

I I° Supplemento al numero 32 2013 di Monitor

Trimestrale dell'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

I QUADERNI DI

monitor

➔ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute



**ASSISTENZA H24 E RIDUZIONE
DEGLI ACCESSI IMPROPRI
IN PRONTO SOCCORSO:
EVIDENZE E INDIRIZZI**



ASSISTENZA H24 E RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO: EVIDENZE E INDIRIZZI

**Monitoraggio di progetti regionali approvati dal Ministero
della Salute su obiettivi prioritari di Psn 2009**

Quaderno di Monitor n. 11

**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute**

Trimestrale dell'Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Anno XII Numero 32 2013

Direttore

Fulvio Moirano

Direttore responsabile

Chiara Micali Baratelli

Comitato scientifico

Coordinatore: Gianfranco Gensini
Componenti: Aldo Ancona, Anna Banchemo,
Antonio Battista, Norberto Cau,
Francesco Di Stanislao, Nerina Dirindin,
Gianluca Fiorentini, Elena Granaglia,
Roberto Grilli, Elio Guzzanti, Carlo Liva,
Sabina Nuti, Francesco Ripa di Meana,
Federico Spandonaro, Francesco Taroni

Editore

Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali
Via Puglie, 23 - 00187 ROMA
Tel. 06.427491
www.agenas.it

**Progetto grafico, editing
e impaginazione**



Edizioni Health Communication
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via V. Carpaccio, 18
00147 Roma

Stampa

Cecom
Bracigliano (Sa)

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare
nel mese di maggio 2013



Periodico associato
all'Unione Stampa
Periodica Italiana



L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale. Questa funzione si articola nelle seguenti specifiche attività: la valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza; la rilevazione e l'analisi dei costi; la formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari; l'analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell'assistenza; lo sviluppo e la diffusione di sistemi per la sicurezza delle cure; il monitoraggio dei tempi di attesa; la gestione delle procedure per l'educazione continua in medicina.

L'Agenzia oggi | Presidente Giovanni Bissoni Direttore Fulvio Moirano

Consiglio di amministrazione Francesco Bevere, Domenico Mantoan, Giuseppe Zuccatelli

Collegio dei revisori dei conti Francesco Ali (Presidente), Nicola Begini

I settori di attività dell'Agenzia | Monitoraggio della spesa sanitaria • Livelli di assistenza • Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento • Innovazione, sperimentazione e sviluppo • Formazione - Sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina ECM • Documentazione, informazione e comunicazione • Affari generali e personale • Ragioneria ed economato

www.agenas.it

Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di **monitor**

ASSISTENZA H24 E RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO: EVIDENZE E INDIRIZZI

EDITORIALE	
<i>Giovanni Bissoni, Fulvio Moirano</i>	5
INTERVENTI	
RIFLESSIONI SUL FUTURO DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	
<i>Gavino Maciocco</i>	10
OBIETTIVI PRIORITARI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE E PROGETTI REGIONALI	
<i>Paolina Caputo</i>	20
SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA: APPROPRIATEZZA NELL'UTILIZZO DEI SERVIZI DI PRIMO CONTATTO	
<i>Angela Panuccio</i>	24
I PROCESSI DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLA EMERGENZA-URGENZA NELLE REGIONI IN PIANO DI RIENTRO	
<i>Francesco Enrichens</i>	28
LA RICERCA	
PRESENTAZIONE DELLA RICERCA	
<i>Mariadonata Bellentani, Sara Catania, Leonilda Bugliari Armenio, Gianfranco Damiani</i>	34
INDAGINE SUI DETERMINANTI ORGANIZZATIVI E PROFESSIONALI CARATTERIZZANTI I PROGETTI REGIONALI	
<i>Gianfranco Damiani, Giulia Silvestrini, Valentina Vena, Walter Ricciardi</i>	39
CASI STUDIO. ESPERIENZE REGIONALI PER LA RIDUZIONE DEGLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO	
<i>Andrea Donatini</i>	51
REGIONE CALABRIA	
<i>Caterina Azzarito</i>	53
REGIONE EMILIA-ROMAGNA	
<i>Andrea Donatini</i>	56
REGIONE TOSCANA	
<i>Piero Salvadori</i>	59
REGIONE VENETO	
<i>Daniele Donato, Pietro Gallina</i>	61
ASPETTI METODOLOGICI PER UNA STIMA DELLA RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI AL PRONTO SOCCORSO	
<i>Gianluca Fiorentini, Matteo Lippi Bruni, Irene Mammi, Cristina Ugolini</i>	66
INDICAZIONI PER IL MONITORAGGIO DELLE ESPERIENZE REGIONALI	
<i>Pietro Gallina, Daniele Donato, Cristina Ugolini</i>	79

SOMMARIO

4	VALUTAZIONE DELL'IMPATTO PRODOTTO NELLE REGIONI MONITORATE PER LA RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO <i>Gianluca Fiorentini, Matteo Lippi Bruni, Irene Mammi e Cristina Ugolini</i> 87
	CONCLUSIONI <i>Mariadonata Bellentani, Leonilda Bugliari Armenio, Sara Catania, Gianfranco Damiani</i> 109
	APPENDICE SCHEDE DI SINTESI DEI PROGETTI REGIONALI 116
	RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI ASPETTI NORMATIVI SU ASSISTENZA PRIMARIA, MEDICINA GENERALE E PRONTO SOCCORSO <i>Leonilda Bugliari Armenio, Sara Catania, Mariadonata Bellentani</i> 130
	ASPETTI NORMATIVI DEL SISTEMA DELL'EMERGENZA URGENZA <i>Leonilda Bugliari Armenio, Sara Catania, Mariadonata Bellentani</i> 143

ASSISTENZA H24 E RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO: EVIDENZE E INDIRIZZI

di **Giovanni Bissoni***, **Fulvio Moirano****

*Presidente **Direttore

Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Il problema degli accessi non urgenti ai servizi di emergenza-urgenza è ampiamente diffuso sia nel contesto internazionale sia in quello italiano. La proporzione dei pazienti che si reca al Pronto Soccorso per problemi non urgenti è attestata tra le varie strutture tra il 9% ed il 54,1% negli USA, tra il 25,5 % ed il 60% in Canada, tra il 19,6% ed il 40,9% in Europa. Tale variabilità è presente anche in Italia, come documentato da un'analisi descrittiva delle strutture e dell'organizzazione dell'emergenza condotta nel 2010 dalla Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza (SIMEU) che, a titolo esemplificativo, mostra una eterogeneità nella frequenza di codici bianchi relativi a un campione di 206 presidi ospedalieri con diversa configurazione organizzativa, che varia fino ad un massimo dell'80%, con valore medio nazionale di 24,18% (sud e isole 30,94%, centro 17,98%, nord 23,85%).

Stando ai dati trasmessi dalle Regioni al sistema informativo Emur del Ministero della salute relativi al 2012, si registra 1 milione di accessi in meno nei dipartimenti di emergenza-urgenza del Paese rispetto al 2011: si è passati dai 14.479.595 del 2011 ai 13.433.427 del 2012.

Il tema è complesso e non è affrontabile senza una visione sistemica delle trasformazioni in atto sia dal punto di vista della programmazione sanitaria sia della gestione delle patologie più frequenti, che da prevalentemente acute divengono croniche.

La contrazione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, derivante dai provvedimenti legislativi degli ultimi anni e, più recentemente, dalle disposizioni del decreto legge n. 95 del 2012 convertito nella legge n. 135 del 2012 sulla *spending review*, determinano la necessità di una rigorosa riorganizzazione dei servizi, sia ospedalieri sia territoriali. Rispetto al sistema dell'assistenza primaria, il riordino consentirà lo sviluppo dei relativi principi generali che sono stati sintetizzati da Barbara Starfield (1978) come segue:

- accessibilità all'assistenza (*accessibility*), ossia facilità del contatto tra cittadino e il sistema di offerta, prossimità dei servizi, tempi di apertura degli ambulatori e modalità di gestione dei tempi di attesa;
- attenzione rivolta ai bisogni di salute dell'assistito nel suo complesso (*comprehensiveness*) piuttosto che a segni e sintomi specifici di organi o apparati;
- coordinamento o integrazione tra i diversi attori coinvolti nel sistema (*coordination*);
- continuità temporale dell'assistenza (*continuity/longitudinality*);
- rendicontazione periodica dei professionisti su processi e risultati dell'assistenza per il miglioramento continuo di competenze e servizi offerti e la corretta informazione agli assistiti per realizzare scelte consapevoli (*accountability*).

In particolare l'assistenza primaria non rappresenta solo un'offerta di servizi di primo contat-

to, ma un vero e proprio sistema organizzativo che è alla base del sistema sanitario, in quanto garante della presa in carico e della continuità assistenziale per le persone con patologie croniche o condizioni di non autosufficienza. È, quindi, caratteristica della stessa, sviluppare l'integrazione dell'azione di diversi attori, dalla Medicina generale agli altri professionisti del territorio, facilitando la ricomposizione degli interventi sui bisogni di salute rilevati in un contesto di risorse definito e suscettibili di cambiamento.

La riforma legislativa avviata con il decreto legge n. 158 del 2012, convertito nella legge n. 189 del 2012, fornisce in tal senso alcuni principi di riferimento, che investono l'assistenza primaria di nuovi e maggiori compiti in linea con i cambiamenti demografici ed epidemiologici e con le evidenze scientifiche. La legge prevede, in particolare, lo sviluppo di forme organizzative complesse della Medicina generale, di tipo funzionale (Aggregazioni funzionali territoriali) e strutturale (Unità complesse delle Cure primarie), quest'ultime da realizzarsi come aggregazioni multiprofessionali e centri di erogazione di servizi.

Tali modelli potranno assumere diversi gradi di complessità e articolazione, secondo gli indirizzi della programmazione regionale.

In questo contesto, il riordino dell'assistenza primaria va ben oltre il contributo che può essere dato come uno strumento per ridurre gli accessi impropri al Pronto soccorso, tenendo conto delle articolate e complesse finalità specifiche che persegue. In particolare il riordino dell'assistenza primaria, nello sviluppare programmi di medicina d'iniziativa per il trattamento della cronicità e della non autosufficienza e nel potenziare il rapporto fiduciario tra la persona e una rete di servizi territoriali, potrà anche apportare senza escludere possibili benefici in termini di riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso, seppure secondari rispetto agli obiettivi specifici dei programmi di assistenza primaria.

Sul fenomeno dell'utilizzo del Pronto soccorso come "porta girevole" per ogni problema di salu-

te occorre, inoltre, prevedere anche la realizzazione sia di una più corretta ed omogenea gestione delle *modalità di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini*, attualmente controllata attraverso il pagamento di un ticket per i codici bianchi e verdi (in alcune Regioni) sia un miglioramento nella gestione delle liste di attesa, distinguendo i primi accessi dalle attività programmate, le urgenze differibili da altre situazioni per definire le priorità. Va, infatti, rilevato che per il cittadino anche nelle peggiori situazioni il Pronto Soccorso è spesso visto comunque come la strada di accesso più breve, sicura e con ticket più conveniente.

Con questa visione di sistema l'Agenas ha assunto il compito di svolgere una prima azione di monitoraggio dei progetti regionali presentati e approvati dal Ministero della salute in attuazione di uno specifico obiettivo di carattere prioritario e di rilievo nazionale, riguardante le Cure Primarie, e specificamente l'assistenza h24, la riduzione degli accessi impropri al PS e il miglioramento della rete assistenziale, come individuato dall'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009. Tale obiettivo di alta valenza strategica è sostenuto con il 25% delle risorse complessive dedicate agli obiettivi 2009. Accanto a queste indicazioni, l'Accordo allega un apposito documento di Linee guida che, partendo dalla considerazione che il fenomeno dell'iperafflusso non è stato sostanzialmente risolto, indica che può essere notevolmente contenuto con modalità organizzative che prendano atto dell'evoluzione della domanda di salute. In particolare le Linee guida propongono di coinvolgere più ampiamente la Medicina generale negli obiettivi di riduzione degli accessi impropri in Pronto soccorso, proponendo la sperimentazione di modelli organizzativi diversificati e ad elevata flessibilità, sia interni all'ospedale, preferibilmente in fase transitoria (ad esempio ambulatori di codici bianchi) sia nel territorio, con forme di integrazione multi-professionale adattabili ai diversi contesti territoriali, di tipo metropolitano, urbano ed extraurbano.

Il confronto attivato e la raccolta di documenti

programmatori di riferimento ha evidenziato che tutte le Regioni stanno lavorando su questi temi, con modalità diverse e, soprattutto, cercando di differenziare le attività, in relazione ai bisogni assistenziali, caratterizzando le fasi successive di intervento.

Questa pubblicazione intende, quindi, illustrare i risultati principali dei lavori realizzati nell'ambito della convenzione stipulata nel 2010 con il Ministero della salute.

L'invito a partecipare al Monitoraggio è stato rivolto a tutte le Regioni i cui progetti sono stati ammessi al finanziamento per l'utilizzo delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, per l'anno 2009.

In totale sono sedici Regioni che hanno presentato progetti, di cui dodici (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Molise, Puglia, Sicilia, Toscana, Veneto) hanno effettivamente stipulato la convenzione con l'Agenas.

I progetti analizzati, di cui si darà conto nella pubblicazione, riguardano principalmente la sperimentazione di modelli territoriali di diversa tipologia (ad esempio Presidi Territoriali di Assistenza, Assistenza territoriale integrata, ambulatorio di Nucleo di Cure Primarie, Casa della Salute), anche se sono presenti anche modelli ospedalieri (ad esempio Ambulatorio codici bianchi; Ambulatori codici di minor gravità gestiti dai Mmg presso i PS).

L'attività di ricerca ha portato all'identificazione di una metodologia di analisi e monitoraggio condivisa al fine di valutare lo stato di avanzamento dei diversi progetti presentati, per mettere in evidenza le caratteristiche dei servizi attivati per la popolazione di riferimento e le modalità di integrazione dei professionisti ospedalieri e/o territoriali scelti nei diversi contesti e per identificare gli elementi comuni (determinanti organizzativi e professionali) dei progetti presentati, tenendo conto dei contesti regionali e/o aziendali coinvolti.

È stata, inoltre, proposta una metodologia stati-

stica per valutare l'impatto dei modelli organizzativi h24 attraverso l'analisi di casi studio in alcune Regioni allo scopo di definire un approccio comune per la valutazione della relazione tra caratteristiche di questi modelli e l'appropriatezza degli accessi al Pronto Soccorso. Tale approccio, potenzialmente adattabile anche ad altre realtà diverse tra loro, risulta applicabile non soltanto in studi ad hoc, ma anche per il follow up dei progetti nel tempo. Inoltre risulta necessario, per la valutazione dell'efficacia di un nuovo modello organizzativo, almeno un periodo di due (preferibilmente cinque) anni in condizioni di stabilità di contesto e di politiche sanitarie.

Tutte le attività sono state condotte in un'ottica di promozione del networking, garantendo un confronto sistematico tra esperti e interlocutori regionali, per individuare proposte in grado di fornire supporto a future scelte della programmazione.

Nello specifico, l'indagine nel suo complesso ha confermato che il fenomeno degli accessi impropri al Pronto Soccorso rappresenta una "punta dell'iceberg" rispetto alla necessità di un riequilibrio di sistema e della riorganizzazione dell'assistenza primaria, tenendo conto dei bisogni dei pazienti rappresentati secondo la letteratura ed individuabili in quattro target:

- soggetto sano o apparentemente sano;
- paziente non classificato;
- paziente cronico;
- paziente non autosufficiente e/o fragile.

Di particolare interesse, ai fini del monitoraggio, è il secondo target del paziente non classificato che può essere definito come quel soggetto con un bisogno di salute non ancora classificato, che necessita di assistenza per condizioni non urgenti e "non complesse" dal punto di vista specialistico e tecnologico. Le problematiche legate all'assistenza di questo target di pazienti sono numerose, in particolare spesso questi finiscono per utilizzare i servizi di emergenza per condizioni di fatto non urgenti, ma legate ad almeno quattro ordini di ragioni: percezione di effettivo bisogno

di assistenza immediata; preferenza per i servizi di emergenza, sia in termini di convenienza sia di soddisfazione e di fiducia; difficoltà di accedere ai servizi di assistenza primaria; ricorso alla “medicina difensiva” da parte dei medici.

È necessario, pertanto, che i pazienti con bisogni di salute non urgenti siano considerati all'interno di una rete assistenziale che integri le diverse professionalità della medicina del territorio, medici ed altre professioni sanitarie e socio-assistenziali e preveda il coinvolgimento della funzione distrettuale. Inoltre, tale rete deve essere collegata con meccanismi operativi chiari di coordinamento organizzativo sia in ingresso con la rete dell'emergenza-urgenza, sia in uscita con l'assistenza ospedaliera o altri setting a cui il paziente trattato viene coerentemente indirizzato in funzione della presenza di coesistenti bisogni di salute.

I risultati di questo primo Monitoraggio confermano le premesse iniziali: il riordino dell'assistenza primaria ha obiettivi specifici e complessi e solo secondariamente può essere letto come strumento per la riduzione degli accessi impropri al PS. Va rilevato che la maggior parte delle esperienze studiate non ha consentito di svolgere un'analisi di impatto, sia perché ancora in corso sia perché non dotate di sistemi informativi adeguati a tale tipo di rilevazione. Per quattro casi studio è stato possibile effettuare un'analisi statistica avanzata, in quanto dotati della banca dati sufficiente per effettuare una rigorosa analisi quantitativa dell'impatto dei modelli sulla riduzione degli accessi impropri al PS. In due dei quattro casi esaminati, gli effetti prodotti dai casi studio analizzati sono risultati ampiamente positivi in termini di riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso, anche nel poco tempo trascorso dalla loro attivazione. Negli altri due casi, i risultati non sono significativi nei primi anni di attività in quanto non sembrano aver ancora modificato in modo incisivo i comportamenti degli assistiti. Tuttavia, ad oggi non è ancora possibile formulare una valutazione conclusiva dell'impatto prodotto da queste esperienze, in quanto ciò richiede un perio-

do più lungo di quello considerato nello studio. Queste conclusioni non implicano che le esperienze abbiano avuto un impatto di forte positività su altri aspetti, quali la maggiore accessibilità e riconoscibilità dei servizi da parte dei cittadini, la presa in carico, l'integrazione tra i diversi attori; tutti aspetti che non sono stati esaminati specificamente.

Interessante rilevare che i quattro casi studio rappresentavano modelli diversi e in differenti realtà regionali, che comprendono una Medicina di gruppo h12 che diventa h24 per la Regione Calabria; una Casa della Salute per la Regione Toscana, un'Aggregazione funzionale territoriale (AFT) per la Regione Veneto; un Ambulatorio di Medicina generale in Nucleo di Cure Primarie (NCP) h12 per la Regione Emilia-Romagna.

Per le altre esperienze è stato possibile effettuare un'analisi di alcuni elementi caratterizzanti i progetti, di tipo organizzativo e professionale. Tale metodologia di analisi e monitoraggio, che è stata condivisa dal Gruppo di lavoro, costituisce uno strumento e anche un primo risultato dell'indagine, che ha consentito di valutare lo stato di avanzamento dei diversi progetti presentati e potrebbe essere utilizzata anche per futuri progetti.

Questa ricerca offre, pertanto, alcuni spunti di miglioramento per l'attivazione e lo sviluppo delle iniziative nell'ambito dell'assistenza primaria, utili tanto ai *decision maker* di diverso livello istituzionale nella programmazione e controllo quanto ai professionisti per lo svolgimento della pratica clinica.

Alcuni di questi elementi riguardanti la metodologia di analisi dei progetti, le caratteristiche delle basi dati e delle procedure statistiche da utilizzare per le valutazioni di impatto acquistano particolare importanza in questo periodo di crisi finanziaria generalizzata, soprattutto nelle Regioni interessate dai Piani di rientro dal disavanzo sanitario che stanno provvedendo alla riorganizzazione della rete dei servizi cercando il corretto punto di equilibrio tra le reti dell'emergenza-urgenza, territoriale ed ospedaliera.

INTERVENTI

Riflessioni sul futuro dell'assistenza sanitaria di base

10

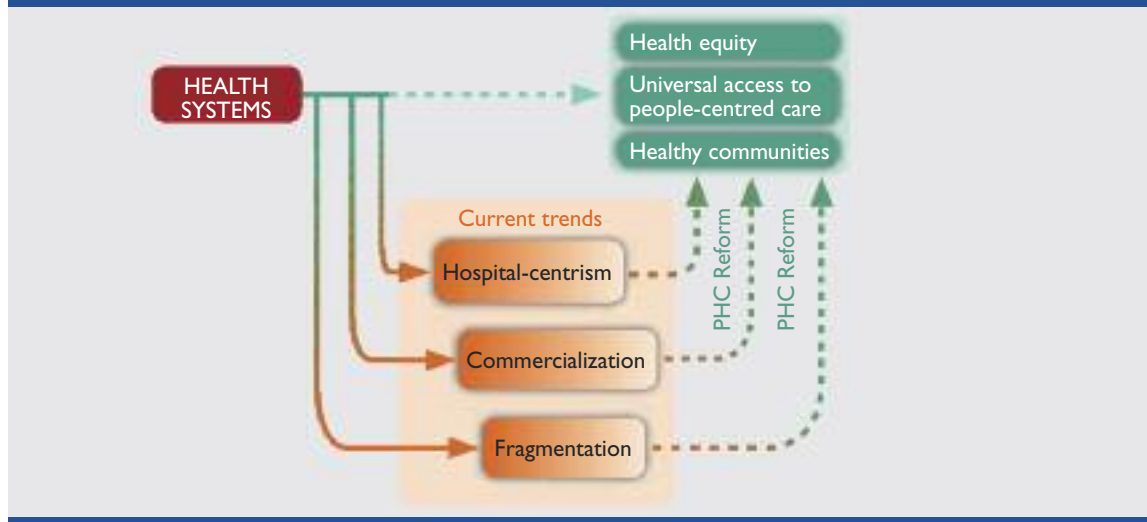
i Quaderni di **MORJIOR**di **Gavino Maciocco**

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

“Le politiche sanitarie globali, ma sempre più anche quelle nazionali, si sono focalizzate su singoli problemi, con vari gruppi di potere a contendersi le scarse risorse, mentre troppa poca attenzione è stata rivolta ai problemi che limitano lo sviluppo dei sistemi sanitari a livello locale. Piuttosto che migliorare la loro capacità di risposta ai bisogni della popolazione e far fronte alle nuove sfide, i sistemi sanitari, sempre più frammentati, sembrano passare da una priorità a breve termine all'altra senza un chiaro senso di marcia”. La citazione, tratta dal Rapporto Oms 2008 “*Primary Health Care, Now More Than Ever*”, mette in evidenza l'esistenza di forze che spingono i siste-

mi sanitari in direzione contraria rispetto ai bisogni della popolazione. Inoltre, prosegue il rapporto: “Oggi, è chiaro che i sistemi sanitari non si muovono spontaneamente verso gli obiettivi della salute per tutti, attraverso l'assistenza sanitaria di base, come auspicato dalla Dichiarazione di AlmaAta. I sistemi sanitari si stanno sviluppando in direzioni che contribuiscono poco all'equità e alla giustizia sociale e non riescono a raggiungere i migliori risultati di salute con le risorse che hanno a disposizione. Queste le preoccupanti tendenze che caratterizzano la sanità internazionale: ■ sistemi sanitari che si stanno focalizzando su un'offerta assistenziale eccessivamente ristretta alle cure specialistiche;

FIGURA 1 - How health systems are diverted from phc core values



- sistemi sanitari dove l'approccio prevalente è finalizzato al controllo della malattia, focalizzato su obiettivi a breve termine e su servizi frammentati;
- sistemi sanitari dove prevale la deregolamentazione, consentendo la diffusione sfrenata della commercializzazione della salute.

