessità nell'organizzazione locale della sanità.

Rispetto alle forme organizzative delle cure primarie si registra una certa variabilità infra-regionale: ad esempio, la Casa della salute di Empoli vede riunita nella medesima struttura, oltre ai servizi già citati, una RSA, l'ospedale di comunità, il Centro diurno. Non tutte le Case della salute toscane possono vantare una tale complessità, tant'è che una delle priorità regionali sarà proprio la definizione dei requisiti minimi per tale forma associativa, così da garantire maggiore omogeneità nel territorio regionale.

Sul fronte dell'organizzazione della medicina di base, si riscontrano, sia a livello normativo che sul piano poi delle prassi operanti, cambiamenti e sperimentazioni di grande respiro. Il rapido

evolversi delle soluzioni organizzative sta puntando oggi verso forme associative più evolute. Negli anni 2000 le istituzioni e le rappresentanze sindacali dei medici hanno dato vita, sia a livello nazionale sia regionale, ad una continua introduzione di nuove modalità associative, che, sommata al margine di sperimentazione, concesso tanto alle Regioni quanto alle Asl, ha prodotto un panorama a tratti confuso, dove coesistono modalità associative eterogenee sia sotto il profilo della strutturazione sia per quanto concerne la loro efficace capacità di veicolare l'integrazione multi-professionale.

La compresenza di forme associative molto diverse tra loro può generare notevoli criticità nell'implementazione di progetti ed interventi omogenei sul territorio. Se da un lato, ad esempio, la Regione Veneto si sta dirigendo verso un'unica forma associativa per la medicina di base, dall'altro emergono anche orientamenti diametralmente opposti, come quello della Regione Puglia, che ha introdotto nuove modalità associative accanto a quelle tradizionali (medicina in super-rete e in super-gruppo).

Un esempio innovativo di associazionismo e organizzazione delle cure primarie è rappresentato dalle Unità complesse cure primarie, fondate sull'integrazione multi-professionale del personale medico e non, così come attivate nelle Case della salute implementate in Emilia Romagna e Toscana. Le Case della salute attivate presentano al loro interno ambulatori di Mmg e specialisti, guardia medica, CUP, consultorio, punto prelievi, ma sono anche sede del Punto unico di accesso. Inoltre, qui trovano spazio anche i servizi socio-sanitari e sociali. In Emilia Romagna, le Case della salute hanno diverse caratteristiche: si tratta di presidi del Distretto chiamati a garantire la continuità assistenziale e a rap-

presentare un Punto unico di accesso alla rete. Qui, le Case della salute devono integrarsi con gli altri nodi della rete (assistenza specialistica, ospedaliera, ecc.).

In Emilia Romagna si è rintracciata un'ulteriore esperienza, oramai consolidata, di organizzazione dei Mmg nei Nuclei di cure primarie. Questi riuniscono in un'unica struttura medico curante, infermieri, ostetrici, operatori socio-assistenziali, diventando così un vero e proprio punto di riferimento per il cittadino.

Secondo quanto risulta dall'indagine, l'associazionismo medico si rivela più efficace laddove i medici sono integrati in un'équipe multidisciplinare e in una sede unica di riferimento con personale infermieristico e dotazione strumentale diagnostica; sono coinvolti in progetti con obiettivi definiti; il loro intervento è basato su percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali predefiniti e su indicatori di processo e di esito che ne permettono la valutazione; sono responsabilizzati per i costi e gli oneri connessi alle decisioni cliniche; la quota variabile della remunerazione è basata sul raggiungimento degli obiettivi; la pratica clinica è sostenuta da un'infrastruttura informatica avanzata, che permette una condivisione del dato clinico con tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza territoriale e ospedaliera.

Rilevante è il ruolo delle ICT a supporto della gestione e regolazione della complessa rete delle cure primarie territoriali. In questo ambito, le Regioni indagate hanno evidenziato notevoli sperimentazioni di indubbia importanza. Ne sono un esempio il progetto Sole dell'Emilia Romagna, che ha costituito una rete informatica che ha messo in collegamento medici di medicina generale e pediatri con tutte le strutture di assistenza territoriali e ospedaliere. Un ulteriore esempio è quello rappresentato dal Fa-

scicolo sanitario elettronico che consente ai soggetti erogatori di servizi di migliorare e razionalizzare le prestazioni, ma permette soprattutto l'*empowerment* del paziente stesso che, diventando più competente, migliora la sua partecipazione alla cura (è più preciso nell'assunzione dei farmaci, nel rispettare le scadenze dei controlli, è più attento al suo stile di vita ecc.) e dunque migliora la sua salute. Tuttavia, permangono alcune criticità rispetto alla diffusione delle ICT, nella fattispecie per quanto concerne problemi di natura infrastrutturale e di accesso (*digital divide*), problemi di governo delle informazioni e legati al rischio di burocratizzazione del rapporto medico-paziente.