Queste tendenze si muovono in direzione contraria rispetto a una risposta unitaria e bilanciata nei confronti dei bisogni sanitari della popolazione, determinando in molti paesi iniquità nell'accesso, costi della sanità che impoveriscono le famiglie, erosione nella fiducia verso l'assistenza sanitaria, fattori che rappresentano una minaccia alla stabilità sociale” (Figura 1.)¹.

Lo stesso Rapporto sostiene (fin dal titolo) l'urgente necessità di recuperare lo spirito della Dichiarazione di Alma Ata e di rafforzare il settore delle Cure primarie all'interno del sistema sanitario.

I fattori che premono verso il cambiamento sono molteplici. Elenchiamo qui i quattro più importanti.

1. Il ruolo dei pazienti. Nel 1998 si è svolto a Salisburgo un seminario di 5 giorni sul rapporto tra pazienti e terapeuti nell'assistenza sanitaria, conclusosi con l'elaborazione della linea-guida “*Nothing about me without me*” (“Niente che riguardi me senza di me”)². Il seminario di Salisburgo ha segnato la nascita di un vasto movimento finalizzato a promuovere una più larga e decisiva presenza dei pazienti nei processi assistenziali che li riguardano, soprattutto attraverso lo strumento dell'informazione. Motori dell'iniziativa sono stati l'Harvard Medical School (<http://cme.hms.harvard.edu>), la Stanford Uni-

versity (<http://www.stanford.edu/>) e altre istituzioni di ricerca e advocacy americane come The Commonwealth Fund (<http://www.commonwealthfund.org>) e *The Institute of Medicine* (<http://www.iom.edu/>).

Successivamente nel 2005 è stato pubblicato un importante contributo del Commonwealth Fund che specifica il ruolo delle Cure primarie nel promuovere un'assistenza sanitaria centrata sul paziente³. Cure primarie coerenti con questa impostazione devono: a) offrire agli assistiti le massime facilitazioni nell'accesso ai servizi, utilizzando ampiamente strumenti come telefono, e-mail e internet nelle relazioni tra pazienti e professionisti; b) coinvolgere i pazienti nei processi assistenziali attraverso il più ampio accesso alle informazioni, il counselling e il supporto all'autocura; c) allestire sistemi informativi – accessibili anche ai pazienti – in grado di documentare i risultati (e la qualità) degli interventi sanitari; d) organizzare sistemi di *follow-up* e *reminding* che agevolino il controllo dei processi di cura, in particolare nel campo delle malattie croniche; e) garantire il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi, es. tra ospedale e territorio).

A ciò si deve aggiungere la discussione in corso sulla definizione di salute. Una discussione non più incentrata sulla formulazione statica di salute (“la salute come completo stato di benessere, ecc.”), ma verso una formulazione più dinamica basata sulla resilienza o sulla capacità di fronteggiare, mantenere e ripristinare la propria integrità, il proprio equilibrio e senso di benessere. Ovvero “la capacità di adattarsi e autogestirsi”⁴. “Avendo rimpiaz-

TABELLA 1 - Aspetti che distinguono l'assistenza sanitaria convenzionale dall'assistenza sanitaria di base “centrata sulla persona”

Assistenza medica ambulatoriale convenzionale	Assistenza basata su programmi verticali di controllo delle malattie	Assistenza sanitaria di base centrata sulla persona
Focus sulle malattie e sulla cura	Focus sulle malattie prioritarie	Focus sui bisogni sanitari
Relazioni limitate al momento della consultazione	Relazione limitata all'implementazione del programma	Relazioni personali che durano nel tempo
Assistenza curativa episodica	Interventi finalizzati al controllo di determinate malattie	Assistenza globale, continua e centrata sulla persona
Responsabilità limitata alle prescrizioni che riguardano quella specifica consultazione	Responsabilità per il controllo della specifica malattia rispetto alla popolazione Target	Responsabilità per la salute di tutti i membri della comunità durante tutto il ciclo della vita; responsabilità nei riguardi dei determinanti di malattia e delle disuguaglianze nella salute
Gli utenti sono consumatori dell'assistenza che essi hanno acquistato	Gruppi di popolazione sono l'oggetto dei programmi di controllo di una determinata malattia	Le persone sono partner nella gestione della loro malattia e affrontano i problemi di salute della loro comunità

zato la perfezione con l'adattamento, noi ci avviciniamo a un programma per la medicina più comprensivo, solidale e creativo, un programma al quale tutti noi possiamo contribuire"⁵.

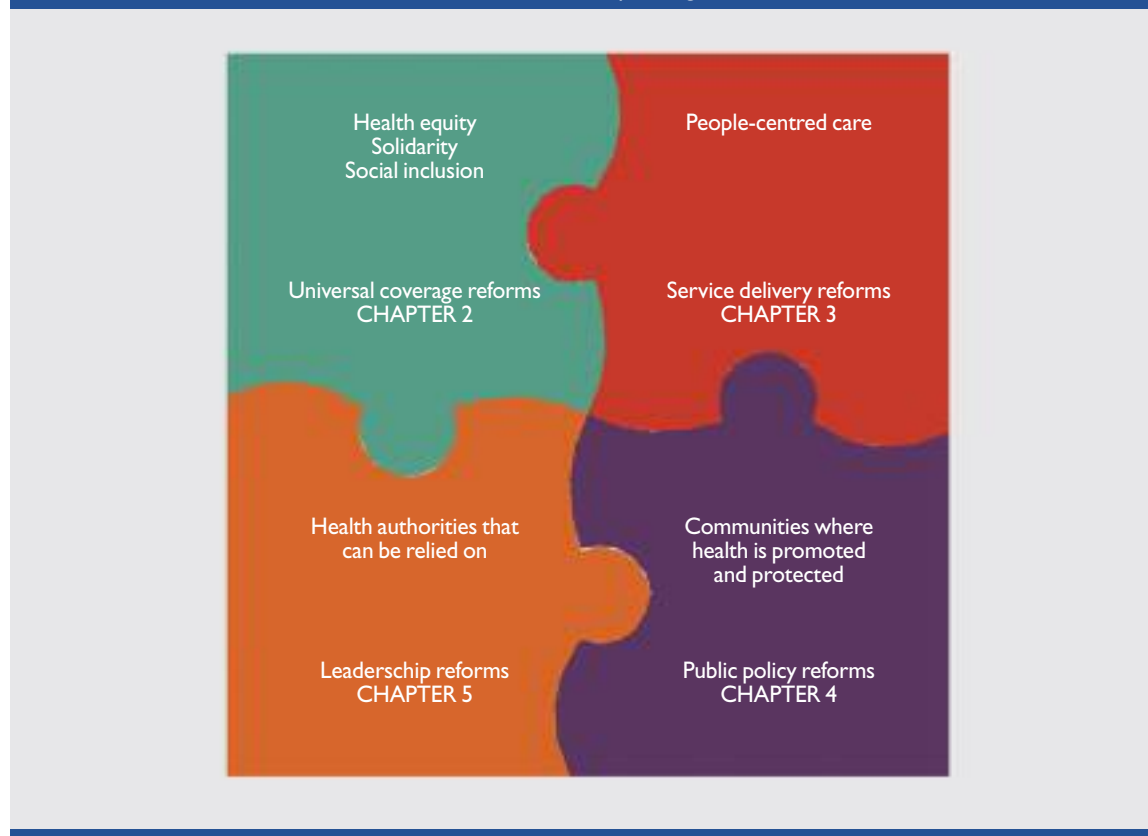
Il Rapporto Oms 2008 indica nella Tabella 1 anche gli aspetti che dovrebbero caratterizzare l'assistenza sanitaria di base centrata sulla persona.

2. Le malattie croniche. Sebbene i tassi di mortalità per malattie croniche stiano diminuendo, la prevalenza di queste patologie è in netta crescita. Una crescita alimentata dall'effetto congiunto di due fenomeni: a) l'invecchiamento della popolazione; b) la crescente esposizione a fattori di rischio di carattere ambientale e sociale. Il dato sull'obesità è certamente quello più eclatante per la rapidità con cui tale condizione si sta diffondendo in tutto il mondo, in particolare tra la popolazione americana, e per le drammatiche conseguenze in termini di co-morbilità⁶ e di effetti sulla longevità; essa infatti potrebbe registrare in Usa,

per la prima volta negli ultimi due secoli, l'interruzione della sua costante crescita⁷. Le strategie per affrontare adeguatamente le malattie croniche sono ben diverse (e molto meno costose) da quelle attuate per la malattie acute: richiedono un diverso ruolo delle Cure primarie basato sulla medicina d'iniziativa, su un'assistenza centrata sulla persona e un'attenzione del tutto particolare nei confronti dei determinanti sociali della salute. Alle strategie per affrontare l'epidemia delle malattie croniche dedichiamo l'ultimo paragrafo di questo articolo.

3. Le diseguaglianze nella salute. Le iniquità sociali nella salute sono in costante crescita e spiegano una parte sostanziale del totale carico di malattia anche nei paesi dell'Europa occidentale, tutti dotati di robusti sistemi pubblici di welfare⁸. Basti pensare che in Svezia circa un terzo del carico totale di malattia è il risultato delle iniquità socioeconomiche in salute. In entrambi i sessi, gran

FIGURA 2 - The social values that drive PCH and the corresponding sets of reforms



parte del carico differenziale di malattia ricade sui lavoratori non qualificati, e la cardiopatia ischemica è la patologia che maggiormente differenzia la mortalità tra i gruppi meno e più avvantaggiati della società. Conseguentemente gli sforzi per ridurre le iniquità nella salute dovrebbero essere visti come un'importante strategia per migliorare lo stato generale medio della popolazione. Non a caso, in molti paesi sta diventando chiaro che miglioramenti nella salute della popolazione generale non possono essere raggiunti senza sforzi aggiuntivi per ridurre le *iniquità sociali* nella salute all'interno del paese⁹. A questo proposito il Rapporto Oms 2008 sottolinea come l'equità, la solidarietà, l'inclusione sociale debbano rappresentare i valori fondanti della *Primary Health Care* (Figura 2)

4. La sostenibilità economica del sistema sanitario. Correva il 1986 quando un alto dirigente dell'Oms, il finlandese Hunnu Vuori, affermò: “Nessun paese è ricco abbastanza per erogare a tutti i cittadini ogni cosa che la medicina moderna può offrire. È necessario trovare alternative che siano socialmente accettabili, costo-

efficaci ed economicamente sostenibili. La soluzione a portata di mano è la *Primary Health Care*. Questa è l'unica strada per realizzare la giustizia sociale nei sistemi sanitari”¹⁰. Nel frattempo si sono accumulate prove che dimostrano che i sistemi sanitari che investono di più nelle Cure primarie non solo hanno risultati di salute, equità e condizioni di accesso, continuità nelle cure, superiori a sistemi più incentrati sulle cure specialistiche^{11,12}, ma sono anche generalmente più economici. Infatti – come si legge in un documento dell'Oms – la maggioranza degli studi che mettono a confronto servizi che possono essere erogati sia a livello specialistico sia di Cure primarie dimostra che l'utilizzo dei servizi sanitari di base riduce i costi, aumenta la soddisfazione dei pazienti senza produrre effetti avversi in termini di qualità e di risultati di salute. Inoltre, la maggioranza degli studi che analizzano il passaggio di alcuni servizi dalle cure secondarie a quelle primarie dimostra che tale spostamento è costo-efficace. Tuttavia – conclude il documento – l'espansione dei servizi sanitari di base non sempre produce una riduzione dei costi perché questa può portare (in una prima fase) a identifica-

TABELLA 2 - Outcomes for Seven Medical Home Demonstration Projects

Project	Description	Key outcomes		
		Hospitalization reduction (%)	ER visit reduction (%)	Total savings per patient (\$)
Colorado Medical Homes for Children	Multi-payer effort including private insurers, Medicaid, and CHIP. Focuses on expanding access to primary care through performance-based payment to providers.	18	-	169;530 ^a
Community Care of North Carolina	Long-term, statewide project to better coordinate care for high-cost Medicaid patients.	40 ^b	16	516 ^f
Geisinger Health System	Initiative at practices inside and outside of the Geisinger system to improve care coordination, including a Geisinger-funded nurse care coordinator in each practice site.	15	-	-
Group Health Cooperative ^b	Care delivery and practice management changes to support physician-led care teams in clinics with salaried staff.	11	29	71
Intermountain Health Care	Uses electronic health records to improve care for at-risk patients and those with chronic diseases.	4.8; 19.2 ^c	0; 7.3 ^d	640
North Dakota	Collaboration between MeritCare Health System and Blue Cross Blue Shield of North Dakota demonstrating implementation of patient-centered medical home model in a rural area.	6	24	530
Vermont Blueprint for Health ^g	Multipayer effort that broadly incorporates community health resources.	11	12	215

SOURCE: D. Fields, E. Leshen, and K. Patel, "Driving Quality Gains and Cost Savings through Adoption of Medical Homes", *Health Affairs* 29, no. 5 (2010): 819-26. ^a\$ 169 for all patients; \$ 530 for patients with chronic conditions. ^bChange relative to control group. ^c4.8 percent for all patients; 19.2 percent for patients with complex illnesses. ^dNo change for overall population; 7.3 percent for patients with complex illnesses. ^eOnly for asthma patients. ^fBased on Temporary Assistance for Needy Families program savings from fiscal year 2007 (\$135 million) and Aged, Blind, and Disabled program savings from fiscal year 2008 (\$400 million). ^gExpected.

re bisogni precedentemente non soddisfatti, migliorare l'accesso ed espandere l'utilizzazione dei servizi¹³.

Un recente studio effettuato in Usa ha dimostrato che le organizzazioni che hanno adottato il modello “*medical home*”, basato cioè sullo sviluppo della *primary care*, hanno ottenuto rilevanti risparmi attraverso una riduzione delle ospedalizzazioni e del ricorso al Pronto soccorso (Tabella 2).

In conclusione – si legge nel Rapporto Oms 2008 – è necessario mettere al centro del sistema sanitario l'*assistenza sanitaria di base*, intesa come: a) una piattaforma (*hub*) attraverso la quale i pazienti sono guidati attraverso il sistema sanitario, con meccanismi che garantiscono la continuità delle cure; b) un sistema che facilita le relazioni tra pazienti e medici e all'interno del quale i pazienti partecipano alle decisioni che riguardano la loro salute e acquisiscono le conoscenze, ed eventualmente le abilità, necessarie per essere partner attivi nel processo assistenziale e per partecipare alle decisioni che riguardano la loro salute; c) un'organizzazione che si basa su team di professionisti: medici, infermieri e altri operatori dotati di specifiche e sofisticate abilità biomediche e sociali; d) un'organizzazione aperta alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle malattie, nonché alla promozione della salute.

MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE. TEORIA E PRATICA, EVIDENZE SCIENTIFICHE

Gli Stati Uniti mostrano un incredibile paradosso: hanno un sistema sanitario di cui sono ben noti molti e gravi difetti (tra cui la debolezza e la frammentarietà del sistema di Cure primarie/medicina di famiglia) e – contemporaneamente – hanno nel tempo elaborato e proposto i modelli di Cure primarie/medicina di famiglia più avanzati e innovativi.

Ad esempio è negli Usa che è stata, nel 1966, “inventata”, e inserita nel percorso accademico, la disciplina di “*Family medicine*”, con caratteristiche

e finalità del tutto nuove: 1) fornire a ogni paziente un medico personale e garantire che esso rappresenti il punto di entrata nel sistema sanitario; 2) erogare un set completo di servizi: valutativi, preventivi e clinici generali; 3) assicurare una continua responsabilità nei confronti del paziente, incluso il necessario coordinamento dell'assistenza al fine di garantire la continuità delle cure; 4) operare nei confronti degli individui avendo presenti i bisogni e le preoccupazioni della comunità; 5) fornire un'assistenza appropriata ai bisogni fisici, psicologici e sociali del paziente nel contesto della famiglia e della comunità.

È negli Stati Uniti che è stato sperimentato e introdotto un modello organizzativo di gestione delle malattie croniche basato sulle Cure primarie, il *Chronic Care Model* di Ed. Wagner¹⁴, adottato dall'Oms¹⁵ e largamente introdotto nelle strategie d'intervento dei sistemi sanitari di diversi paesi, dal Canada all'Olanda, dalla Germania al Regno Unito. Nel Regno Unito, in particolare, l'introduzione del modello all'interno delle Cure primarie ha comportato una profonda revisione dei meccanismi di remunerazione/incentivazione dei medici di famiglia¹⁶.

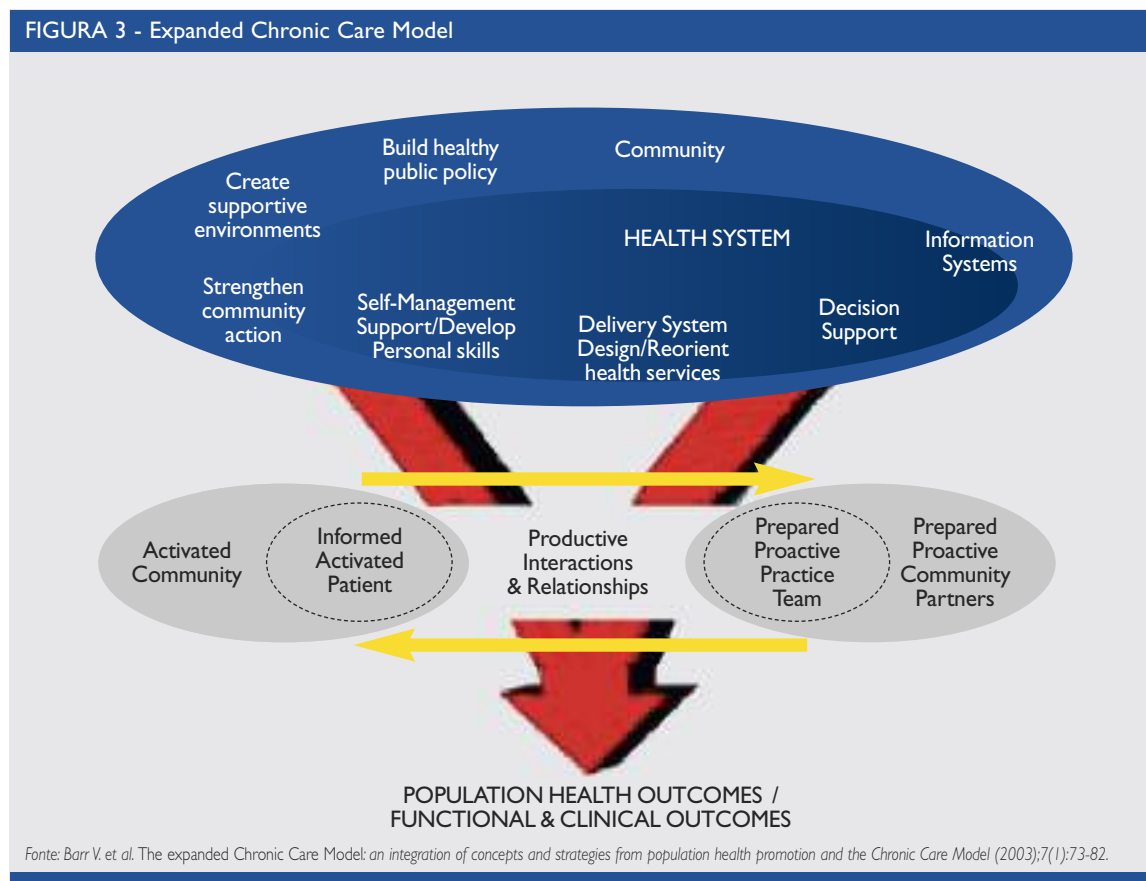
L'European Observatory on Health Systems and Policies ha prodotto un ampio e dettagliato documento, dal titolo “*Managing chronic conditions. Experience in eight countries*”, in cui si descrivono per ciascuno degli otto paesi analizzati – Danimarca, Francia, Germania, Olanda, Regno Unito, Svezia, Canada e Australia – le modalità di gestione delle malattie croniche, prendendo come modello di riferimento (*template*) il *Chronic Care Model*. Si legge nel testo di E. Nolte, C. Knai e M. Mckee: “Le malattie croniche richiedono una risposta complessa, per un periodo prolungato di tempo, interventi coordinati da parte di numerosi professionisti sanitari, l'erogazione di farmaci essenziali e l'uso di appropriati strumenti di monitoraggio, tutto ciò all'interno di un sistema che promuove l'*empowerment* dei pazienti. Con molti sistemi sanitari ancora largamente costruiti intorno a modelli di cura adatti per le malattie acu-

te e per l'assistenza episodica del paziente, la vera sfida cui si trovano di fronte i decisori politici della sanità è quella di mettere in campo un'efficace risposta, in grado di venire incontro ai bisogni delle persone con problemi sanitari cronici e complessi¹⁷.

Il *Chronic Care Model* è stato adottato negli Usa da diverse HMOs – quelle con più elevati standard di qualità assistenziale, tra cui Kaiser Permanente¹⁸. Se E. Wagner, nell'elaborazione del *Chronic Care Model*, ha avuto il merito di aggregare all'interno di una coerente cornice concettuale tutti gli elementi che si sono dimostrati utili nella gestione delle malattie croniche, va detto che gran parte di questa materia era stata intuita e perfino sperimentata trent'anni prima da Sidney Garfield, il fondatore dell'organizzazione che prenderà il nome di Kaiser Permanente¹⁹. E non è certo un caso che questa stessa organizzazione abbia ottenuto da questa strategia assistenziale i risultati che più articoli del BMJ hanno

documentato^{20,21}, tra cui – forse quello più eclatante – livelli di ospedalizzazione di due terzi inferiori rispetto a quelli della media dei sistemi sanitari europei. “La fondamentale lezione che ci consegna la tradizione di Kaiser Permanente – affermano D.Light e J.Dixon sul BMJ²² – è che i clinici devono gestire i servizi – l'insieme di tutti i servizi – con una responsabilità *bottom line* condivisa. I medici di KP, sia i generalisti sia gli specialisti, hanno deciso che il modo più efficace per allocare il loro budget condiviso, in un'era di medicina specialistica sofisticata, è quello di poter trattare i pazienti in centri sanitari multidisciplinari e multi-specialistici, dove il team multidisciplinare delle Cure primarie lavora, pranza, e socializza con i medici specialisti, con i tecnici di laboratorio e di radiologia, e con il team dei farmacisti. I pazienti scelgono il loro medico di famiglia, ma in sede c'è la possibilità di una rapida valutazione da parte dei più comuni specialisti o di un tempestivo ricorso agli accerta-

FIGURA 3 - Expanded Chronic Care Model



menti diagnostici. Recentemente questo tipo di approccio è integrato e potenziato da un sistema informativo elettronico molto avanzato condiviso tra tutti i professionisti”.

Sul modello – prevalentemente clinico – proposto e sperimentato in Usa, si sono sviluppate delle soluzioni “contaminate” dalla sanità pubblica e dalla medicina di comunità.

È il caso della versione allargata (“*expanded*”) del *chronic care model* (Figura 3), dove gli aspetti clinici sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l’attenzione ai determinanti della salute²³, adottato dalla Regione Toscana nel Piano sanitario regionale 2008-2010.

La proposta di iniettare all’interno delle Cure primarie metodi e contenuti della sanità pubblica e della medicina di comunità è presente nel documento dell’Oms, intitolato “*Primary health care as a strategy for achieving equitable care*” (“Le Cure primarie come strategia per raggiungere un’assistenza equa”)²⁴. Le Cure primarie che si propongono questo scopo sono definite da De Maeseneer “*community oriented*” e sono caratterizzate da:

- sistematica valutazione dei bisogni sanitari della popolazione;
- identificazione dei bisogni di salute della comunità;
- implementazione di interventi sistematici, con il coinvolgimento di specifici gruppi di popolazione (es. rivolti al cambiamento degli stili di vita o al miglioramento delle condizioni di vita);
- monitoraggio dell’impatto di tali interventi, per verificare i risultati raggiunti in termini di salute della popolazione.

Il compito di definire le priorità e di stabilire la pianificazione strategica deve essere assunto da un team misto di operatori delle Cure primarie e di rappresentanti della comunità.

La *Community-oriented primary care* (Copc) in questo senso integra l’approccio verso l’individuo con quello verso la popolazione, combinando le abilità cliniche del medico di famiglia con l’epide-

miologia, la medicina preventiva e la promozione della salute.

Uno degli indicatori del cattivo funzionamento delle Cure primarie è l’affollamento del Pronto soccorso.

Negli Usa, dove le Cure primarie sono generalmente poco sviluppate, il sovraffollamento degli *Emergency Department* è un problema quotidiano e in continua crescita (42 accessi per 100 abitanti l’anno, rispetto ai nostri 38 accessi per 100 abitanti l’anno). La questione è stata recentemente discussa in una commissione del Senato americano (*Health, Education, Labor and Pensions Committee Subcommittee on Primary Health and Aging*), il cui documento conclusivo si intitola *Nonurgent Use of Hospital Emergency Departments*²⁵. Anche i Pronto soccorso americani sono ingolfati per richieste d’intervento che non hanno le caratteristiche dell’urgenza (il 29% del totale degli accessi). Ciò non è dovuto – come sottolinea la commissione – al frequente ricorso delle persone non assicurate a questo presidio, come ingiustamente si vuol fare credere; questo problema esiste ma spiega solo in piccola parte le ragioni del sovraffollamento. La grande maggioranza di quel 29% che usa in maniera inappropriata il Pronto soccorso sono cittadini normalmente assicurati e con la possibilità di accedere al proprio medico di famiglia (*primary care physician*). Anche qui il dito è puntato sul malfunzionamento delle Cure primarie.

Gli Usa hanno un sistema sanitario molto frammentato in una molteplicità di organizzazioni, non tutte affette dagli stessi problemi. Un esempio di buon funzionamento è senz’altro rappresentato dall’organizzazione Kaiser Permanente (KP) che assicura e insieme fornisce l’intera gamma di prestazioni sanitarie – dalle Cure primarie all’ospedale – ai propri assistiti, non ha problemi di sovraffollamento al Pronto soccorso, pur avendo un numero molto limitato di posti letto (1 per 1000 assistiti, contro il nostro 3,8 per 1000).

La ricetta di Kp per evitare visite inappropriate al

Pronto soccorso e ricoveri superflui in ospedale è frutto di un lavoro ultradecennale di elevato management sanitario e si compone dei seguenti elementi.

Gli Office di Kp sono strutture dove lavorano da 20 a 40 medici di famiglia, riuniti in gruppi di 4-5 unità. Ogni medico ha in media 2500 assistiti ma dispone di un medical assistant a cui sono affidate funzioni burocratico-amministrative e di gestione dei registri dei pazienti.

Gli assistiti scelgono, oltre al medico di fiducia, anche un infermiere di famiglia (*nurse practitioner*). All'interno degli Office lavorano vari specialisti, a disposizione per consulti anche rapidi con i medici di famiglia, e sono presenti generalmente un laboratorio di analisi, diagnostica per immagini e una farmacia. Di notte e nei festivi è attiva un'unità per le urgenze con il supporto di mezzi diagnostici.

Va notato che l'intera organizzazione, dai medici di famiglia agli infermieri, agli specialisti, è impegnata nella sanità d'iniziativa, nella prevenzione degli scompensi e degli aggravamenti delle malattie croniche, una delle principali cause di ricorso al Pronto soccorso.

Tutti i medici di Kp (medici di famiglia, specialisti e ospedalieri) hanno un rapporto esclusivo con l'organizzazione e sono selezionati anche sulla base di un codice etico.

Kp dispone di uno dei più evoluti sistemi informatici sanitari (*Health Connect*) che consente rapidissimi collegamenti tra i vari attori del sistema, ospedali compresi, e fornisce ai pazienti (col sottosistema *My Health Manager*) un'enorme quantità di servizi internet (tra cui richiedere ripetizioni di ricette, ricevere le risposte di esami clinici, inviare e ricevere e-mail al e dal proprio medico, collegarsi in video conferenza col team assistenziale).

Da quanto esposto emerge che il rinnovamento (necessario e non più procrastinabile) delle Cure primarie (anche in Italia) passa per il riconoscimento e la messa in pratica di alcuni fondamentali punti:

1. l'epidemia di malattie croniche richiede strategie d'intervento che solo le Cure primarie sono in grado di garantire;
2. l'applicazione di tali strategie richiede un'organizzazione di Cure primarie profondamente rinnovata dal punto di vista delle strutture e della gestione, della programmazione e del controllo;
3. l'assistenza clinica – medicina di famiglia, assistenza infermieristica e riabilitativa, attività specialistiche – deve organizzarsi in team multi-professionali e multi-disciplinari, con modalità proattive e centrate sulle persone, garantendo il necessario coordinamento dell'assistenza e la continuità delle cure;
4. i pazienti devono essere coinvolti nei processi assistenziali attraverso il più ampio accesso alle informazioni, il *counselling* e il supporto all'autocura;
5. l'organizzazione in team multi-professionali e multi-disciplinari necessita di infrastrutture edilizie adeguate (es. Case della salute) in grado di fornire un'adeguata/appropriata attività diagnostica di primo livello;
6. l'attività dei team multi-professionali e multi-disciplinari deve avvenire all'interno di organizzazioni territoriali (distretti) che hanno il compito di realizzare la componente *expanded* del Ccm e di promuovere le attività *community oriented*.

L'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E LA SFIDA DELLE MALATTIE CRONICHE

Afferma Margaret Chan, direttore dell'Oms: "Le malattie croniche sono in forte crescita, spinte come sono da forze potenti e universali come la rapida urbanizzazione e la globalizzazione di stili di vita nocivi. Lasciate senza controllo queste malattie divorano i progressi dello sviluppo economico e cancellano i benefici della modernizzazione. (...) Le malattie croniche assestano un doppio colpo allo sviluppo: causano perdite di miliardi di dollari al reddito nazionale e spingono milioni di persone al di sotto della soglia di

povertà. (...) Oggi molte delle minacce che contribuiscono alla diffusione delle malattie croniche provengono dalle compagnie multinazionali (del cibo, del tabacco, ndr) che sono grandi, ricche e potenti, guidate da interessi commerciali e assai poco interessate alla salute della popolazione²³. Scrive *Lancet*: “Le malattie croniche – in particolare le malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie croniche ostruttive – sono globalmente trascurate, nonostante la crescente consapevolezza del peso sulla salute che esse provocano. Le politiche nazionali e globali hanno fallito nel contrastarle e in molti casi hanno contribuito a diffonderle. Esistono soluzioni molto efficaci e a basso costo per la prevenzione delle malattie croniche; l’incapacità di adottarle è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico”²⁷.

Oggi è sempre più chiaro che intorno alla questione delle malattie croniche si gioca in primo luogo la salute di centinaia di milioni di persone e subito dopo la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari. Il problema, come afferma *Lancet*, è in primo luogo politico. Pensare di contenere la spesa sanitaria attraverso risparmi/riduzioni degli sprechi (leggi *spending review*) mantenendo lo stesso modello di organizzazione sanitaria (essenzialmente clinico-ospedaliera) e senza contrastare gli interessi “patogeni” delle multinazionali del cibo, del tabacco e del farmaco – è come cercare di svuotare il mare con un secchiello.

Le soluzioni tecniche non mancano, e tra l’altro sono efficaci e relativamente poco costose, come descritto in numerosi documenti internazionali, tra cui quelli recenti pubblicati su *Lancet*^{28,29}. Queste richiedono un netto cambiamento del modello di organizzazione sanitaria, più orientata alla prevenzione, centrata sulla persona, basata sulle Cure primarie e sulla sanità d’iniziativa: un modello molto simile all’*extended chronic care model* e alla *community-oriented primary care*. Ma tutto ciò non basterà senza scelte politiche coraggiose nel campo dei determinanti sociali ed economici di

salute, a partire dalla lotta alla povertà e alle disuguaglianze sociali fino al controllo del commercio (dalla pubblicità alla distribuzione) dei prodotti nocivi per la salute.

BIBLIOGRAFIA

- 1 The World Health Report 2008: *Primary Health Care, Now More Than Ever*. Geneva: WHO, 2008.
- 2 Delbanco T, Berwick DM, Boufford JL, Edgman-Levitan S, Ollenschlger G, Plamping D, Rockefeller RG, *Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me*, *Health Expectations* 2001, 4, pp.144-150.
- 3 Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM, *A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care*, *J GEN INTERN MED* 2005; 20:953-957.
- 4 Machteld Huber et al. *How should we define health?* *BMJ* 2011;343:d4163.
- 5 Editorial. *What is health? The ability to adapt*. *Lancet* 2009; 373: 781.
- 6 Doshi JA, Polsky D, Chang VW, *Prevalence and trends in obesity among aged and disabled U.S. Medicare Beneficiaries 1997-2002*, *Health Affairs* 2007; Vol. 26; N. 4, 1111-17.
- 7 Olshansky SJ et al, *A potential decline in life expectancy in the United States in 21st century*, *N Engl J Med* 2005; 352: 1138-45.
- 8 Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemström Ö, Valkonen T and Kunst AE, *Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries*, *International Journal of Epidemiology* 2003;32:830-837.
- 9 Whitehead M & Dahlgren G, *Levelling up (part I & part 2): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health - WHO – Europe*, Copenhagen, 2006, www.euro.who.int.
- 10 Vuori H, *Health for All, Primary Health Care and General Practitioners*, *Journal of the Royal College of General Practitioner*, 1986, 36, 398-402.
- 11 Starfield B et al, *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 3, 2005 (pp. 457-502).
- 12 Macinko J, Starfield B, Shi L, *The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998*, *Health Serv Res* 2003; 38:831-65.
- 13 Atun R. (2004) *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- 14 <http://www.improvingchroniccare.org/>.
- 15 World Health Organization, *Innovative care for chronic conditions*, Building blocks for action, 2002, Geneva.
- 16 [http://www.bma.org/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFQOF2006/\\$FILE/Quality+and+outcomes+framework+guidance+-+Feb+2006.pdf](http://www.bma.org/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFQOF2006/$FILE/Quality+and+outcomes+framework+guidance+-+Feb+2006.pdf).

- 17 Nolte E, McKee M, Knai C, *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*” European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- 18 Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D, *Managing chronic disease. What can we learn from the US experience?*, King's Fund, January 2004.
- 19 Maciocco G, Salvadori P, Tedeschi P, *Le sfide della sanità americana. La riforma di Obama. Le innovazioni di Kaiser Permanente*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2010.
- 20 Feachem RGA, Sekhri NK, White KL, *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente*, BMJ 2002; 324:135-43.
- 21 Ham C, York N, Such S, Show R, *Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data*, BMJ 2003; 327: 1257-62.
- 22 Light D, Dixon M, *Making the NHS more like Kaiser Permanente*, BMJ 2004; 328:763-5.
- 23 Barr UJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, *The Expanded Chronic Care Model*, Hospital Quarterly 2003; Vol.7, No 1, 73-82.
- 24 De Maeseneer J et al., *Primary health care as a strategy for achieving equitable care, a literature review commissioned by Health Systems Knowledge Network*, WHO, March 2007.
- 25 Peter Cunningham, *Nonurgent Use of Hospital Emergency Departments, Hearing on -Diverting Non-urgent Emergency Room Use: Can It Provide Better Care and Lower Costs?* US Senate, May 11, 2011.
- 26 Chan M. *The rise of chronic noncommunicable diseases: an impending disaster. Opening remarks at the WHO Global Forum: Addressing the Challenge of Noncommunicable Diseases*, Moscow, Russian Federation, 27 April 2011.
- 27 Geneau R et al. *Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process*. Lancet 2010; 376: 1689-98.
- 28 Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. *Priority actions for the non-communicable disease crisis*. Lancet. 2011; 377:1438-47.
- 29 De Maeseneer J et al, *Tackling NCDs: a different approach is needed*, Lancet 2012; 379: 1860-61.

Obiettivi Prioritari di Piano sanitario nazionale e Progetti regionali*

20

I QUADERNI DI **MOXIOR**

di **Paolina Caputo**

Direzione Generale Programmazione Sanitaria, Ministero della salute

L'art. 32 della Costituzione scolpisce una tavola dei diritti nitida, essenziale ed imperiosa, priva di ombre interpretative, aperta solo al faticoso processo democratico necessario a darvi attuazione concreta.

Nel tempo sono nati i vari sistemi mutualistici che, sia pur con marcate disuguaglianze, hanno dato una prima risposta ai diritti dei cittadini fino all'istituzione del Servizio sanitario nazionale (Legge 23 dicembre 1978 n.833), che è diventato il pilastro intorno al quale ruota oggi il tema della salute.

La riforma del Titolo V, parte II della Costituzione, avvenuta con la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, ha formalizzato la tendenza alla regionalizzazione che l'evoluzione del Ssn ha assunto progressivamente a partire dagli anni Settanta con l'istituzione delle Regioni, spostandone l'asse di riferimento dal livello statale a quello regionale. La terminologia utilizzata nel nuovo art. 117 Cost. riprende, peraltro, quella utilizzata nell'art. 32 Cost., il quale costituisce il fondamento costituzionale del riconoscimento del diritto alle cure ed all'assistenza sanitaria, dal momento che esso attribuisce alla Repubblica il dovere di tutelare la salute *“come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività”*. Si tratta di previsioni che si pongono su piani differenti, anche se interdipendenti, in quanto la prima in-

dica un obiettivo che deve essere perseguito a livello legislativo ed esecutivo, mentre la seconda definisce l'oggetto in relazione al quale è rimesso allo Stato il compito di formulare i principi fondamentali ed alle Regioni quello di definire la relativa disciplina di dettaglio.

In questo modo, lo Stato ha dismesso i panni di pianificatore, organizzatore e gestore dei servizi sanitari per indossare quelli più consoni di garante del diritto alla salute di ogni cittadino e della qualità dei servizi ad esso resi, mantenendo la competenza legislativa esclusiva nel definire i Livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 117, co. 2, lettera m) della Costituzione, e la cornice strategica del sistema, nonché delegando alle Regioni la definizione e l'attuazione delle linee di politica sanitaria nel rispetto di tali cornici.

È in questo mutato clima istituzionale che viene approvato il Piano sanitario nazionale 2003-2005, con il Dpr 23/5/2003, che costituisce il primo progetto per la salute condiviso con le Regioni e da attuarsi attraverso un'azione sinergica ed interattiva con esse.

Momento innovativo di questo piano è l'enucleazione al suo interno di alcuni obiettivi, da finanziare con una quota del Fondo sanitario nazionale, che si considerano strategici e prioritari, in grado cioè di pilotare il Ssn verso target di prestazioni sempre più elevate ed uniformi su tutto

* Finanziati con risorse dedicate ex art. 1 co. 34 Legge 662/1996 e successive modifiche e integrazioni

il territorio nazionale sia in termini di efficacia e di efficienza sia di qualità.

Per il perseguimento di questi obiettivi, le Regioni presentano specifici progetti sulla scorta di indirizzi elaborati dal Ministero della salute d'intesa con la Conferenza permanente tra lo Stato e le Regioni e formalizzati attraverso un Accordo. Per il loro finanziamento l'art.1 co. 34 e 34 bis della legge 23/12/96 n. 662 (legge finanziaria 2007) autorizza il Cipe a vincolare una quota del Fsn ai suddetti fini (co.34) e definisce le regole per potervi attingere (co. 34 bis come modificato dall' art. 79 co.1 quater D.L. 23/6/08 n. 112 convertito nella legge 6 agosto 2008 n. 133).

Il meccanismo appare a prima vista alquanto laborioso, ma in realtà consiste in un dialogo continuo tra due attori principali (Ministero della salute e Conferenza Stato-Regioni) articolato in due momenti distinti e successivi.

In una prima fase, sulla scorta di proposte specifiche del Ministero, essi sottoscrivono un Accordo Stato-Regioni contenente gli indirizzi a cui si ispireranno i progetti regionali ed un'Intesa relativa al riparto regione per regione della quota del Fsn vincolata presso il Cipe.

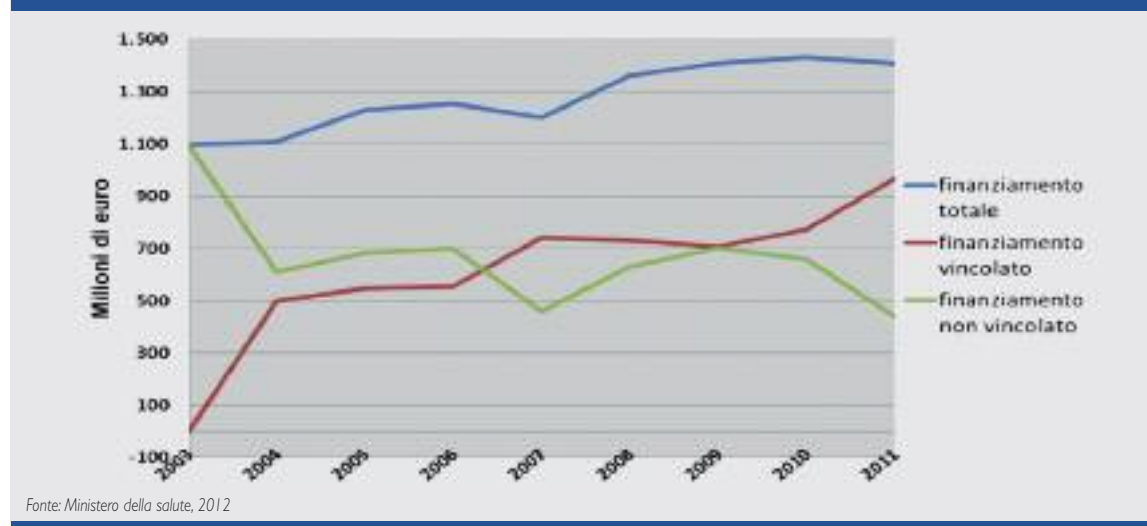
Al fine di agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34 del citato art. 1, per effetto della modifica intervenuta con il D.L.

23/6/08 n. 112, "il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni".

Le Regioni, pertanto, sottopongono i loro progetti ad un'istruttoria presso il Ministero della salute che, al termine, invia alla Conferenza Stato-Regioni le proprie motivate proposte di ammissione al finanziamento, sulla base delle quali la Conferenza emana una delibera da sottoporre al Cipe per la liquidazione della quota residua.

L'importanza che è stata attribuita ai progetti per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Psn, quale strumento di maggiore equità ed uniformità di prestazioni su tutto il territorio nazionale ed al contempo quale motore di progresso del sistema, è testimoniata anche dagli ulteriori 60,5 milioni/anno previsti per il triennio 2007-2009 dalla legge 27.12.2006 n. 296 (legge finanziaria 2007) art. 1 co. 805-806-807, ed erogati a titolo di cofinanziamento per iniziative regionali coerenti

FIGURA 1 - Vincoli sul finanziamento totale



con linee guida ministeriali sostanzialmente identiche, quando non sovrapponibili, agli indirizzi prefissati per i primi.

A partire dal 2003, primo anno di applicazione, fino all'anno 2011, alle Regioni sono stati assegnati complessivamente 11,5 miliardi, ma per le linee progettuali ritenute più importanti tra quelle di anno in anno individuate (o riconfermate) sono stati fissati precisi vincoli economici (una cifra prefissata o una quota percentuale minima del finanziamento complessivo accordato a ciascuna Regione), mentre per le altre è stata lasciata libertà di allocazione delle risorse residue (fig.1). Così, dalla totale assenza del 2003, le quote vincolate sono cresciute progressivamente negli anni con il crescere delle problematiche, e, quindi, delle linee su cui indirizzare lo sforzo progettuale delle Regioni (fig. 1 e 2).

Purtroppo, al trend di crescita degli impegni (vincolati, ma anche non vincolati) non fa riscontro analoga crescita delle risorse finanziarie messe a disposizione (come si evince dalle citate figure) fondamentalmente in relazione alla situazione economico-finanziaria del Paese.