La presa in carico dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative è oggetto di sperimentazioni in tutte le regioni indagate. Rispetto, in particolare, ai pazienti diabetici e ai percorsi di presa in carico e cura di questi individui, si rintraccia una elevata variabilità nelle soluzioni proposte: i progetti sperimentali vengono implementati non a livello regionale, in maniera uniforme e condivisa, ma solo in alcune Ausl, e spesso solamente entro alcuni distretti delle medesime. Tra le sperimentazioni innovative in atto nelle Regioni indagate, merita una sottolineatura il caso della Regione Lombardia, con l'attivazione dei Chronic Related Group, che prevedono la presa in carico del paziente cronico ad opera di un unico soggetto.

### PROCESSI DI GOVERNANCE DELLE CURE PRIMARIE

Rispetto al terzo elemento di riflessione, i processi di *governance* delle cure primarie nelle cinque regioni oggetto di approfondimento (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Puglia), la disamina si è concentrata sui dettati nor-

mativi che disciplinano i contorni del sistema sanitario regionale, confrontati poi con le politiche ed i processi svolti. Scopo del raffronto è quello di verificare se vi sia distanza tra il piano implicito (le prescrizioni formalmente presenti riguardanti gli elementi della *governance*) e quello esplicito, indagando su questi scostamenti. È in particolare il livello della programmazione delle cure primarie sul multi-livello (regionale, aziendale, distrettuale) l'oggetto su cui si è maggiormente centrata l'attenzione.

L'indagine ha messo in luce come il rapporto tra Azienda sanitaria ed Enti locali nella regolazione dell'integrazione socio-sanitaria sia favorito dal buon funzionamento delle sedi tecniche di lavoro (es. tavoli congiunti) e dall'integrazione professionale. Tuttavia, le particolari contingenze stanno attualmente incentivando un ritorno alla gestione separata delle funzioni sociali, con il ritiro delle cosiddette "deleghe" di gestione (es. in Veneto ed Emilia Romagna) dei servizi ad alta integrazione socio-assistenziale.

Sul fronte della programmazione strategica sanitaria e sociale si registra inoltre, una comune tendenza in atto nelle regioni indagate, tesa a imprimere una maggior semplificazione degli strumenti a disposizione: i più recenti indirizzi che gli atti normativi regionali stanno introducendo riguardano la revisione dello spettro degli atti programmatori con l'obiettivo di giungere ad una programmazione strategica sui diversi livelli capace di essere snella, coerente e integrata. L'obiettivo è quello di superare l'eccessiva frammentazione dei luoghi decisionali, la sovrapposizione di obiettivi e la duplicazione dei tempi della concertazione per giungere all'allineamento delle linee strategiche. La strategia dell'integrazione e dell'armonizzazione è quindi una sfida cui le Aziende sanitarie sono

oggi forzatamente chiamate a rispondere, al fine di dare una reale risposta a bisogni di salute sempre più complessi.

Rispetto all'operatività degli strumenti di programmazione, non sempre si registra una piena omogeneità tra i territori: varia il grado di puntualità di definizione degli obiettivi (alcuni si mantengono ad un più alto livello di astrattezza, contro altri che, nel medesimo documento, presentano anche indicatori di risultato da raggiungere), variano i contenuti, ma varia anche il grado con cui il Piano definisce obiettivi di natura prescrittiva. La bassa formalizzazione dei processi di monitoraggio, controllo e verifica sullo stato di attuazione della programmazione sta diventando argomento sempre più al centro dell'agenda di discussione, perché aumenta la consapevolezza che una programmazione priva di momenti dedicati alla valutazione e al ripensamento sull'azione, è una programmazione che perde ogni valore di indirizzo dell'azione dei territori.