Si pone, pertanto, ancora una volta l'antico dilemma tra l'assegnazione di risorse, sempre più scarse, su molte iniziative o la concentrazione su un ristretto numero di temi di comprovata rile-

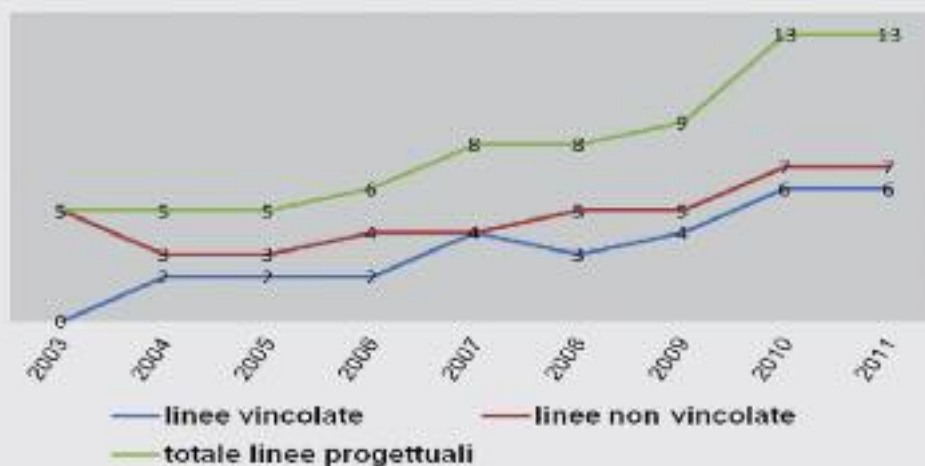
vanza dando loro un più ampio respiro finanziario.

In ogni caso, fin dal 2003, le "Cure primarie" è stata la linea di indirizzo sempre riconfermata e predominante sia per la rilevanza del vincolo finanziario ad essa collegato (il 39% della quota complessiva del cofinanziamento e non meno del 25% del finanziamento complessivo attribuito), sia per la lusinghiera risposta progettuale delle Regioni.

Alle "Cure primarie", infatti, è sempre stato attribuito il ruolo di "strumento fondamentale per promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari con lo scopo di mettere a punto forme di assistenza in grado di ridurre sempre più gli accessi impropri alle strutture di emergenza". In altri termini, il territorio è divenuto sempre più il principale attore di un'assistenza ravvicinata e capillare in grado non solo di allentare un'impropria (e costosa) pressione su Pronto soccorso ed ospedali, ma capace anche (e, spesso, soprattutto) di dimostrare al cittadino il volto solidale della sanità proprio nello spirito del già citato art. 32 della Costituzione.

La figura 3 testimonia come da un lato l'accogliimento di questa linea da parte delle Regioni sia stato ben superiore alle aspettative (con investimenti sempre superiori al 25% imposto come

FIGURA 2 - Numero linee progettuali

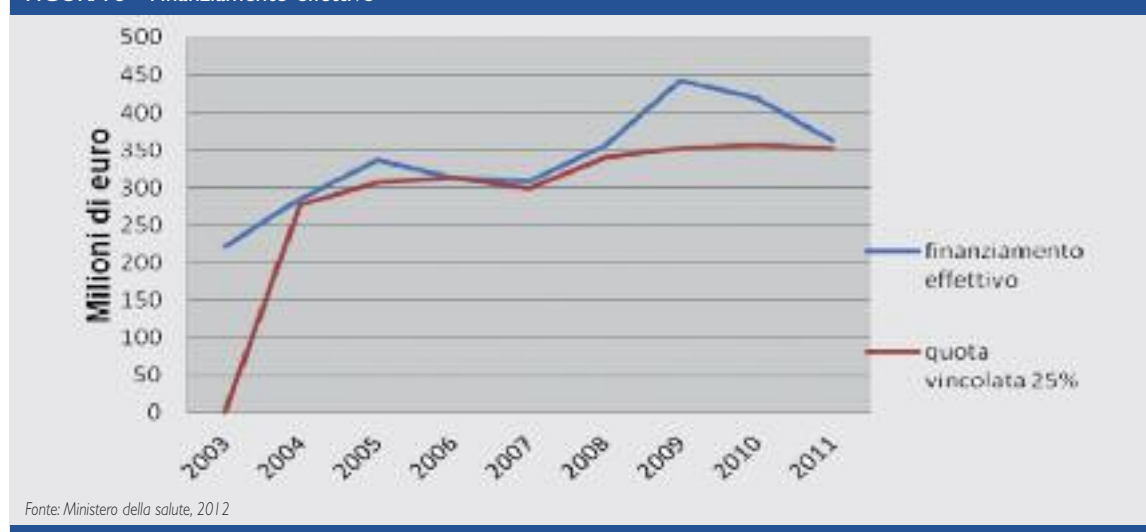


Fonte: Ministero della salute, 2012

quota minima) e dall'altro la brusca diminuzione, dopo il 2009, dell'impegno di spesa, figlia dell'azione combinata tra la contrazione delle risorse disponibili e l'aumento delle linee progettuali con risorse vincolate. È un trend tanto più preoccupante quanto più lusinghieri sono stati i risultati raggiunti sul tema in questione per l'anno

2009, che l'Agenas, in collaborazione con il Ministero della salute, ha potuto monitorare e che le stesse Regioni protagoniste hanno potuto con soddisfazione presentare nel Convegno tenutosi a Roma in occasione del Sanit 2012 su "Assistenza primaria, assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso".

FIGURA 3 - Finanziamento effettivo



BOX I - Macrotappe del processo evolutivo per l'implementazione dell'assistenza h24

2003-2006	Sperimentazione di forme evolutive delle varie tipologie della medicina di gruppo
2007-2008	Sperimentazione della "Casa della salute" e modelli organizzativi diretti alla riduzione degli accessi impropri al PS e al miglioramento della rete assistenziale territoriale
2009-2011	Progetti operativi di "assistenza sanitaria in h24" e Accordo integrativo 27 luglio 2011: "Continuità delle cure in un sistema integrato: modelli organizzativi I18 e C.A."

*pazienti di cui si è accertato un restringimento del tratto intestinale prima dell'esecuzione della VCE

Sistema di emergenza-urgenza: appropriatezza nell'utilizzo dei servizi di primo contatto

24

I QUADERNI DI **MOEJIOR**

di **Angela Panuccio**

Direzione Generale Programmazione Sanitaria, Ministero della salute

Il sistema di emergenza-urgenza sanitaria costituisce un punto nodale del Servizio sanitario nazionale (Ssn) in quanto attraverso le sue componenti si realizza quel rapporto tra l'ospedale e il territorio che consente di affrontare gli eventi sanitari che necessitano di un ricorso immediato alle cure mediche e/o chirurgiche. Esso svolge, pertanto, un ruolo fondamentale nell'ambito del servizio sanitario pubblico, rispondendo da un lato all'immediato bisogno di assistenza sanitaria della popolazione, dall'altro ponendosi come un importante filtro ai ricoveri ospedalieri si configura come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero servizio sanitario.

È un sistema che possiamo definire composito per la complessità delle prestazioni sanitarie e delle competenze specialistiche, per la molteplicità delle figure professionali e tecnico-sanitarie che vi operano, per la variabilità dei processi e dei risultati. È, inoltre, un vero e proprio sistema a rete integrato tra i vari servizi territoriali e ospedalieri che erogano le prestazioni tra i diversi operatori (ospedalieri e territoriali: le associazioni di volontariato e i diversi Enti istituzionali) che operano nell'emergenza, tutti tra loro cooperanti nel raggiungimen-

to di un obiettivo comune: garantire l'omogeneità e la continuità degli interventi assistenziali effettuati in situazioni di emergenza/urgenza.

Il Sistema territoriale 118 e il Pronto soccorso/ Dipartimento di emergenza accettazione (PS/Dea) sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria. Il Sistema territoriale 118, costituito dalle centrali operative 118 e dai mezzi di soccorso, opera nella fase di "allarme" garantendo il coordinamento delle attività di soccorso per assicurare, 24 ore al giorno, l'intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, assicurando il tempestivo trasporto del paziente alla struttura più appropriata.

Il PS/Dea opera nella fase di "risposta", per garantire l'assistenza necessaria attraverso l'inquadramento diagnostico del paziente, l'adozione di provvedimenti terapeutici adeguati, l'osservazione clinica, l'eventuale ricovero del paziente. Nella fase di risposta, la rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati, è rappresentata da Ospedali sede di Pronto soccorso, ospedali sede di Dea di I livello e ospedali sede di Dea di II livello.

Nel nostro Paese il sistema di emergenza-urgenza ha raggiunto in questi ultimi anni un livello di efficienza elevato tale da essere considerato a tutti gli effetti un punto di forza del Ssn.

La rete dell'emergenza-urgenza sanitaria, così come delineata dal Dpr emanato nel '92, ha sicuramente portato al miglioramento della risposta sanitaria in emergenza-urgenza ed aumentato la cultura e l'attenzione sullo stesso sia da parte degli operatori sanitari sia da parte dei cittadini fruitori di tale sistema. L'attivazione del numero 118, numero unico per l'emergenza sanitaria adottato gradualmente su tutto il territorio nazionale a partire dal 1992, sta ad indicare l'evoluzione di un sistema che, fino a pochi anni fa, era lontano dalla cultura tradizionale del Ssn, rivolta classicamente all'urgenza intraospedaliera. Ad oggi, quello che risulta dall'esperienza è che a quasi vent'anni dall'istituzione del 118, ci sono certamente buoni risultati non solo nell'attività "ordinaria" di istituto, ma anche nella gestione delle maxiemergenze e delle catastrofi. Sicuramente alla base dei buoni risultati ottenuti c'è una forte motivazione e coinvolgimento degli operatori a tutti i livelli. Un notevole contributo, in particolare, è stato dato dalla "componente volontariato" molto presente in alcune realtà regionali, che ha sicuramente dato un impulso all'avvio ed al consolidamento del sistema. Tra le diverse reti assistenziali quella dell'emergenza-urgenza rappresenta uno dei primi esempi di percorso assistenziale integrato e riveste un ruolo particolare per le sue interconnessioni con le altre reti ad alta complessità (trauma, cardiologica, cerebrovascolare, grandi ustioni). Negli anni passati lo sforzo maggiore è stato quello di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza dei diversi servizi, mentre in questi ultimi anni molto si sta facendo per realizzare l'integrazione tra i servizi, al fine di garantire la continuità assistenziale in tutto il percorso del paziente.

Il sistema di emergenza territoriale rappresenta comunque un servizio giovane con un'organizzazione eterogenea ma, a distanza di 20 anni dall'istituzione, emergono anche elementi di criti-

cità nell'organizzazione del Sistema stesso, che ci inducono ad una riflessione e ad una rivisitazione/aggiornamento per renderlo più efficiente ed omogeneo. Il sistema, infatti, nonostante l'importanza del ruolo svolto e delle cospicue risorse utilizzate in termini di uomini e mezzi, si presenta ancora frazionato nei singoli ambiti regionali e spesso risulta utilizzato in modo non appropriato con chiamate al numero 118 non motivate da necessità sanitarie, utilizzo improprio del pronto soccorso, inappropriata di alcune prestazioni. Basti pensare come, nel corso degli anni, la numerosità degli accessi al Pronto soccorso sia progressivamente aumentata (380 accessi al PS per 1000 ab.) determinando spesso situazioni di sovraffollamento delle strutture e disagi per gli utenti. L'inappropriatezza risulta evidente ove si consideri che solo ad una ridotta proporzione di accessi in PS segue il ricovero ed un'elevata proporzione di casi presenta problemi non gravi o urgenti, trattabili in modo efficace in altre strutture o con modalità alternative. Le cause di eccessivo ricorso del cittadino al PS sono dovute:

- al crescente bisogno di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali;
- alla convinzione di ottenere un inquadramento clinico terapeutico migliore e in tempi brevi;
- al ruolo di rete di sicurezza rappresentato dal PS;
- alla non conoscenza del compito affidato ai servizi di emergenza-urgenza;
- al modello organizzativo della medicina territoriale non sempre adeguato alle esigenze del cittadino.

Questo determina lunghe attese per i cittadini, elevata pressione sul personale sanitario, disagi e difficoltà nello svolgimento di attività sui pazienti a maggiore criticità, incremento rilevante dei costi.

CONTESTO ATTUALE: NUOVI BISOGNI, CRITICITÀ

Bisogna tenere conto che i bisogni sanitari della popolazione sono mutati perché è mutato il quadro epidemiologico; infatti, l'aumento della do-

manda complessiva di salute, l'evoluzione tecnologica i cambiamenti demografici e sociali in corso, come l'invecchiamento della popolazione, l'incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative, una migliore aspettativa di vita, determinano la necessità di presa in carico del cittadino durante l'intero arco della vita e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie dei paesi a sviluppo economico più avanzato. Per rispondere ai nuovi bisogni è necessario avviare un riassetto del "sistema" di domanda/offerta, attivare nuove forme assistenziali, promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. Le due componenti del sistema sanitario, quello ospedaliero e quello territoriale, devono essere in grado di affrontare tutti i problemi connessi all'invecchiamento della popolazione e alla crescente prevalenza delle malattie croniche. Ma allo stato attuale, mentre l'ospedale si è specializzato ed evoluto anche dal punto di vista tecnologico, l'attuale rete dei servizi territoriali è caratterizzata ancora da una consistente frammentazione dei soggetti gestori, da risposte spesso parcellizzate, non integrate e riferibili ad enti e risorse diverse, da ulteriore differenziazione delle competenze attuative, regionali e locali.

Il Pronto soccorso è diventato, così, per i cittadini punto prevalente di riferimento anche per le richieste che dovrebbero essere erogate da altri servizi socio assistenziali.

LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE. INIZIATIVE AVVIATE

I documenti di indirizzo emanati e l'individuazione di fondi dedicati per rispondere ai nuovi bisogni e garantire una presa in carico del cittadino dimostrano che l'attenzione della programmazione sanitaria in questi ultimi anni è sempre stata alta su questo tema.

Con lo strumento dei Piani sanitari nazionali e degli Accordi sugli obiettivi di Piano sono stati promossi nuovi modelli erogativi a livello territo-

riale per rispondere in tal modo ai bisogni di salute dei cittadini nelle 24 ore e 7/7 giorni, garantendo la continuità delle cure, la presa in carico e l'integrazione tra i servizi. In attuazione agli obiettivi prioritari di Psn, nel 2009 sono state predisposte le "linee guida per progetti sperimentali inerenti modalità organizzative per garantire l'assistenza in h24, per la riduzione degli accessi impropri al PS e miglioramento della rete assistenziale". I modelli individuati, intendono fornire al cittadino la chiara identificabilità di un luogo ad accesso territoriale che garantisca la continuità dell'assistenza h24.

Il documento di Linee guida è stato recepito e riproposto negli accordi e decreti relativi agli obiettivi di piano, linea Cure primarie, per l'anno 2009, 2010 e 2011 e al cofinanziamento, linea Casa della salute per il 2008 e 2009. In continuità con tale linea e, sempre in previsione di un sistema integrato che possa rispondere ai bisogni della popolazione h24, ad integrazione dell'Accordo 20 Aprile 2011, è stata prevista la linea di indirizzo finalizzata alla "Continuità delle cure in un sistema integrato: modelli organizzativi 118 e Continuità assistenziale" con l'obiettivo di realizzare in una logica di rete l'integrazione delle strutture, dei servizi e figure professionali del territorio, Mmg, Pls e Mca, con le strutture e le professionalità del sistema di emergenza. In tale ambito sono previsti tre modelli organizzativi che mirano ad integrare i due servizi al fine di prendere in carico e indirizzare verso il percorso più idoneo i pazienti che accedono telefonicamente ai servizi, anche raccordandosi con i Mmg e le loro organizzazioni. Allo scopo di rendere efficace e sostenibile l'integrazione tra i servizi della Continuità assistenziale (Ca ex Guardia Medica) e del sistema di emergenza, si rende indispensabile la centralizzazione delle chiamate di Ca su un numero unico regionale, sul modello di quanto già avvenuto per il 118, e ove possibile appare opportuno collocare in un'unica sede le postazioni territoriali afferenti alla Ca e quelle del servizio territoriale di emergenza per garantire una maggiore integrazione tra i due servizi.

Con i modelli proposti si intende fornire da un lato risposte a situazioni sanitarie urgenti o, comunque, percepite dal cittadino come tali e dall'altro costituire dei punti di riferimento per l'assistenza territoriale.

LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE: ULTERIORI INIZIATIVE IN CORSO

- *Tavolo misto, Ministero-Regioni-Agenas, per la riorganizzazione del sistema emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale:* con la finalità di trovare soluzioni assistenziali per la gestione dei codici bianchi e verdi in alternativa al PS, è stato attivato presso la Programmazione sanitaria un tavolo di lavoro che ha elaborato un documento, allegato alla proposta di Accordo Stato Regioni, sulla "riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" con il quale si forniscono indicazioni utili a favorire un armonico sviluppo di tutti i servizi sanitari, realizzare una forte integrazione tra gli stessi, fornire una risposta completa ed efficiente al cittadino per una presa in carico globale della persona.
- *Campagna informativa:* nella convinzione che una corretta informazione sulle possibilità di assistenza permetta ai cittadini di scegliere i servizi più adeguati ai propri bisogni, contribuendo così a migliorare l'efficacia dei servizi stessi, il Mi-

nistero in collaborazione con l'Agenas ha avviato la prima campagna informativa nazionale sul "Corretto utilizzo dei servizi di emergenza" che si prefigge l'obiettivo di promuovere l'informazione riguardo ai diversi servizi disponibili in caso di emergenza-urgenza, a come si possa accedere a ciascuno di essi e quale sia meglio contattare a seconda delle necessità.

- *Monitoraggio delle regioni sottoposte a piani di rientro:* molta attenzione viene riservata alle Regioni (10) che hanno programmato nel periodo di riferimento (dal 2007 ad oggi) interventi di ristrutturazione dei Sistemi di emergenza-urgenza, anche se con caratteristiche differenti in funzione della specifica situazione, rivisitando la rete territoriale ed ospedaliera in termini di nodi, percorsi, governance. Alcune Regioni (Piemonte, Calabria e Abruzzo) hanno programmato interventi anche nell'ambito della Ca e previsto modelli organizzativi territoriali per h24 (Ppi, Pta) contestualmente alla riconversione/chiusura di ospedali.

La riorganizzazione dei servizi di emergenza e dell'assistenza territoriale comunque è un processo complesso e importante che vedrà costantemente impegnato il Ministero per realizzare integrazione, qualità e continuità dell'assistenza con particolare attenzione ad invertire il modello tecnologico di salute centrato sull'ospedale a favore del modello preventivo-territoriale centrato sulla medicina di base.

I processi di riorganizzazione della rete della emergenza-urgenza nelle Regioni in Piano di rientro

28

I QUADERNI DI **MOX**

di Francesco Enrichens

Medico Chirurgo, Membro dell'American College of Surgeons (FACS)
Esperto Agenas Emergenza Sanitaria

Il monitoraggio dei Piani di rientro delle Regioni in disavanzo costituisce per l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) uno degli obiettivi indicati negli indirizzi della Conferenza Unificata del 20 settembre 2007; in riferimento a tale attività, il Ministero della salute ha affidato ad Agenas il compito tecnico di affiancare le Regioni in Piano di rientro. Tale esperienza ha permesso agli esperti coinvolti di formulare modelli e proposte di attuazione dei Piani di rientro sempre più ricche di contenuti e di concrete soluzioni, attraverso un percorso bottom-up che ha visto impegnate risorse umane del settore sia a livello regionale sia nazionale.

Il cambiamento del quadro istituzionale determinato dalla modifica del Titolo V della Costituzione, attribuisce alle Regioni responsabilità della pianificazione e del governo della sanità, mentre allo Stato spetta la missione di “garanzia della salute”. I Patti per la salute per gli anni 2006-2009 e 2010-2012 hanno indicato gli obiettivi di miglioramento delle capacità di servizio del settore sanitario e socio-sanitario e di miglioramento della qualità dell'assistenza in un quadro di convergenza tra le diverse regioni italiane. L'evoluzione degli strumenti di finanziamento, con l'eventualità di commissariamenti nel caso di sforamenti

sostanziali, evidenzia, in modo ancora maggiore, la necessità per la singola Regione di dotarsi di un'organizzazione e di strumenti per governare il proprio sistema sanitario.

Il mancato incremento di risorse finanziarie del sistema e l'aumento della quantità e della qualità della domanda di prestazioni sanitarie causano, all'interno delle singole aziende sanitarie dei conflitti che non possono essere risolti con piccoli interventi di risparmio, ma che richiedono interventi strutturali e il coinvolgimento dell'intero sistema sanitario regionale.

A fronte di tale evoluzione, pertanto, la Regione deve rafforzare la propria capacità di effettuare interventi sistematici e strutturali. Tuttavia, la necessaria razionalizzazione della rete degli ospedali e delle strutture complesse in essi operanti va considerata come uno strumento di miglioramento complessivo del sistema sanitario regionale ma, nello stesso tempo, non deve penalizzare i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino.

Il mondo dell'emergenza-urgenza è difficile da rappresentare e tradurre nella sua complessità ai decisori politici e alle strutture Commissariali e Sub-Commissariali. È innegabile, però, che l'emergenza territoriale 118 e ospedaliera – intesa come rete dei Dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione (Dea) dei Pronto soccorso – è ca-

ratterizzata da innovazioni virtuose in tema di riorganizzazione e di efficienza sia in campo professionale sia tecnologico.

L'emergenza-urgenza è, un momento critico per l'intero sistema sanitario e per tale motivo è necessario prevedere un percorso che, partendo da una dislocazione di punti di soccorso e punti di accesso alla rete dell'emergenza-urgenza necessariamente molto capillare sul territorio, si basi su un'organizzazione in grado di valutare in qualunque momento della giornata le condizioni cliniche di un paziente, di portarlo nel setting assistenziale più idoneo per il trattamento della patologia di cui soffre e di prenderlo in carico, anche in una possibile situazione di pericolo di vita, sottoponendolo ad accertamenti e terapie non programmati, grazie ad una serie di capacità diagnostiche e terapeutiche disponibili nelle 24 ore giornaliere.

Attualmente la situazione della rete ospedaliera è diversa da regione a regione e si registrano talvolta risposte disomogenee anche in diversi territori di uno stesso ambito regionale. Nelle Regioni in Piano di rientro si individuano gravi squilibri tra la risposta ospedaliera e quella territoriale, con tassi di ospedalizzazione talora superiori a 200 per 1000; il Programma nazionale esiti (Pne) dell'Agenas ha, però, evidenziato come questi problemi siano presenti, a macchia di leopardo, anche in alcune Regioni non in Piano di rientro.

La razionalizzazione della rete degli ospedali e delle strutture complesse in essi operanti – come dettata anche dalle esigenze della Spending Review di cui alla legge 7 agosto 2012, n. 135 che fissa al 3 per 1000 i posti letto per acuti e allo 0,7 per 1000 quelli per postacuti con tasso di ospedalizzazione del 160 per 1000 – non deve, però, penalizzare i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino e l'utilizzo del solo criterio epidemiologico può dare non sempre risposte efficaci.

È, inoltre, ormai chiaro che tutti i sistemi sanitari dovranno affrontare, nei prossimi anni, scenari sempre più caratterizzati da un divario tra risorse disponibili e domanda di salute, destinata a cre-

scere a causa principalmente dell'aumento dell'aspettativa di vita e della maggior incidenza delle patologie croniche.

Per affrontare questa sfida, occorre attivare un cambiamento sostanziale delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria e, in particolare, serve puntare l'attenzione sull'assistenza territoriale, con minor concentrazione di attività e risorse sulla rete ospedaliera, e con un maggior coordinamento tra le reti assistenziali.

Il modello elaborato da Agenas nella sua attività di supporto alle Regioni in Piano di rientro, finalizzato alla riorganizzazione delle reti sanitarie, non può prescindere dalla consapevolezza che le tre reti dell'emergenza-urgenza, dell'Assistenza Ospedaliera e Territoriale devono essere strettamente collegate tra loro in modo da rappresentare un modello complessivo ed unitario di sistema e allo stesso tempo ogni rete deve perseguire una serie di obiettivi specifici. In questo quadro, la rete dell'emergenza-urgenza può essere considerata come l'architave di tutto il sistema e la giusta interfaccia, anche tecnologica, tra mondo del territorio e quello dell'ospedale, nonché la garanzia per i livelli salvavita ed i servizi irrinunciabili per la popolazione secondo criteri di efficienza, equità ed omogeneità.

Il modello Agenas si basa su quattro principi fondamentali:

1. l'incrocio del dato epidemiologico con il dato delle prestazioni realmente effettuate derivate dalle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo);
2. l'individuazione e l'implementazione, con i necessari correttivi ed integrazioni, della rete di emergenza con le sue relazioni con il 118 territoriale e la rete ospedaliera, secondo il concetto di Hub and Spoke, con definizione dei bacini di utenza e delle salvaguardie per la copertura delle zone disagiate, quale base su cui costruire la rete di tutte le patologie e la sua interazione con la rete territoriale;
3. la definizione del fabbisogno delle strutture complesse per singola disciplina sulla base di

un range per bacino di utenza massimo e minimo, incrociata con i volumi e gli esiti;

4. la definizione delle reti delle patologie complesse che si embricano sul sistema Hub and Spoke degli ospedali, dando risposte tempestive ai bisogni dettati da quelle tempo-dipendenti (quali la rete dei Politraumi, Cardiovascolare e dell'Ictus), avvalendosi di un efficiente sistema di emergenza 118 e della trasmissione in tempo reale di immagini e dati, nonché implementando le reti di elezione (quali la rete oncologica) avvalendosi delle indicazioni dettate da volumi e esiti.

La necessaria razionalizzazione della rete ospedaliera si avvale della riconversione in strutture territoriali di ospedali che non rispondono a criteri di presidio di aree disagiate e a criteri di efficienza ed economicità. In tal modo, il trasferimento ad una rete territoriale più misurabile consente di controllare ed evitare l'inappropriatezza, avendo a garanzia un sistema di emergenza potenziato ed efficiente.

Le attività ospedaliere programmate, inoltre, sono più facili da costruire se la rete ospedaliera soddisfa con tempestività ed efficacia le esigenze dell'emergenza-urgenza. Nel momento stesso in cui si disegna una rete ospedaliera in grado di rispondere all'emergenza-urgenza, si dà anche risposta alla maggior parte dei problemi di accessibilità geografica dei ricoveri programmati. In questo modo, l'attività ospedaliera rimanente è molto più libera di predisporre una distribuzione in punti strategici scelti dalla Regione, oppure analizzati in una dimensione pubblico-privato atta a fornire delle risposte a tempi di attesa particolari. In questo contesto, è particolarmente importante la definizione delle attività appropriate dei reparti di post-acuzie ospedaliera che, senza un progetto complessivo di presa in carico del paziente, tendono a diventare un punto di cura "a cuscinetto" tra i reparti delle acuzie, il territorio e le attività sociali. L'analisi dell'appropriatezza dei contatti di cura della rete emergenza-urgenza e dei ricoveri per acuzie e post-acuzie evidenzia,

infatti, la necessità di uno sviluppo della rete territoriale in grado di prendere in carico i pazienti e di disporre di strutture diverse e meno costose di quelle necessarie per le reti emergenza-urgenza e ospedaliera.

Le tre reti dell'emergenza-urgenza, dell'Assistenza ospedaliera e territoriale, dunque, devono essere rigorosamente caratterizzate nella loro specificità, ma devono anche dialogare attraverso piattaforme tecnologiche condivise, che misurano la loro attività attraverso i flussi informatici ministeriali – Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis), emergenza-urgenza (Emur) e Territoriale – e svolgono funzioni sempre più appropriate facenti parte di uno stesso percorso tra esse condiviso.

Il raccordo e l'interazione tra le tre reti è, inoltre, la chiave per una corretta applicazione dei principi di appropriatezza, che stanno alla base del riordino dei servizi, in coerenza con le indicazioni nazionali e le direttive europee. Nell'ambito della riorganizzazione dei servizi assistenziali, di grande attualità è il tema del ricorso inappropriato ai servizi di Pronto soccorso. È noto che questo ha diverse motivazioni, tra cui la percezione del cittadino di un bisogno immediato in relazione a prestazioni non differibili ma non urgenti; tale percezione sarebbe ben minore se il cittadino si sentisse accolto in una rete di Assistenza primaria in grado di anticipare ed intercettare il suo bisogno di salute considerato non differibile. A tal fine occorre sviluppare nuovi percorsi organizzativi integrati, con l'obiettivo di rispondere con maggiore efficacia al bisogno di salute del cittadino, ridurre gli accessi impropri al Pronto soccorso e razionalizzare le risorse presenti sul territorio.

A tal fine, il Ministero della salute ha approvato le Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti *Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale*, che prevedevano la riorganizzazione del Pronto soccorso al fine di ri-

durre gli accessi impropri e razionalizzare le risorse presenti sul territorio rispondendo così in maniera più efficace ai bisogni di salute della popolazione.

Nel luglio 2011, il Ministero della salute ha anche adottato un documento di indirizzo sulla *Continuità delle cure in un sistema integrato. Modelli organizzativi 118 e Continuità assistenziale (Ca)*, integrativo dell'Accordo Stato-Regioni del 20 aprile 2011 e punto di riferimento per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Tale documento è finalizzato a garantire una piena integrazione dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri per realizzare una concreta continuità assistenziale e razionalizzare anche l'utilizzo della rete di emergenza-urgenza, consentendo di intercettare preventivamente i codici bianchi e verdi. A tal fine sono stati prospettati modelli organizzativi assistenziali diversificati ed adattabili ai diversi contesti territoriali, per assicurare assistenza giornaliera h24, sette giorni su sette.

Spesso la probabilità maggiore di inappropriata accessibilità al PS/Dea viene imputata ai codici bianchi e ad una quota parte dei codici verdi, attribuiti ai pazienti che afferiscono o che vengono trasportati a tali strutture. Al riguardo è necessario precisare che i sistemi di Triage nascono ed insistono nei servizi di Pronto soccorso per espletare le funzioni di accoglienza degli utenti, di identificazione e riconoscimento delle priorità alle prestazioni sulla base di pochi segni e sintomi indirizzandoli all'area di trattamento più idonea. Il Ministero della salute ha, inoltre, avviato un tavolo di confronto per intervenire a breve con una metodologia uniforme sancita da un avanzamento delle Linee guida del 2001 avvalendosi anche del lavoro del Coordinamento nazionale Triage di Pronto soccorso.

L'attività di triage è svolta tramite l'impiego di classificazione a codici colore e non esprime quindi la complessità clinico assistenziale del paziente; infatti, solo dopo più approfonditi accertamenti può essere determinata la tempestività e la com-

petenza specifica più adeguata per decidere un trattamento ospedaliero. Ciò significa che talvolta pazienti codificati in fase iniziale a bassa priorità di accesso possono necessitare, a seguito di più accurati approfondimenti, di valutazioni tempestive e specialistiche e viceversa, il tutto rafforzando l'importanza di una forte integrazione tra il settore dell'emergenza-urgenza e il settore dell'Assistenza primaria. Qualora il codice di triage venga utilizzato anche per indirizzare i pazienti all'uno o all'altro settore, è importante considerare più accuratamente parametri clinici e anamnestici quali, ad esempio, malattie croniche a rischio di riacutizzazione, l'appartenenza a particolari categorie di pazienti (neoplastici, allergici o altre situazioni particolari) e, in breve, tutte le informazioni che possono essere immediatamente accessibili.

Le funzioni di assistenza territoriale e ospedaliera devono, infatti, avvalersi della piattaforma tecnologica come condizione essenziale per poter interagire con un linguaggio condiviso e, quindi, consentire lo scambio di informazioni, chiarezza delle competenze reciproche (chi fa che cosa), individuazione dei percorsi delineando gli ambiti. La presa in carico territoriale deve, pertanto, essere garantita tramite strumenti individuabili, misurabili e comprensibili, capaci di fornire direttamente e tempestivamente al cittadino la risposta a problemi semplici e di dialogare tra ospedale e Distretto e viceversa per la gestione di problemi complessi, facendo leva sul coordinamento e sull'integrazione tra i servizi e gli operatori.

È, inoltre, ipotizzabile l'individuazione di una centrale operativa di continuità assistenziale del territorio con il numero telefonico 116117 (lo stesso numero era previsto nelle Direttive europee fin dal 2009 come numero unico europeo), anche adiacente alla Centrale operativa del 118, con personale sanitario e tecnico allo scopo addestrato, che potrebbe fornire risposte e consigli utili al cittadino sulla base di protocolli studiati e predisposti in collaborazione tra Medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari del Di-

stretto, condivisi con il 118 e i Dea per le parti di interazione.

La riorganizzazione e il buon funzionamento del Sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale richiede, poi, una puntuale informazione al cittadino, destinatario ultimo del percorso riorganizzativo nel suo complesso, oltre che un'adeguata e omogenea preventiva formazione di tutti gli operatori. A tal fine, negli anni 2011-2012 l'Agens e il Ministero della salute,

in collaborazione con le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, hanno realizzato una Campagna informativa nazionale sul corretto uso dei servizi di emergenza-urgenza, con l'obiettivo di fornire a tutti i cittadini, ed in particolar modo ai giovani e agli stranieri, maggiori informazioni su cosa sono, come funzionano e quando utilizzare il 118, il Pronto soccorso ed il servizio di Continuità assistenziale (ex Guardia medica).

BIBLIOGRAFIA

- F Enrichens, D Bono, La rete dell'emergenza sanitaria in Piemonte: il sistema 118, in Monitor n. 25, 2010.
- R Gullstrand, F Enrichens, D Bono, S Gariano, PP Benetollo, AM Rosito, MC Ghiotto, D Marcer, F Moirano (a cura di), Il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro, in Monitor 27, 2011.
- Campagna informativa nazionale "Il corretto uso dei servizi di emergenza-urgenza", in Monitor n. 27, 2011.
- La rete della campagna informativa sull'emergenza-urgenza, in Monitor n. 28, 2011.
- Linee d'indirizzo per il triage in pronto soccorso. Proposta del Coordinamento nazionale Triage di Pronto Soccorso, in Monitor n. 29, 2012.
- Accordo 25 ottobre 2001 - Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria.
- Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome 4 aprile 2002 - Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome concernente Linee-guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesi.

LA RICERCA

Assistenza h24, Cure primarie
e riduzione degli accessi impropri
al Pronto soccorso

*Monitoraggio di progetti regionali
dal Ministero della Salute su obiettivi
prioritari di Psn 2009*

Presentazione della ricerca

34

I QUADERNI DI **MOX**

di **Mariadonata Bellentani***, **Sara Catania***, **Leonilda Bugliari Armenio***, **Gianfranco Damiani****

* Sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari, Agenas

** Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto di Igiene, Roma

Il servizio di Pronto soccorso, cui i cittadini si rivolgono per necessità di salute considerate urgenti, viene spesso impropriamente definito come la porta girevole dell'ospedale per la risoluzione di qualsiasi problema di carattere sanitario o sociale.

Il correlato tema di fondo, fortemente attuale in questa fase di riorganizzazione delle reti assistenziali e di riequilibrio ospedale-territorio, è quello dell'appropriatezza dell'utilizzo del Pronto soccorso e, in particolare, le modalità con cui si possono intercettare i cosiddetti accessi impropri, o meglio accessi non urgenti, che sono spesso alla base della "congestione" delle strutture ospedaliere di prima accoglienza. L'immediata conseguenza è quella di sottoporre questi luoghi di cura ad una pressione elevatissima che va a discapito della necessità di concentrare le risorse per il trattamento dei pazienti gravi e dei casi clinicamente urgenti. L'uso improprio del Pronto soccorso è un fenomeno ben presente sia a livello nazionale sia internazionale e studiato da un punto di vista scientifico. All'analisi dei problemi del Pronto soccorso, poiché analoga a quella di molti altri Paesi, è dedicata un'ampia letteratura, da

cui si desumono i punti di criticità e le possibili soluzioni, e si evidenzia anche la rilevanza, sotto il profilo degli esiti, di una prolungata permanenza nel Pronto soccorso^{1,2}.

I vari studi internazionali sul tema della non urgenza adottano diverse definizioni, quali: "paziente che dovrebbe essere visitato entro le 2-24 ore dall'arrivo al Pronto soccorso", "pazienti presentatisi spontaneamente al Pronto soccorso con problemi non assimilabili ad emergenze, che potevano essere risolti nei normali servizi di cura primaria"; "il paziente presenta sintomi non più preoccupanti, oppure sintomi di modesta gravità avvertiti recentemente, e desidera un controllo delle nuove prescrizioni o un certificato medico per tornare a lavoro"^{3,4,5}. Nell'ultimo decennio sono anche state sviluppate alcune scale di valutazione nel tentativo di meglio classificare i pazienti che accedono al Pronto soccorso con sistemi di triage quali il *Canadian Triage and Acuity Scale* (Ctas), largamente diffuso nel Nord America ed in Europa⁶.

Esistono numerose definizioni anche di accesso inappropriato/evitabile al Pronto soccorso: "definizione sulla base del protocollo per l'appropriatezza delle urgenze cliniche, ossia di uno strumento di valu-

1 Geddes M. <http://www.saluteinternazionale.info/2012/03/il-pronto-soccorso-il-grande-imbutto-del-servizio-sanitario-nazionale/>, 2012.

2 Ackroyd-Stolarz S et al, The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study, *Bmj Qual Saf* 2011;20:564-9.

3 McCaig L, Nawar EV, National Hospital Ambulatory Medical Care Survey 2004 Emergency Department Summary, *Advance Data*, 2006;372:1-5.

4 Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E, Primary care in the accident and emergency department: prospective identification of patients, *BMJ*, 1995;311: 423-6.

5 Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF, Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy, *Public Health*, 2003;117:250-5.

6 Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, et al, Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care, *Academic Emergency Medicine*, 2004;11 (12): 1302-10.

tazione diviso in cinque sezioni con variabili correlate alla gravità, al trattamento, agli esami diagnostici, ad alcuni risultati clinici e ad una sezione applicabile a pazienti non inviati al Pronto soccorso⁷, “pazienti appropriati sulla base di criteri espliciti quali mobilità intraospedaliera, decesso del paziente al Pronto soccorso, ricovero, esami diagnostici e trattamenti clinici necessari. I restanti pazienti sono considerati inappropriati⁸”. Dalla letteratura emerge, quindi, un’eterogeneità di interpretazioni degli accessi non urgenti e degli accessi inappropriati, fortemente legati ai diversi punti di vista: gli operatori di Pronto soccorso e i Medici di medicina generale possano avere una definizione diversa o non univoca; altrettanto si può dire del paziente che può ritenere appropriato ogni accesso in Pronto soccorso legato alla percezione di gravità e alla preoccupazione per il proprio stato di salute; inoltre, da un punto di vista del sistema sanitario, l’appropriatezza può risentire delle condizioni economico-finanziarie nell’offerta dei servizi e nella conseguente risposta al bisogno di salute degli assistiti.

Un esempio di queste diverse interpretazioni è rappresentato in uno studio condotto nella Ausl di Ravenna da cui emerge come gli operatori del Pronto soccorso abbiano proposto una definizione di *accesso non urgente* di tipo operativo, basata su un’esperienza diretta del fenomeno, come problematica risolvibile più appropriatamente in altri contesti. Tale accesso è identificato con le seguenti caratteristiche: qualsiasi accesso con codice bianco; alcuni accessi con codice verde, in par-

ticolare quelli che si presentano durante i giorni feriali per eventi non traumatici e non presi in carico dall’ospedale. Nello stesso contesto, i Medici di medicina generale hanno, invece, proposto una definizione di *accesso inappropriato* più ampia, considerando come accessi non idonei al servizio di emergenza/urgenza la totalità degli accessi verdi e bianchi. Tale eterogeneità nella definizione di appropriatezza trova conferma anche in altri studi italiani^{9,10}.

Per tentare di ovviare a tale confusione terminologica, si tenta di superare il concetto di *accesso inappropriato* per adottare quello di *accesso non urgente* in base al triage¹¹, considerato meno soggettivo in quanto collegato alle condizioni cliniche del paziente¹². A tale proposito è importante ricordare che anche in Italia, come in Canada, l’applicazione sistematica del triage infermieristico in Pronto soccorso nelle strutture del Dipartimento emergenza-urgenza e Accettazione (Dea) - PS ha portato notevoli vantaggi per un corretto e appropriato svolgimento delle attività di Pronto soccorso, selezionando gli utenti che vi affluiscono per priorità di accesso e ridistribuendo i tempi di attesa a favore di chi è in condizione di maggiore urgenza; tuttavia la sola funzione di triage non ha risolto il problema del sovraffollamento e degli accessi impropri ed evitabili^{13,14}.

Rispetto allo studio delle motivazioni per gli accessi non urgenti in Pronto soccorso, dalla letteratura internazionale emerge che in Europa, ed in particolare nel Nhs inglese, i principali fattori sono prevalentemente demografici e socio-econo-

7 Sempere-Selva T, Peirò S, Sendra-Pina P, Martínez-Espin C, López-Aguilera I, Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associate factors and reasons, *Ann Emerg Med*, 2001;37:568-79.

8 Pereira S et al. Appropriateness of emergency visits in a Portuguese University Hospital. *Ann Emerg Med*, 2001;37:580-6.

9 Di Tommaso F, Falasca P, Rossi A, Lolli V, Pronto soccorso: verso un uso responsabile. Prospettive sociali e sanitarie, 2008;21:4-6.

10 Di Tommaso F, Falasca P, Calderone B, Nicoli MA, Berardo A, Rossi A, Analisi dei fattori psico-sociali e sanitari che hanno indotto i cittadini all’uso non appropriato del pronto soccorso nella AUSL di Ravenna nel 2008, *Not Ist Super Sanità*, 2010;23(2):iii-iv).

11 In Italia, l’accesso alle cure avviene con il metodo del Triage, e, quindi, con l’identificazione dell’urgenza del trattamento per ogni singolo soggetto sulla base di un codice colore che si compone, in ordine di gravità, di quattro classi: bianco (nessuna urgenza), verde (urgenza minore), giallo (urgenza) e rosso (emergenza). Ciò consente di erogare le cure prima ai casi con una priorità maggiore e di seguito quelli con priorità minore, indipendentemente dall’ordine di arrivo. Il colore nero, considerato successivo al rosso, non identifica uno stato di gravità, ma un soggetto deceduto. L’indagine si concentra sui pazienti che sono stati classificati come codici bianchi in uscita dal sistema di triage in vigore negli ospedali. Si tratta di pazienti che sono stati riconosciuti come inappropriati sulla base della valutazione clinica condotta dal medico e che, sulla base dei meccanismi di compartecipazione previsti nel Servizio sanitario nazionale per gli accessi in PS, sono tenuti a pagare un ticket, in quanto riferiti a prestazioni differibili che potevano essere efficientemente eseguite in un contesto non di emergenza.

12 Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, et al, Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care, *cit*.

13 Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria del 25 ottobre 2001, concernente: Triage intraospedaliero (valutazione gravità all’ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza - urgenza sanitaria. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1747_allegato.pdf.

14 Coordinamento Nazionale Triage: Linee d’indirizzo per il triage in pronto soccorso. http://www.agenas.it/agenas_pdf/Monitor%202029.pdf. Monitor n.29, 2012; pp. 45-54.

mici (immigrazione, basso livello di istruzione, famiglie con genitori single e patologie croniche)¹⁵. Da una revisione della letteratura, si evidenzia che la proporzione dei pazienti che si reca al Pronto soccorso per problemi non urgenti è attestata tra il 9% e il 54,1% negli USA, tra il 25,5% ed il 60% in Canada, tra il 19,6% ed il 40,9% in Europa¹⁶. In Italia, per quanto riguarda la quantificazione del fenomeno dell'accesso improprio al Pronto soccorso, un'analisi descrittiva delle strutture e dell'organizzazione dell'emergenza in Italia condotta nel 2010 dalla Società italiana di medicina di emergenza ed urgenza (Simeu) ha evidenziato una variabilità nella frequenza prevalentemente di codici bianchi relativi a un campione di 206 presidi ospedalieri con diversa configurazione organizzativa, che varia da 0,40% a 75,19%, con valore medio nazionale di 24,18% (sud e isole 30,94%, centro 17,98%, nord 23,85%)¹⁷.

Da un *punto di vista dei pazienti*, le motivazioni che inducono a recarsi in Pronto Soccorso possono essere raggruppabili in tre macrocategorie:

- tematiche legate alla percezione del bisogno di attenzioni immediate (percezione di gravità del problema, alto grado di ansia o dolore percepito, bisogno di ottenere delle rassicurazioni, necessità di alleviare il dolore e il disagio, idea distorta di emergenza, fattori sociali);
- tematiche legate alla preferenza per il Pronto soccorso (convinzione di ricevere le cure migliori in ambito ospedaliero per specializzazione e dotazione di apparecchiature diagnostiche; facilità di accesso legata ad un servizio continuativo 24 ore su 24; rapidità nell'effettuazione

di prestazioni di secondo livello senza necessità di appuntamento; convinzione di una maggiore convenienza economica per consulenze specialistiche ed accertamenti diagnostici; insoddisfazione e mancanza di fiducia verso i servizi di Assistenza primaria);

- tematiche legate alle difficoltà di utilizzo dei servizi di Assistenza primaria (orari di apertura degli ambulatori di Medicina generale; regole di accessibilità e iscrizione per persone immigrate, in particolare persone che non hanno un permesso di soggiorno regolare; non conoscenza di alternative nel territorio; consiglio di recarsi in Pronto soccorso da parte degli operatori dei servizi di assistenza primaria; difficoltà di accesso ad accertamenti diagnostici).