Infine, guardando ai processi di *governance* in senso allargato, ovvero al ruolo dei cittadini nel sistema sanitario locale, emerge dalla ricerca il predominio di modelli di tipo consultivo, con forme di partecipazione della cittadinanza e dei loro rappresentanti spesso formali e poco estese. Questo pur a fronte di un generale recepimento, da parte degli atti programmatori e legislativi regionali, della rilevanza della partecipazione del cittadino (e delle sue forme di rappresentanza organizzata) ai processi decisionali e valutativi. Ne consegue che, sotto questo profilo, le regioni debbano muoversi verso l'identificazione di un più chiaro ruolo da assegnare ai diversi *stakeholder*, alle modalità concrete di partecipazione di questi ai processi di regolazione e organizzazione delle cure primarie, pur a fronte di

specifiche esperienze locali che già oggi dimostrano punti di eccellenza sotto questo profilo.

### ALCUNE RIFLESSIONI CONCLUSIVE

In estrema sintesi, la presente ricerca lascia trapelare notevoli differenze nei modelli organizzativi delle cure primarie all'interno di sistemi sanitari regionali. Si tratta di differenze che rimarcano l'esistenza di modelli plurimi sul panorama nazionale, in cui le regioni hanno adottato ciascuna una propria peculiare vision della sanità locale. Le riforme in atto nelle regioni italiane procedono con ritmi diversi, riflettendo le divergenze organizzative anche sul piano più prettamente operativo. Ecco che allora, ad esempio, il diverso ruolo del territorio nel modello lombardo e in quello pugliese, danno vita anche a diverse innovazioni poi nel campo della presa in carico dei pazienti affetti da cronicità, o nelle forme organizzative della medicina convenzionata.

Accanto alla differenziazione dei modelli regionali, si rintracciano marcate differenze infra-regionali. La disomogenea adozione di strumenti (atti programmatori; Porta unica di accesso, ecc.) e soluzioni organizzative (istituzione delle Società della salute, o pluralizzazione delle forme associative per la medicina di base ammesse) può minare le basi dell'uguale trattamento dei cittadini. L'organizzazione delle cure primarie affronta oggi una iper-atomizzazione, in cui l'unità fondamentale è il livello micro, quello distrettuale. Accanto a differenze nei modelli organizzativi regionali, e a latere del ruolo della Asl, anche il singolo Distretto può diventare sede di programmazione territoriale, luogo di definizione delle regole relative all'operatività della medicina territoriale e fucina di sperimentazioni e innovazioni.

Un ulteriore aspetto fondamentale emerso dalla ricerca concerne l'effettiva disponibilità di risorse finanziarie. In molti casi si assiste, sul livello locale, ad una programmazione dissociata dall'analisi dei bisogni di salute, e fondata invece su *altre* logiche che a lungo hanno caratterizzato la programmazione dei servizi sanitari (il criterio della spesa storica, con forme di correzione parziale). In questo senso, quindi, la mancanza di risorse commisurate alle esigenze dei sistemi sanitari odierni rende la programmazione dei servizi una attività sempre più complessa per i policy maker, soggetti ad una serie di vincoli crescenti, e che incontra sempre più difficoltà a stare al passo con la domanda di salute e benessere espressa a livello locale.

La mappatura delle differenze nei modelli di erogazione delle cure primarie nel panorama delle Regioni indagate si può poi tradurre in un'erogazione di servizi di qualità e quantità diversa, con modelli di welfare e di risposta ai cittadini ben lontani dal tratteggiare i contorni di un welfare con un'identità ed un'anima unitaria. In un contesto, quale quello in cui operano i Sistemi sanitari, reso ancor più complesso dalle mutate esigenze sociali, demografiche, epidemiolo-

giche (si pensi, in particolar modo, al fenomeno della cronicità, dell'incremento delle patologie invalidanti e della non autosufficienza, nonché al progressivo invecchiamento della popolazione), la sfida cui le cure primarie e la sanità territoriale sono chiamate a rispondere è legata alla capacità di questi sistemi di mutare l'approccio alla domanda di salute, articolando un corredo di servizi che siano appropriati sotto il profilo economico-finanziario, e, ancor prima, appropriati ai bisogni espressi, ma, allo stesso tempo, garantendo equità e umanizzazione nella risposta.

Le scelte organizzative e la scelta degli assetti del modello organizzativo e di governance da adottare nelle cure primarie devono quindi riflettere le esigenze di riequilibrio del sistema avendo ben presenti tutti questi elementi.

*I risultati complessivi del progetto, ottenuti dalla disamina delle cinque Regioni che hanno partecipato alla presente ricerca, saranno presentati in occasione di un Convegno Nazionale che si svolgerà a Venezia il 7 giugno 2013. Tali risultati saranno altresì pubblicati nel testo «Verso quale sistema sanitario» di prossima uscita.*