In generale, negli studi si osserva che il processo decisionale che porta il paziente a rivolgersi al Pronto soccorso per problemi non urgenti sia complesso e chiami in causa una serie di fattori sociali, psicologici, clinici ed organizzativi^{18,19,20,21,22,23,24}. Altri studi confermano i suddetti elementi di scelta del cittadino, aggiungendo fattori organizzativi per la spiegazione del fenomeno dell'accesso non urgente al Pronto soccorso. In particolare, uno studio italiano²⁵ identifica cinque grandi fattori causali:

- cause riconducibili al cittadino (dolore, mancanza di autonomia, fragilità);
- cause riconducibili al medico di famiglia (scarsa capacità di rassicurazione, mancanza di tempo da dedicare, poca autorevolezza, opportunismo);
- cause attribuibili agli operatori di Pronto soc-

15 Harris MJ, Patel B, Bowen S, Primary care access and its relationship with emergency department utilization, *British Journal of General Practice*, December 2011;12:787-93.

16 Mengoni A, Rappini V, La domanda non urgente al Pronto Soccorso: un'analisi, *Mecosan*, 2007; 62:61-82.

17 Reperibile al link: <http://www.simeu.it/file.php?file=dir&sez=articoli&id=238>

18 Di Tommaso F, Falasca P, Calderone B, Nicoli MA, Berardo A, Rossi A, Analisi dei fattori psico-sociali e sanitari che hanno indotto i cittadini all'uso non appropriato del pronto soccorso nella AUSL di Ravenna nel 2008, cit.

19 Carlsen F, Grytten J, Kjølsvik J, Skau I, Better primary physician services lead to fewer hospital admissions, *European Journal of Health Economics*, 2007; 8:17-24.

20 Puig-Junoy J, Saez M, Martinez-Garcia E, Why do patients prefer hospital emergency visits? A nested multinomial logit analysis for patient-initiated contacts, *Health Care Management Science*, 1998; 1: 39-52.

21 Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF, Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy, *Public Health*, 2003; 117: 250-5.

22 McCusker J, Roberge D, Lévesque JF et al, Emergency Department visits and primary care among adults with chronic conditions, *Medical Care*, 2010;48(11): 972-80.

23 Moll van Charante EP, ter Riet G, Bindels P JE, Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motive and characteristics, *Patient Education and Counseling*, 2008;70:256-65.

24 Puig-Junoy J, Saez M, Martinez-Garcia E, Why do patients prefer hospital emergency visits? A nested multinomial logit analysis for patient-initiated contacts, *Health Care Management Science*, 1998; 1: 39-52.

25 Di Tommaso F, Falasca P, Rossi A, Lolli V, Calderone B, Nicoli A, Pronto Soccorso: verso un uso responsabile. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2008;21:4-6.

corso (disomogeneità di comportamenti, obbligo di assistenza, difficoltà a respingere i pazienti senza praticare accertamenti, opportunismo);

- cause derivate dall'organizzazione dei servizi (apertura h24, basso ticket, lunghi tempi di attesa per la specialistica, scarsa collaborazione ospedale-territorio);
- cause legate alla cultura di appartenenza e all'ambiente sociale di vita (allarmismo, consumismo moderno, mancanza di informazione sulla salute).

Si evidenzia, inoltre, che alcune categorie di utenti – fra le quali emergono soprattutto gli stranieri, i pazienti gestiti in case protette, i soggetti affetti da malattie croniche – possono risultare più a rischio. Le motivazioni variano fra le diverse categorie, sottolineando con forza come la realtà che si va delineando sia complessa e sfaccettata, imprescindibile da un'analisi del contesto in cui tale fenomeno si verifica.

Tale variabilità può derivare da fattori di regolamentazione (diverse tariffe regionali per i ticket per i codici bianchi), fattori organizzativi (diverso orientamento alla codifica), fattori sociali (diversità nella popolazione), fattori demografici e socio-economici.

Va, inoltre, sottolineato come ad oggi in letteratura scientifica ci sia una carenza di studi rigorosi sulla valutazione di impatto sugli accessi non urgenti in Pronto soccorso delle strutture in cui operano medici del territorio, fornendo assistenza h24. Comunque, risultati preliminari in tal senso emergono da una ricerca italiana che ha dimostrato in ambito pediatrico un impatto favorevole del funzionamento di *setting* ambulatoriali in cui operano gruppi di Pediatri nella riduzione degli accessi non urgenti in Pronto soccorso²⁶.

L'ATTIVITÀ AGENAS

In considerazione della forte attualità del tema, l'Agendas – a seguito della Convenzione stipulata

nel 2010 con il Ministero della salute – ha assunto il compito di svolgere un Monitoraggio dei progetti regionali presentati ed approvati dal Ministero, in attuazione dell'obiettivo prioritario del Piano sanitario nazionale *Assistenza h24 e Cure Primarie* (comprendente la sperimentazione di Case della salute, Punti unici di accesso e modalità di presa in carico di soggetti non autosufficienti, ed altro), come individuati dalla Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano con l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009.

Tale Accordo ha stanziato un miliardo e 410 mila euro, suddivisi tra le Regioni. Il 25% di queste risorse è relativo all'obiettivo 1 “*Cure Primarie*”, con particolare riferimento allo sviluppo di modelli organizzativi innovativi per l'Assistenza primaria e la riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso, tenendo anche conto delle indicazioni del Ministero della salute su queste tematiche.

Il lavoro sviluppa la linea progettuale: *Assistenza primaria, assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso*. La convenzione della durata di 18 mesi è stata in seguito prorogata, previa autorizzazione del Ministero della salute, fino al 10 dicembre 2012.

L'indagine, in particolare, riguarda i progetti di 12 Regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Molise, Puglia, Sicilia, Toscana e Veneto), approvati e finanziati dal Ministero della salute. Ciascuna Regione, per poter partecipare al monitoraggio, ha sottoscritto una convenzione con l'Agendas della durata di 18 mesi, successivamente prorogata.

Si è trattato di affrontare per la prima volta un'attività di monitoraggio che, partendo dalla descrizione dei progetti, affrontasse i nodi di esperienze del tutto nuove e con finanziamenti ad hoc compresi nel Fondo sanitario nazionale, di cui il Ministero della salute si avvale per promuovere

26 Farchi S, Polo A, Franco F, Di Lallo D, Guasticchi G, Primary paediatric care models and non-urgent Emergency Department utilization: an area-based cohort study, BMC Family Practice 2010, 11:32

obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, come stabilito dall'art 1, c. 34 e 34 bis della L. 662/1996 e s.m.i.

Le stesse norme, come modificate dalla L. 133/2008 (art. 79 c. 1 quater) prevedono che le Regioni debbano predisporre appositi progetti per il perseguimento dei suddetti obiettivi individuati sulla scorta di linee guida predisposte dal Ministero della salute, da approvarsi con Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni. Le modifiche normative apportate sono tese a correlare l'assegnazione delle quote finanziarie alla destinazione degli obiettivi, con un acconto del 70% all'avvio e una quota del 30% all'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministro della salute.

Il progetto, coordinato dall'Agenas, ha previsto la costituzione di un Gruppo di lavoro composito, multidisciplinare e multi professionale. Sono state coinvolte nello specifico la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della salute, rappresentanti dei diversi progetti regionali selezionati ed esperti provenienti sia dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma che dalla Scuola Superiore Politiche per la Salute Alma Mater Studiorum dell'Università di Bologna.

L'innovatività del lavoro e la difficoltà di individuare ex post strumenti di verifica con progetti a diversi stadi di implementazione ha portato il gruppo di lavoro alla costruzione di una meto-

dologia che considerasse tre linee direttrici:

1. individuazione dei determinanti comuni organizzativi e professionali caratterizzanti i progetti regionali;
2. individuazione di un modello esportabile a setting territoriali in realtà anche diverse tra loro, che presentino esperienze analoghe ai casi studio analizzati nel progetto;
3. analisi normativa sui temi in oggetto e contributi regionali di presentazione dei propri modelli di sviluppo secondo uno schema comune.

I risultati derivanti dal progetto sono stati discussi e diffusi attraverso diversi strumenti di comunicazione, quali:

- il convegno del 12 giugno 2012 *Assistenza primaria, assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso* (http://www.agenas.it/sanit_2012.htm), in cui sono stati presentati pubblicamente i risultati preliminari del Monitoraggio realizzati nel progetto ancora in corso e sono stati invitati i principali interlocutori ad una riflessione più ampia sugli strumenti che le Regioni hanno attivato per ri-orientare la domanda di assistenza verso contesti più appropriati;
- la realizzazione di pagine web dedicate (http://www.agenas.it/psn_op) al tema dell'Assistenza primaria, dell'assistenza h24 e della riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso.

Indagine sui determinanti organizzativi e professionali caratterizzanti i progetti regionali

di **Gianfranco Damiani, Giulia Silvestrini, Valentina Vena, Walter Ricciardi**

Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto di Igiene, Roma

L'uso dei servizi di emergenza-urgenza da parte di pazienti che non presentano condizioni di urgenza pesa gravemente sul nostro Sistema sanitario nazionale (Ssn), così come sui Sistemi sanitari di altri Paesi [1]. Sviluppare e sostenere un adeguato sistema di Assistenza primaria viene considerata una delle possibili strategie per affrontare questa criticità [2].

Volendo definire correttamente l'Assistenza primaria, questa deve essere intesa come un complesso di attività e di prestazioni sia sanitarie sia socio-sanitarie. In particolare, essa è rappresentata da interventi di primo livello, caratterizzati da una fase di primo contatto e da azioni rivolte alla prevenzione e al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità, oltre che delle malattie e delle disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica, in varie sedi di trattamento (es. domicilio, residenze, ambulatorio). L'Assistenza primaria si occupa, inoltre, della presa in carico, dell'indirizzo unitario tra livelli assistenziali diversi e della garanzia della continuità assistenziale [3,4].

Le funzioni proprie di un modello di Assistenza primaria, esplicitate da numerosi rapporti e dichiarazioni internazionali (Institute of Medicine e World Health Organization), sono: l'accessibilità all'assistenza (accessibility), ossia la facilità del

primo contatto per prossimità di servizi all'utenza, tempi di apertura e modalità di gestione delle liste d'attesa; la considerazione dei bisogni di salute del paziente nel suo complesso piuttosto che di segni e sintomi specifici di organi o apparati (comprehensiveness); il coordinamento o integrazione tra i diversi attori coinvolti del sistema (coordination); la continuità temporale dell'assistenza (continuity/longitudinality), nonché la rendicontazione periodica da parte degli operatori su processi e risultati dell'assistenza fornita per il miglioramento continuo di competenze e servizi offerti, e la corretta informazione agli assistiti per permettere loro di effettuare scelte informate (accountability) [5,6].

Inoltre, risulta fondamentale definire i target a cui l'Assistenza primaria si rivolge, ognuno con bisogni specifici. In particolare, l'Assistenza primaria prevede interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti alla persona sana o apparentemente sana; risponde ai molteplici bisogni assistenziali del paziente cronico attraverso una gestione realizzata utilizzando un insieme di principi e metodologie integrate basati sulle evidenze, tipo Chronic Care Model, che descrive aspetti organizzativi atti a migliorare l'efficacia e l'efficienza nell'assistenza di pazienti con malattie croniche. Vi è poi il paziente non autosufficiente e/o fragile per il quale è necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazio-

ne. Questi ultimi pazienti vengono seguiti principalmente attraverso modalità di assistenza di lungo termine (*long term care*) quali l'assistenza residenziale o domiciliare [7,8].

Infine, vi è un altro target, fondamentale ai fini della trattazione corrente, che può essere definito come quel paziente con un bisogno di salute non ancora classificato, che necessita di assistenza per condizioni non urgenti e “non complesse” dal punto di vista specialistico e tecnologico [1].

Le problematiche legate all'assistenza di questo target di pazienti sono numerose, trattandosi in particolare di pazienti che utilizzano i servizi di emergenza per condizioni di fatto non urgenti. Le possibili cause che spingono a questo improprio utilizzo sono state ampiamente studiate in letteratura e potrebbero essere raggruppate, secondo Lega, in quattro gruppi. Il primo gruppo di ragioni che spingono ad accessi impropri ai servizi di emergenza, tipico non solo del contesto italiano ma anche europeo e nord americano, è strettamente legato alla percezione del paziente, errata, di aver effettivamente bisogno di assistenza immediata [1].

Un secondo gruppo di ragioni è legato alla preferenza per i servizi di emergenza, sia in termini di convenienza che di soddisfazione e di fiducia. In particolare la convenienza si riscontra soprattutto nella possibilità di accedere ai test specialistici di cui il paziente necessita contemporaneamente e nello stesso luogo, in alcune circostanze anche risparmiando. Anche in questo caso questa motivazione viene riportata di frequente sia in Italia che a livello internazionale. Spesso la soddisfazione legata ai servizi di emergenza si associa ad una mancanza di fiducia per i servizi di Assistenza primaria, e in Italia la ragione principale sembra essere la mancanza di fiducia nel Medico di medicina generale (Mmg) [9] e l'insoddisfazione per le diagnosi effettuate dai sostituti [10]. Il terzo gruppo di ragioni è connesso alla difficoltà di accedere ai servizi di Assistenza primaria. Infatti nonostante vi siano pazienti che si rivolgerebbero volentieri a tali servizi, spesso l'impos-

sibilità di ottenere appuntamenti in tempi ragionevolmente brevi spinge all'utilizzo inappropriato del Pronto soccorso (PS). Ovviamente, utilizzano il PS anche quei pazienti che non possiedono una iscrizione al Ssn, come gli stranieri non iscritti, situazione nelle quali non è ad oggi effettivamente possibile utilizzare il filtro della Medicina generale.

L'ultima serie di ragioni che spingono all'utilizzo improprio dei PS è da individuare nel sempre più frequente ricorso da parte dei medici alla “medicina difensiva”. In numerosi studi, inclusi studi italiani, diversi pazienti reputati successivamente non in condizioni di urgenza, hanno dichiarato di essersi rivolti al PS su indicazione del Mmg o del medico di continuità assistenziale (Mca) o dal farmacista [1].

Considerando la stretta connessione che emerge tra un adeguato sistema di Assistenza primaria e la riduzione degli accessi impropri al PS nasce il progetto coordinato dal Ministero della salute e dall'Agenas sul “*Monitoraggio dell'impatto dei progetti regionali censiti e valutati in termini di miglioramento dell'assistenza fornita sul territorio - assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso*”.

Uno degli obiettivi specifici di tale progetto, che verrà affrontato nel dettaglio del presente contributo, è stato quello di effettuare il monitoraggio degli sviluppi di progetti regionali attraverso l'individuazione di determinanti organizzativi e professionali esplicitamente rappresentati nelle linee progettuali considerate.

METODOLOGIA

La selezione dei progetti da monitorare è avvenuta attraverso l'applicazione di specifici criteri di inclusione, di seguito elencati:

- target principale del progetto: paziente con bisogni di salute non definiti, che necessita di assistenza per condizioni non urgenti;
- selezione di un solo progetto per ogni Regione aderente alla convenzione;
- qualora i Progetti regionali selezionati preve-

dessero più linee progettuali, con medesimo target e concorrenti per il raggiungimento dei medesimi obiettivi specifici, sono state selezionate tutte le linee progettuali.

In seguito è stata costruita una checklist con l'obiettivo di rilevare i determinanti organizzativi e professionali caratterizzanti i diversi progetti selezionati. In particolare è stata condotta una revisione estensiva della letteratura scientifica utilizzando Medline e Ovid e della letteratura grigia, con il supporto della tecnica "snow ball search", allo scopo di individuare articoli "milestone" sul monitoraggio e la valutazione dell'Assistenza primaria.

Inoltre, al fine di includere all'interno della checklist anche i requisiti ritenuti fondamentali dalla programmazione sanitaria sia nazionale che regionale, per la sua costruzione sono state prese in considerazione le "Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale"[11], gli ultimi Accordi collettivi nazionali della Medicina generale (Acn) [12], e le indicazioni in termini di programmazione specifiche di ogni singola Regione per le quali si rimanda alla sintesi ragionata contenuta nel presente volume.

Sulla base delle fonti fornite da ciascuna Regione, in particolare delibere regionali, schede sintetiche riassuntive dei progetti e relazioni ad hoc, due singoli valutatori hanno provveduto auto-

namente alla lettura delle linee progettuali presentate e alla compilazione della checklist. È stata successivamente calcolata la concordanza tra i due valutatori. Eventuali discordanze nella valutazione sono state risolte attraverso la discussione sotto la supervisione di un esperto.

In seguito all'applicazione della checklist alle linee progettuali selezionate per ogni Regione partecipante sono state prodotte delle schede sintetiche riassuntive. È stato, inoltre, costruito un database caratterizzato dalle singole linee progettuali come unità di analisi e dagli item derivati dalla checklist come variabili.

A partire dal database è stata effettuata una elaborazione dei dati. In particolare, si è proceduto alla determinazione della distribuzione di frequenza dei principali determinanti organizzativi e professionali e alla rappresentazione degli stessi attraverso sintesi grafica o tabellare.

RISULTATI

Complessivamente 16 Regioni hanno trasmesso progetti al Ministero della salute. Di queste, 12 Regioni hanno accettato di partecipare all'indagine e hanno sottoscritto la convenzione: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Molise, Puglia, Sicilia, Toscana, Veneto. Le Regioni partecipanti hanno presentato un totale di 34 progetti. In seguito all'applicazione dei criteri di inclusione sono stati selezionati i progetti regionali presentati in Tabella 1.

TABELLA 1 - Progetti regionali selezionati ai fini del monitoraggio

REGIONE	TITOLO DEL PROGETTO
Abruzzo	Attivazione di ambulatori presso i Pronto soccorso ospedalieri per la gestione dei codici bianchi
Basilicata	Assistenza territoriale integrata per la Basilicata (ATIB)
Calabria	Progetto sperimentale per la realizzazione dell'Assistenza Territoriale Integrata "ATI"
Campania	Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h24: riduzione accessi impropri nelle strutture di emergenza e gestione dei codici bianchi
Emilia Romagna	Assistenza h24: riduzione degli accessi impropri al PS e miglioramento della rete assistenziale
Liguria	Il potenziamento delle Cure primarie e l'assistenza h24
Lombardia	Ambulatorio codici minori (COLD): identificazione di un percorso per Pazienti afferenti al PS con codice a bassa priorità d'accesso
Molise	A.Di.TE.Assistenza Distrettuale Territoriale
Puglia	Potenziamento delle forme evolute di associazione
Sicilia	Realizzazione Punti di Primo Intervento (PPI)
Toscana	Progetto per l'implementazione del modello assistenziale Casa della salute in Regione Toscana - Casa della salute di Empoli
Veneto	Rafforzamento dell'assistenza territoriale tramite le Cure primarie

I progetti presentati da 10 delle 12 Regioni partecipanti contenevano una sola linea progettuale, mentre le Regioni Liguria e Campania hanno partecipato con un progetto composto da due differenti linee progettuali. In sintesi l'analisi è stata effettuata su 14 linee progettuali totali per 12 progetti regionali selezionati.

La checklist utilizzata è costituita da 14 macroaree di indagine di seguito presentate.

1. **Periodo di realizzazione del Progetto.** Il periodo di realizzazione del progetto è stato individuato dalle delibere regionali e/o dalla scheda sintetica compilata dalle Regioni e pubblicata nelle pagine web: http://www.agenas.it/psn_op/, nonché da una relazione riassuntiva del Progetto consegnata all'Agenas dalle Regioni stesse. Si è, inoltre, tenuto conto della programmazione regionale pervenuta a supporto della normativa regionale trasmessa all'Agenas. La durata è stata espressa in mesi. Quando possibile, è stata indicata la data di avvio e di eventuale conclusione dei lavori. Sono state considerate eventuali proroghe nella durata finale del progetto.
2. **Fase di realizzazione del Progetto.** Al fine di classificare i progetti sulla base della fase di realizzazione, si è proceduto all'analisi della documentazione in possesso per poter definire il progetto rispettivamente:
 - in fase di rimodulazione: qualora il progetto avesse avuto inizio in termini di progettazione, ma non fosse ancora operativo, al momento della compilazione della checklist;
 - in fase attuativa: nel caso in cui il progetto fosse in fase operativa al momento della compilazione della checklist.
3. **Continuità progettuale.** È stato valutato se il progetto si inserisse in un percorso di continuità e consolidamento di iniziative già in atto in ambito regionale. In particolare è stato definito:
 - Sviluppo: se, a partire da esperienze già presenti sul territorio tramite il progetto presentato, venivano sviluppati elementi di innovazione;
 - Avvio: se nel contesto di riferimento, prima dell'attivazione del progetto, non erano state avviate iniziative e/o modelli innovativi.
4. **Aderenza agli obiettivi strategici/operativi previsti dalla programmazione della Regione di riferimento.** Sulla base dell'analisi delle delibere regionali inviate dalle Regioni al Ministero della salute, della normativa regionale di riferimento, nonché delle schede di sintesi dei progetti regionali, si è verificato il grado di aderenza agli obiettivi sia strategici che operativi previsti dalle Regioni, definendo due gradi di aderenza:
 - Aderenza completa: qualora tutti gli obiettivi risultassero raggiunti sulla base dell'analisi della documentazione in nostro possesso;
 - Aderenza parziale: qualora non tutti gli obiettivi risultassero raggiunti sulla base dell'analisi della documentazione in nostro possesso.
5. **Modalità organizzativa alternativa o integrativa sperimentata dal Progetto.** Sono stati individuati i modelli organizzativi adottati dalle linee progettuali oggetto del Monitoraggio. In particolare, dando rilievo alla responsabilità di gestione e all'ubicazione del servizio, sono state identificate le seguenti categorie: servizio territoriale con sede territoriale, servizio territoriale con sede ospedaliera e servizio ospedaliero.
6. **Figure professionali coinvolte.** In questa sezione della checklist sono state riportate le figure professionali formalmente coinvolte all'interno della modalità organizzativa prevista dal progetto, sulla base di quanto riportato nella normativa e nella relazione consegnata dalle Regioni.
7. **Accessibilità del servizio.** Sono stati analizzati i giorni di apertura e la copertura oraria offerta dal modello organizzativo sperimentato, specificando gli orari di presenza in sede del medico e/o infermiere. In particolare, per quanto riguarda:
 - i "giorni di apertura settimanale", è sta-

- ta valutata l'effettiva apertura al pubblico della struttura o delle strutture, distinguendo in: servizio aperto 7 giorni su 7; servizio aperto tra 7 giorni su 7 e 5 giorni su 7; servizio aperto meno di 5 giorni su 7;
- l'“**orario di apertura giornaliera**”, definita secondo le seguenti categorie: <12h, >12h<24h, 24h;
 - la “**presenza in sede di medico e/o infermiere**”, è stato valutato se il servizio fosse attivo: 24 ore al giorno; 12 ore al giorno; meno di 12 ore al giorno;
 - il “**servizio di copertura telefonica medica e/o infermieristica durante gli orari di chiusura**”, questa dimensione è stata indagata esclusivamente per i servizi che non garantivano l'apertura 7 giorni su 7 e 24 ore su 24. In caso tale servizio fosse stato rilevato, si è specificato se si trattasse di personale direttamente coinvolto nel progetto oppure se tale copertura fosse garantita dal servizio di Continuità assistenziale ordinaria.
8. **Forma associativa.** È stata valutata la presenza o l'assenza di forme associative tra professionisti sanitari. Le forme associative, quando presenti, sono state classificate sulla base della presenza o meno di una sede comune di riferimento per l'associazione. Secondo questa classificazione, sulla base della documentazione fornitaci dalle Regioni, il modello organizzativo proposto dai singoli progetti è stato classificato come:
- **funzionale:** qualora fossero presenti collegamenti tra i professionisti coinvolti senza una sede comune;
 - **strutturale:** qualora fosse presente almeno una sede elettiva di riferimento per il cittadino.
9. **Sistemi di prioritizzazione all'accesso della struttura valutata.** In questa sezione è stata valutata la presenza di meccanismi di regolamentazione/prioritizzazione dell'accesso ai servizi previsti dal progetto specificando, qualora presenti, i criteri su cui si basa l'accesso e gli strumenti di attivazione.
10. **Meccanismi operativi (procedure) di collegamento con altri servizi sanitari, sociali e socio-sanitari.** In questa sezione è stata analizzata la presenza all'interno del progetto di procedure definite per l'invio dei pazienti ad altri livelli di assistenza o ad altre strutture della rete dell'Assistenza primaria, specificando se si trattasse di collegamenti con strutture territoriali della rete dell'Assistenza primaria o di collegamenti con gli ospedali.
11. **Target di assistiti a cui si rivolgono i meccanismi operativi.** Sulla base della tipologia di assistiti a cui si rivolgono le procedure di collegamento previste dal progetto si è definito il target di assistiti secondo la seguente classificazione:
- **soggetto sano o apparentemente sano,** soggetto sul quale si può intervenire a scopo preventivo col supporto della medicina di opportunità e di iniziativa basata sull'educazione alla salute, sulla partecipazione strutturata a programmi di prevenzione attiva (primaria: promozione di stili di vita sani, vaccinazioni; secondaria: screening);
 - **paziente non classificato,** paziente al primo contatto con il Ssn, in regime di elezione urgenza per situazioni “non complesse” dal punto di vista specialistico e tecnologico;
 - **paziente cronico,** paziente classificato con specifica patologia cronica;
 - **paziente non autosufficiente e/o fragile,** dove per “non autosufficiente” si intende un soggetto che ha difficoltà a svolgere una o più funzioni della vita quotidiana (Adl) autonomamente e che necessita di assistenza per lunghi periodi di tempo di tipo resi-denziale o domiciliare, mentre per soggetto “fragile” si intende colui che si trova in una condizione di rischio e di vulnerabilità, caratterizzata da un equilibrio instabile di fronte a eventi negativi. Tale quadro include il deperimento (di massa muscolare, forza fisica e perdita di peso), la perdita della capacità di resistenza, la diminuzione dell'equilibrio, il rallentamento

nelle capacità motorie e la potenziale diminuzione della funzione cognitiva.

12. Strumenti informativi automatizzati. Si è analizzata la presenza di strumenti informativi utilizzati nell'ambito del progetto presentato, in particolare la presenza di un archivio informatizzato interno alla struttura (es.: scheda sanitaria informatizzata). In presenza dell'utilizzo di strumenti informativi, si è osservata l'integrazione tra sistemi informativi interni ed esterni alla struttura (es.: eventuali integrazioni tra la scheda sanitaria informatizzata e i sistemi aziendali per gestione di Pdta o integrazione con sistemi applicativi di ospedale, laboratorio, diagnostica per immagini, PS, ed altri, in più registri di patologia o di fragilità). Qualora presenti, inoltre, sono state create le seguenti categorie:

- archivi interni non integrati;
- archivi interni integrati ad uso esclusivamente clinico-assistenziale per il singolo paziente;
- archivi interni integrati ad uso clinico assistenziale e di programmazione e monitoraggio della popolazione assistita.

13. Strumenti di pubblicizzazione del servizio all'esterno. Sono stati indagati i meccanismi utilizzati per informare la popolazione assistita dell'esistenza e della fruibilità del ser-

vizio (es.: informazione tramite i Mmg con opuscoli, poster, ecc., informazione tramite siti web, comunicati stampa o altre modalità istituzionali, Carta di servizi, altro).

14. Strumenti di valutazione. È stata osservata l'eventuale presenza di sistemi per il monitoraggio delle attività, indicando, se specificate, le metodologie e gli strumenti individuati per la rilevazione delle attività svolte.

La checklist è stata applicata al materiale documentale consegnato dalle Regioni.

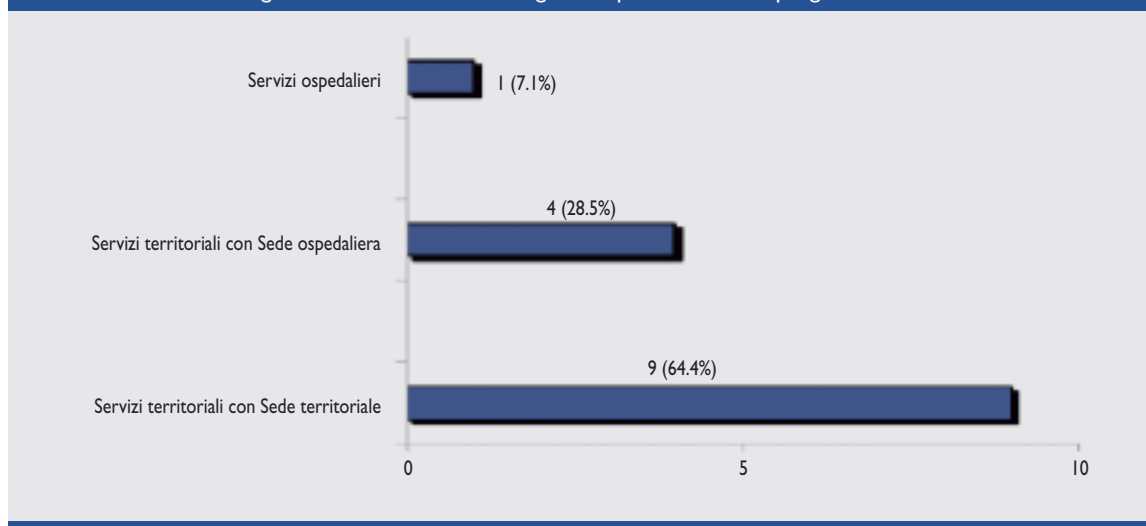
La concordanza tra i valutatori è stata pari a K statistico = 0.82; $p < 0.05$.

La compilazione della checklist ha portato alla produzione di 12 schede sintetiche, rappresentative dei contributi regionali presentati (in Appendice).

Dalle analisi di frequenza dei risultati emersi dall'applicazione della checklist alle diverse linee progettuali selezionate si è rilevato che il 57.2% dei progetti prevedeva una durata maggiore di 36 mesi, mentre il 14.2% minore o uguale a 12 mesi. La quasi totalità delle linee progettuali analizzate si trovava, al momento dell'analisi, in fase attuativa (92.9%).

Volendo indagare l'eventuale inserimento del progetto in un percorso di continuità e consolidamento di iniziative già in atto in ambito regio-

FIGURA I - Modalità organizzativa alternativa o integrativa sperimentata dal progetto



nale, dall'analisi è emerso che il 37.5% derivava da sviluppo di esperienze già presenti sul territorio, mentre nel 64.3% dei casi si trattava di iniziative e/o modelli innovativi nel contesto di riferimento.

Considerando i modelli organizzativi adottati dalle linee progettuali oggetto del Monitoraggio, finalizzati all'assistenza h24 ed alla riduzione dell'accesso improprio al PS, dando rilievo alla responsabilità di gestione e all'ubicazione del servizio, è emerso come il 92.9% delle linee progettuali è stato realizzato coinvolgendo i medici del territorio (Mmg, mca, pls), anche se nel 28.5% dei casi si è optato per la sede intra-ospedaliera di

questi servizi. Di fatto quindi nel 35.7% dei casi indipendentemente dalle responsabilità di gestione del servizio stesso, il paziente continua a ricevere risposte all'interno della struttura ospedaliera (Figure 1 e 2).

Volendo indagare l'eventuale inserimento del progetto in un percorso di continuità e consolidamento di iniziative già in atto in ambito regionale, dall'analisi è emerso che il 35.7% derivava da sviluppo di esperienze già presenti sul territorio, mentre nel 64.3% dei casi si trattava di iniziative e/o modelli innovativi nel contesto di riferimento.

Nella Figura 3 viene illustrato il coinvolgimento

FIGURA 2 - Sede di riferimento per il cittadino

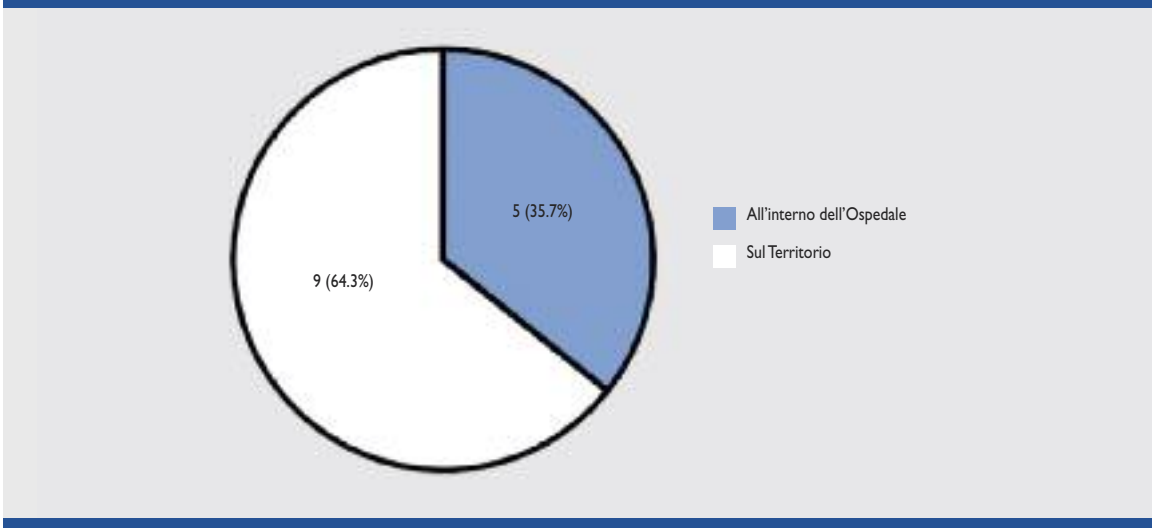
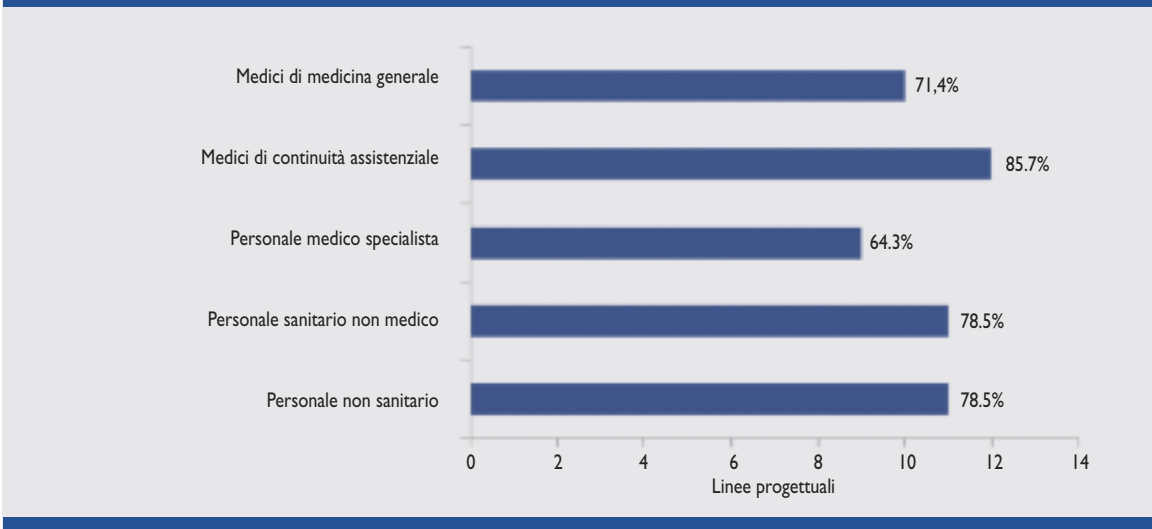


FIGURA 3 - Figure professionali coinvolte nelle linee progettuali analizzate



nel progetto delle diverse figure professionali mediche e non mediche. In particolare il mca è coinvolto nell'85.7% delle linee progettuali mentre nel 71.4% dei casi è coinvolto il Mmg. In 9 linee progettuali su 14 sono coinvolti anche specialisti. Considerando l'accessibilità alle strutture monitorate, per quanto riguarda gli orari di apertura, nel complesso 13 linee progettuali su 14 (92.8%) riuscivano a garantire un'apertura maggiore o uguale a 5 giorni settimanali, con circa la metà delle stesse (42.8%) che raggiungeva l'apertura di 7 giorni su 7. Considerando l'apertura oraria giornaliera, il 28.6% delle linee progettuali raggiungeva il target dell'apertura h24 (Figura 4).

Complessivamente 4 linee progettuali hanno presentato un'apertura di 7 giorni su 7 e 24 ore su 24. In questi ultimi casi l'apertura notturna veniva garantita principalmente dal servizio di Continuità assistenziale il quale aveva la sua sede all'interno della struttura del Progetto (3 linee progettuali), mentre in un caso era stata organizzata una turnazione notturna dei medici (Mmg e Mca) coinvolti nelle attività del progetto durante l'orario diurno.

Per le altre realtà (10 linee progettuali) è stata indagata l'eventuale presenza di un servizio di copertura telefonica durante gli orari di chiusura. La letteratura infatti dimostra come tale servizio,

se garantito da personale medico o infermieristico, sia in grado di migliorare sia l'accessibilità che la continuità assistenziale del servizio [13].

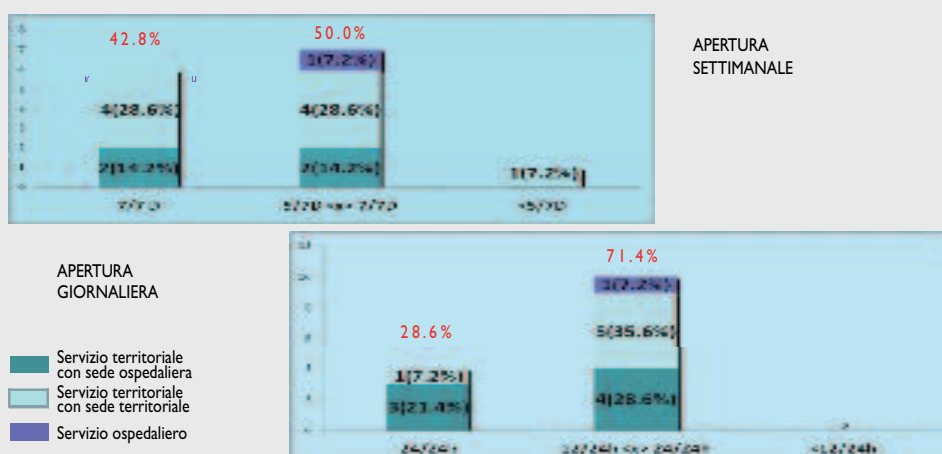
Dai risultati è emerso che la copertura telefonica durante la chiusura era prevista da 6 linee progettuali e veniva principalmente garantita grazie a specifiche collaborazioni attive con il servizio di Continuità assistenziale ordinario (4 linee progettuali), mentre in due casi si trattava di un servizio di tipo amministrativo.

Nelle restanti Linee progettuali, che non prevedevano una copertura telefonica, i pazienti potevano usufruire negli orari notturni e nei giorni festivi del servizio di Continuità assistenziale che non risultava però in collegamento organizzativo (presenza di specifici meccanismi operativi di coordinamento) con la struttura analizzata ai fini del monitoraggio.

Considerando il ricorso all'associazionismo medico, dal nostro studio è emerso come nel 71.4% dei casi fosse coinvolta una forma associativa e come questa fosse nella maggior parte dei casi di tipo strutturale (64.3%). (Figura 5)

Nel 57.2% dei casi la struttura valutata era dotata di sistemi di prioritizzazione dell'accesso, i quali nel 50% dei casi erano costituiti dal triage ospedaliero, mentre nell'altra metà dei casi erano stati definiti direttamente dalla struttura.

FIGURA 4 - Orario di apertura al pubblico del servizio oggetto di monitoraggio e relative tipologie



L'indagine in merito alla presenza di meccanismi operativi (procedure) di collegamento con altri servizi sanitari, sociali e socio-sanitari ha dimostrato come tale aspetto sia ritenuto rilevante dalla maggior parte delle linee progettuali analizzate, infatti tali collegamenti erano previsti nell'85.7% dei casi. Tali collegamenti erano realizzati esclusivamente con servizi territoriali nel 57.3% mentre esclusivamente con servizi ospedalieri nel 7.1% dei casi. Nel 21.4% delle linee progettuali esistevano procedure di collegamento sia con i servizi territoriali che con quelli ospedalieri.

L'indagine sui target di assistiti a cui si rivolgono i meccanismi operativi, ha evidenziato come il

principale destinatario dei meccanismi operativi previsti sia il paziente con bisogno di salute non ancora classificato, target del progetto.

È però da sottolineare come in 6 linee progettuali (42.8%) si prevedevano collegamenti anche per altri target oltre a quello indagato, i quali possono utilmente fruire dei setting ambulatoriali dei servizi.

Nell'85.7% delle linee progettuali sono state previste modalità di pubblicizzazione del servizio. Mentre per quanto concerne l'utilizzo di sistemi informativi, questi sono stati utilizzati nell'85.7% delle linee progettuali, anche se con un livello di sviluppo variabile tra le diverse realtà. (Figura 6)

FIGURA 5 - Coinvolgimento dell'associazionismo medico

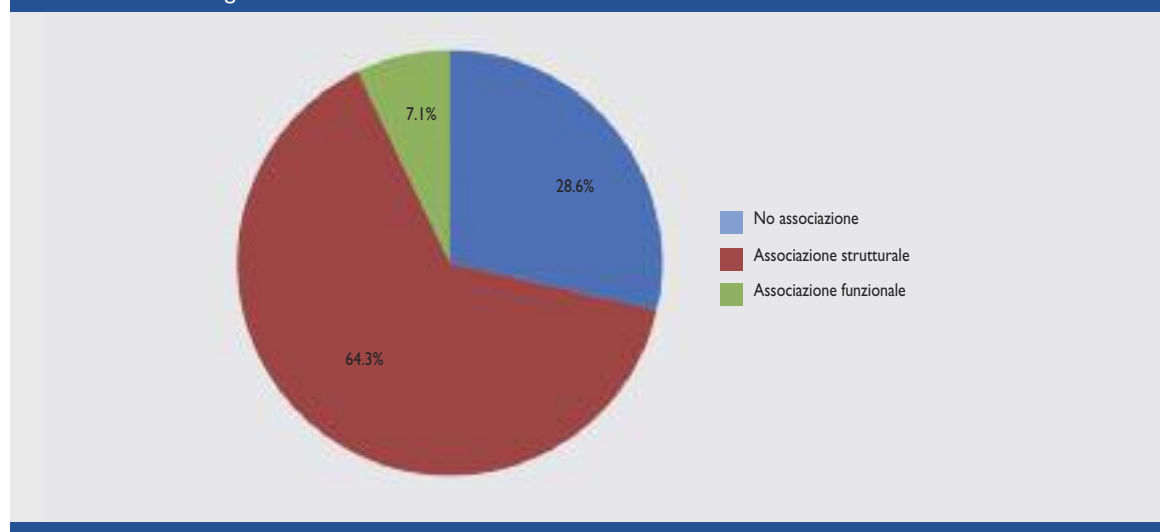
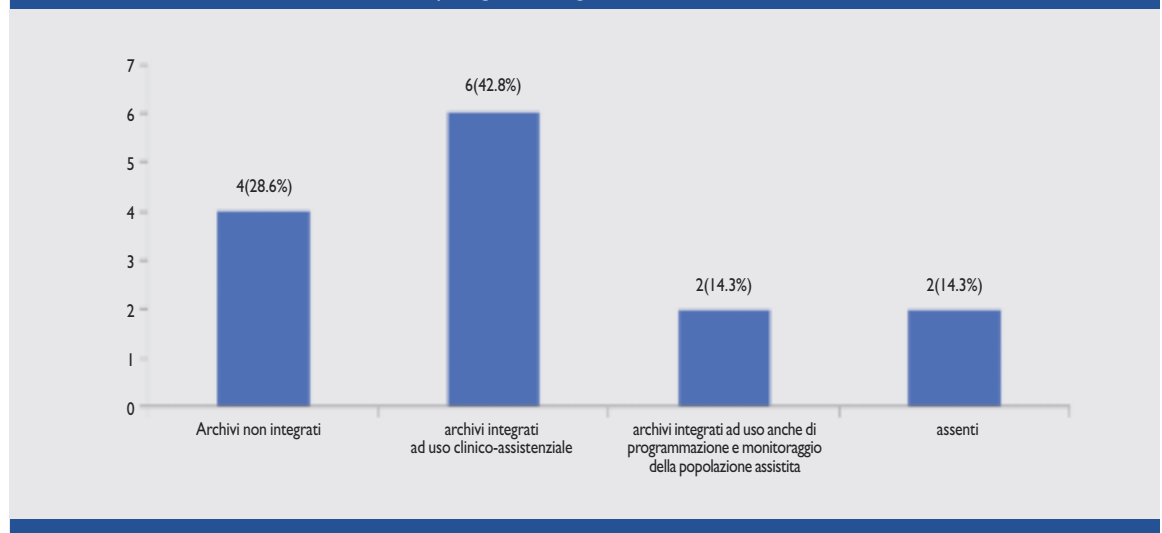


FIGURA 6 - Archivi informatici interni e tipologia di integrazione



Nel 100% delle linee progettuali sono presenti sistemi per la valutazione e il monitoraggio dell'attività. Anche in questo caso le metodologie di valutazione appaiono a diversi livelli di sviluppo.

CONCLUSIONI

Dai risultati del monitoraggio dei principali determinanti organizzativi e professionali dei progetti regionali volti al miglioramento dell'assistenza fornita sul territorio, al fine di promuovere la riduzione degli accessi impropri al PS, emerge come la risposta al bisogno di salute del paziente che non presenti effettive condizioni di urgenza, venga affrontata attraverso prospettive organizzative differenti.

Nella maggior parte delle linee progettuali presentate, le Regioni hanno effettuato scelte volte all'implementazione dei servizi ambulatoriali a gestione territoriale, ubicati in un contesto extra-ospedaliero, individuando nell'Assistenza primaria un valore strategico di risposta ad un incremento di accessi impropri ai servizi di emergenza-urgenza e di fisiologico riposizionamento di un'offerta di servizi che sia accessibile dal punto di vista temporo-spaziale (*accessibility*) e da quello finanziario (*affordability*) [14,15] e coerente con la tipologia del bisogno del singolo paziente.

In poco più di un terzo delle linee progettuali si è invece optato per la sede ospedaliera del servizio, anche se nella maggior parte dei casi la gestione dei pazienti è comunque affidata alle funzioni territoriali. Soltanto un progetto ha visto le funzioni ospedaliere direttamente coinvolte. Questa scelta comporta che il paziente, indipendentemente dalle figure professionali coinvolte nel servizio, di fatto continua a rivolgersi all'interno del contesto ospedaliero per ricevere risposta al suo bisogno di salute. Tra i vantaggi di tale approccio viene rilevata una maggiore facilità di stabilire collegamenti sia organizzativi che professionali tra i medici responsabili del primo contatto, i servizi di emergenza-urgenza e i servizi ospedalieri al fine di velocizzare le procedure diagnostiche e l'accesso alle visite specialistiche [1].

Per quanto riguarda i modelli ospedalieri, è opportuno sottolineare come a livello ministeriale vengano proposti quale possibile approccio al problema in fase transitoria: la scelta considerata strategica resta quella dei modelli territoriali con il supporto della Medicina generale [11].

Dal monitoraggio effettuato emerge come sia riconosciuto un ruolo centrale, nel contenimento degli accessi impropri al PS, ai medici del territorio, siano essi Mca o Mmg. Queste figure professionali vengono coinvolte nel 92.9% dei casi, seppur con diverse modalità collaborative.

La valorizzazione dell'organizzazione dei servizi territoriali e della professionalità dei medici del territorio nel rispondere alla peculiare domanda assistenziale che il paziente con bisogno di salute non ancora definito rivolge al Ssn, risulta in linea con le evidenze riscontrate in letteratura. Queste mostrano come lo sviluppo di un valido sistema di Assistenza primaria possa portare ad un miglioramento degli outcome di salute con particolare riguardo all'utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza [2].

Altro aspetto importante è il ruolo dell'associazionismo medico, che è presente nel 71.4% dei casi, prevalentemente di tipo strutturale e quindi con sede comune. Tale modalità organizzativa della Medicina generale, sempre più frequentemente aperta alla collaborazione di altre figure professionali mediche e non mediche, viene considerata alla base della garanzia di una maggiore accessibilità e continuità assistenziale non solo per il paziente cronico e/o non autosufficiente, ma anche per colui che si trova ad entrare in contatto con il Ssn per un bisogno di salute non ancora classificato e che non presenta caratteristiche di urgenza [13]. Anche il coinvolgimento degli specialisti nel contesto dell'Assistenza primaria risulta importante in termini di garanzia della continuità tra il livello primario e secondario dell'assistenza. Gli stessi possono inoltre consentire la crescita clinico professionale dei diversi operatori attraverso la formazione ed il radicamento nell'integrazione multidisciplinare e multi-profes-

sionale di protocolli clinico assistenziali aggiornabili [16].

Volendo fornire risposte adeguate al paziente che necessita di assistenza per bisogni di salute non urgenti, è importante sviluppare delle proposte organizzative e professionali che siano parte di una visione sistemica. Infatti, la gestione del primo contatto di questa tipologia di assistiti con il Ssn è da affrontare non attraverso risposte meramente prestazionali, ma inserendo questi momenti di incontro all'interno di una logica di processo in grado di filtrare le richieste del paziente fornendo risposte adeguate con tempi di attesa proporzionali alle necessità socio-sanitarie. Inoltre, è necessario prendere in considerazione non solo il bisogno contingente ma anche prevedere e attivare eventuali collegamenti per rispondere a bisogni assistenziali coesistenti, specifici in relazione alla tipologia di assistito.

Pertanto in un'ottica di programmazione, la funzione distrettuale, la Medicina generale, la rete di emergenza-urgenza, le altre reti afferenti al sistema di Assistenza primaria e le reti ospedaliere non possono essere considerate in maniera disgiunta. Inoltre, è necessario definire i nodi essenziali e i percorsi per gli assistiti che si rivolgono al Ssn con bisogni di salute che non presentano caratteristiche di urgenza, sia da un punto di vista organizzativo che per quanto riguarda le figure professionali coinvolte, all'interno di una rete assistenziale in grado di integrare i medici del territorio, gli specialisti e le professioni sanitarie e che preveda il coinvolgimento della funzione distrettuale.

Tale rete deve garantire collegamenti organizzativi attraverso meccanismi operativi ben definiti, in grado di fornire un coordinamento dell'offerta proporzionato al bisogno. In ingresso, collegandosi con la rete di emergenza-urgenza, al fine di concordare meccanismi di filtro unitari. In uscita, con le reti ospedaliere e con le altre reti (es. rete per la gestione della non autosufficienza, assistenza palliativa etc.), al fine di indirizzare coerentemente il paziente in funzione

della presenza di eventuali specifici e coesistenti bisogni di salute.

Attraverso l'implementazione di tali collegamenti organizzativi, dalla letteratura emerge che se il paziente percepisce che i medici del territorio hanno la possibilità di garantirgli rapido accesso ai servizi assistenziali di cui potrà aver bisogno, vi ricorrerà più facilmente e la sua fiducia verso gli stessi tenderà ad aumentare [1].

Al fine di raggiungere questi obiettivi è necessaria una chiara e sistemica strategia organizzativa di tipo regionale che, nel rispetto dei principi di un sistema universalista pubblico, riesca a definire in maniera sostenibile priorità di intervento su bisogni di salute adeguatamente misurati, presentare un offerta di servizi non frammentata e in una logica prestazionale ed in grado di monitorare e guidare i processi di assistenza con tempi e strumenti adeguati.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Lega F, *Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications*, Health Policy, 2008;88:326-338.
- 2 Wong ST, *Enhancing Measurement of Primary Health Care Indicators Using An Equity Lens: an ethnographic study*, International Journal for Equity in Health, 2011;10:38.
- 3 Damiani G, et al, *Assistenza Territoriale. Rapporto Osservatorio salute 2011*, Milano: Edizioni Prex
- 4 Guzzanti E, *L'Assistenza primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Edizioni Iniziative Sanitarie, 2009.
- 5 IOM, *Primary Care Medicine: A Definition. In A Man-power policy for Primary Health Care: Report of a Study*, Washington, D.C.: National Academy Press, 1978. Ch 2.
- 6 Starfield B, *Measuring the attainment of Primary Care*, J Med Educ., 1979;54(5):361-9.
- 7 Damiani G, *Comment on: Systematic Review: interventions intended to reduce admission to hospital of older people*, International Journal Of Therapy And Rehabilitation, 2010; 17(6):319-320.
- 8 Damiani G, Colosimo SC, Cosentino M, Anselmi A, Farelli V, Errico A, Ricciardi W, *Lo sviluppo dell'Assistenza primaria ed il valore dell'integrazione per il distretto*, I quaderni di Monitor (Agenas), 2011; 27 (Suppl. 8):141-150.
- 9 Belleri G, *L'urgenza differibile è quella degli altri*, Occhio clinico 2006;9:30-5.
- 10 Lo Monaco N, Progetto N. 3-Azienda ULSS 10, *Presidi Ospedalieri di S. Donà di Piave, Portogruaro, Jesolo*, in: Report finale del-

- la sperimentazione nazionale. Concettualizzazione, sviluppo e valutazione di strumenti di osservazione e di intervento che aumentino l'uso appropriato dell'ospedale per acuti, 2001:44-54.
- 11 Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale* (11 maggio 2009), Reperibile al link: http://www.agenas.it/psn_op/Doc/Normative/09_LINEE_GUIDA_ASSISTENZA_H24.pdf
- 12 ACN 23 marzo 2005, ACN 29 luglio 2009, ACN 8 luglio 2010 *Accordi Collettivi Nazionali della Medicina generale*. Reperibile al link: http://www.sisac.info/ActionPagina_432.do
- 13 Haggerty J.L, *Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care*, *Ann Fam Med*, 2008;6:116-123.
- 14 Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R, *Continuity of care: a multidisciplinary review*, *BMJ*, 2003;327(7425):1219-21.
- 15 Guagliardo F, *Review Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges*, *International Journal of Health Geographics*, 2004,3:3.
- 16 Damiani G, Colosimo SC, Cosentino M, Ricciardi W, *Assistenza primaria e Distretto, dallo sviluppo di modelli al modello di sviluppo. Spunti di riflessione per una Vision Sostenibile. "La qualità del sistema di assistenza territoriale e il valore delle relazioni per un distretto convincente"*, in: *Atti dell'VIII Congresso Nazionale Card*. Padova, 16-17-18 settembre 2010: 135-147.

Casi studio. Esperienze regionali per la riduzione degli accessi al Pronto soccorso

di **Andrea Donatini**

Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna

L'assistenza in Pronto soccorso, interfaccia cruciale tra ospedale e medicina territoriale, è attualmente una delle aree di maggior interesse nel campo della programmazione sanitaria. Il Pronto soccorso ha, infatti, affrontato negli ultimi 5 anni un incremento continuo di affluenza, soprattutto per problematiche non urgenti, affrontabili in un contesto organizzato di Cure primarie dal medico di Medicina generale, dal pediatra di libera scelta o dal medico di guardia medica [3, 6]. Le conseguenze di questi comportamenti sono piuttosto evidenti:

- esposizione del Pronto soccorso ad una pressione elevatissima a discapito dell'assistenza a favore dei casi urgenti;
- frequenti episodi di sovraffollamento con inevitabili lunghe attese per i pazienti;
- falsa convinzione, nei cittadini, che una buona cura coincida con una prestazione rapida ed efficiente [1].

Il ricorso al Pronto soccorso spesso avviene per motivazioni scarsamente appropriate che potrebbero essere tranquillamente trattate in contesti assistenziali più appropriati. Sono molteplici i fattori che spingono i cittadini a rivolgersi al Pronto soccorso: scarsa fiducia nella Medicina generale, "comodità" nella convinzione che al Pronto soccorso sia possibile ottenere una risposta in tempi brevi senza dover affrontare i tempi di at-

tesa che spesso contraddistinguono il sistema sanitario nazionale, salute vissuta come un diritto al quale non si può prescindere, ansia. I cittadini, inoltre, preferiscono rivolgersi al Pronto soccorso per scarsa fiducia nei confronti del Servizio di guardia medica. Uno studio pubblicato su Prospettive sociali e sanitarie nel 2008 ha identificato con chiarezza tutti i possibili fattori che portano i cittadini a rivolgersi al Pronto soccorso[1]. In Italia alcuni studi hanno individuato i possibili fattori che maggiormente contribuiscono agli accessi impropri al Pronto soccorso. I risultati confermano quanto discusso in precedenza ed in particolare che i cittadini tendono a rivolgersi al Pronto soccorso per la maggior disponibilità e accessibilità di strumenti diagnostici [4], la maggior fiducia nel Pronto soccorso come punto di assistenza, ma anche la visione del Pronto soccorso come punto di assistenza al quale ci si può rivolgere in qualsiasi momento della giornata senza dover adattare i propri orari. Rispetto al ruolo delle Cure primarie nel prevenire accessi inappropriati al Pronto soccorso, gli studi considerati concordano nell'evidenziare che la partecipazione del medico di Medicina generale di riferimento ad una delle forme associative si correla in maniera significativa a una riduzione del rischio di accesso al PS [1, 6]. Una indagine condotta nel 2008 ha tuttavia rilevato come i cittadini spesso, pur fidandosi del Medico di medicina generale,

non lo ritengano in grado di risolvere la problematica sanitaria per la quale si sono rivolti al Pronto soccorso, che viene individuato come unico luogo dove risolvere il problema di salute[2].

L'obiettivo della programmazione sanitaria deve quindi essere quello di individuare soluzioni organizzative in grado di promuovere un utilizzo appropriato del Pronto soccorso e, contestualmente, di fornire alla popolazione soluzioni alternative per la gestione della casistica meno complessa. Le Cure primarie, ed in particolare i Medici di Medicina generale, rappresentano indubbiamente uno dei punti cardine di questa riorganizzazione.

Fasce più ampie di apertura, la possibilità di svolgere attività ambulatoriale anche a favore degli assistiti degli altri medici associati, la condivisione informatica dei dati clinici dell'assistito, la copertura ambulatoriale a rotazione della fascia oraria serale, l'apertura dell'ambulatorio il sabato mattina, l'istituzione di un servizio di call-center per la gestione delle richieste di visita ambulatoriale e domiciliare sono tutti elementi in grado di apportare un concreto valore aggiunto nel "filtrare" gli accessi al PS.

Le Regioni e le Aziende Usl si stanno impegnando per mettere a punto progetti assistenziali in grado di affrontare questo problema. Le esperienze pilota vanno dalla estensione della fascia di apertura degli ambulatori della Medicina generale, al rafforzamento del ruolo del medico di Medicina generale come valida ed affidabile alternativa al Pronto soccorso, dalla attivazione di punti di prima assistenza all'interno del Pronto soccorso affidati alla gestione dei Medici di medicina generale alla creazione di canali preferenziali per l'accesso a prestazioni diagnostiche riservati ai medici di famiglia per i pazienti che necessitano di assistenza urgente.

La numerosità di soluzioni progettuali per un utilizzo appropriato del Pronto soccorso non è tuttavia affiancata da esperienze di valutazione dell'impatto dei progetti pilota in grado di stimare la reale efficacia delle soluzioni proposte ed indi-

viduare il contesto e le condizioni necessari per ridurre accessi inappropriati e quindi evitabili al PS [4]. La mancanza di attività sistematiche di valutazione è uno dei problemi che caratterizza il sistema pubblico in Italia: si investe poco per indagare in modo rigoroso se e quanto gli interventi promossi riescano a contrastare i problemi che ne hanno motivato l'esistenza [5].

In questo contesto si inserisce il progetto Monitoraggio dei progetti regionali sugli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Psn - Linea progettuale: Cure primarie, assistenza h24 e riduzione dell'accesso improprio al Pronto soccorso.

La finalità è quella di analizzare alcuni dei progetti regionali/aziendali per la riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso e cercare, per la prima volta in Italia, di capire:

- se le progettualità individuate (la "terapia") sono riuscite ad affrontare ed a risolvere in modo efficace il problema;
- se e in che misura l'intervento è riuscito a modificare la situazione nella direzione desiderata;
- quali progettualità si sono rivelate più efficaci e per quali tipologie di popolazione.

Nell'ambito del Monitoraggio dei progetti regionali sugli obiettivi prioritari di Psn, è in corso anche un'analisi dell'impatto delle politiche regionali per la promozione dell'appropriatezza degli accessi al Pronto soccorso, con particolare attenzione alle modalità con cui le caratteristiche economiche ed organizzative della Medicina generale possono riflettersi in un maggior ricorso a questa forma di accesso.

Delle dodici Regioni partecipanti al Monitoraggio, quattro hanno aderito volontariamente a questa fase di approfondimento, mettendo a disposizione informazioni tratte dalle proprie banche dati riferite ai propri residenti e, ove possibile, anche gli eventuali sistemi di rilevazione previsti in modo specifico nell'ambito dei propri progetti. Oggetto di indagine sono quindi i Casi studio rappresentati dalle Regioni Emilia-Romagna, Veneto, Toscana e Calabria. Al fine di realizzare l'a-

nalisi statistica dei casi studio, valutando l'impatto prodotto da queste quattro esperienze regionali sugli accessi in Pronto soccorso non seguiti da ricovero, il Monitoraggio dei progetti regionali sugli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Psn Linea progettuale. Cure primarie - assistenza h24 si è avvalso della collaborazione della Scuola superiore di politiche per la salute (Sps), Alma Mater Studiorum Università di Bologna, che ha raccolto le diverse banche dati e svolto l'analisi statistica descrittiva delle diverse sperimentazioni.

In particolare ogni Regione ha fornito per l'analisi i seguenti dati:

- informazioni relative agli accessi in Pronto soccorso non seguiti da ricovero per gli anni 2007-

2012 per tutti gli assistiti di età ≥ 14 in carico ai Mmg (caratteristiche socio-demografiche, caratteristiche sanitarie, caratteristiche dell'accesso);

- caratteristiche anagrafiche e organizzative dei Mmg di riferimento per la popolazione target (caratteristiche demografiche, caratteristiche della convenzione, caratteristiche della lista assistiti);
- Dati di offerta a livello di distretto e di azienda: PS esistenti e punti bianchi, Case della salute/sedi di riferimento per forme associative avanzate, Caratteristiche territoriali del Distretto, Dati di offerta assistenza specialistica ambulatoriale (diagnostica, laboratorio e visite), Dati di consumo assistenza specialistica ambulatoriale (diagnostica, laboratorio e visite) e ricoveri, posti letto.

BIBLIOGRAFIA

1. Di Tommaso F, Falasca P, Rossi A, Lolli V, Calderone B, Nicoli A, Pronto soccorso: verso un uso responsabile, Prospettive Sociali e Sanitarie, 2008, 21, 4-6
2. Di Tommaso F, Falasca P, Calderone B, Nicoli A, Rossi A, Cittadini al Pronto soccorso. I fattori che inducono all'utilizzo del servizio, Salute e territorio, 180: 188-190, 196, 2010
3. Di Tommaso F, Falasca P, Calderone B, Nicoli A, Berardo A, Rossi A, Analisi dei fattori psico-sociali e sanitari che hanno indotto i cittadini all'uso non appropriato del Pronto soccorso nella Ausl di Ravenna nel 2008, Notiziario Istituto Superiore Sanità 2010;23(2):iii-iv
4. Lega F, Mengoni A, Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications, Health Policy, 2008, 88, 326-338
5. Martini A, Sisti M, Valutare il successo delle politiche pubbliche, 2009, Il Mulino, Bologna
6. Saugo M, Mantoan D, Toffanin R, Rubin R, Pellizzari M, Accessi al Pronto soccorso: Ruolo delle pratiche di Medicina generale singole e associate dell'Azienda ULSS "Alto Vicentino", Bollettino informativo del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto, 2, giugno 2008 pp.7-8

Regione Calabria

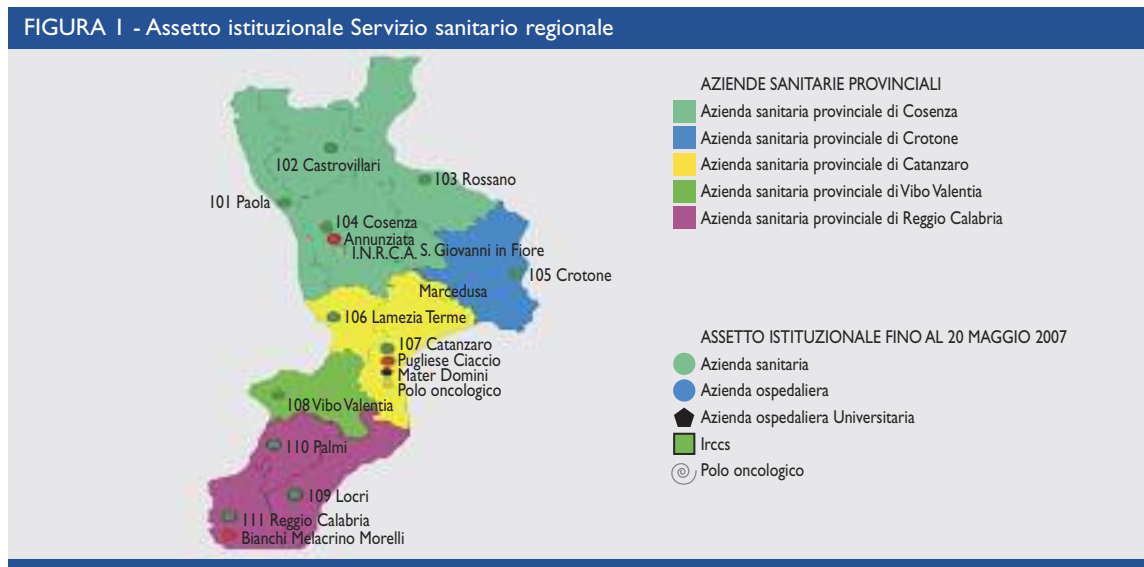
di Caterina Azzarito

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, Regione Calabria

CONTESTO REGIONALE

La Regione Calabria partecipa al Monitoraggio dei progetti regionali sugli obiettivi prioritari di Psn - Linea operativa: "Assistenza primaria, assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso" con il "Progetto sperimentale per la realizzazione dell'Assistenza Territoriale Integrata (Ati)", che - in recepimento dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina generale del 2009 e dell'Accordo integrativo regionale dei Medici

di medicina generale approvato con la Dgr 08.08.2006, n. 580 - prevede l'implementazione delle forme associative e, in particolare, della medicina di gruppo e della medicina di rete. Il progetto regionale, che rappresenta un'esperienza pilota della durata di 14 mesi, è stato approvato con la Dgr 05.05.2009, n. 250: "Obiettivi di Psn. Approvazione linee progettuali anno 2009 (Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009)" ed è in linea con gli atti normativi conseguenti al Piano di rientro si-



glato con l'Accordo del 17.12.2009, con particolare riferimento al riordino della rete dell'emergenza-urgenza e della rete territoriale (Dca 22.10.2010, n. 18 - Allegati 2 e 3).

L'ambito in cui si svolge la sperimentazione è distrettuale e riguarda il Distretto del Lametino Comune di Lamezia Terme, dell'Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro. Sul territorio esistono due forme organizzate con funzioni di gruppo per la Medicina generale (Mg) e due forme organizzate con funzioni di gruppo di pediatri di libera scelta (Pls). Inoltre, esistono quattro forme organizzate in rete per la Mg e una organizzata in rete per la Pls.

La sede di erogazione dell'Assistenza territoriale integrata è a breve distanza dal Distretto del Lamentino Asp di Catanzaro e dall'Ospedale Giovanni Paolo II di Lamezia Terme, inserita in un contesto abitativo densamente popolato e facilmente raggiungibile.

Il bacino d'utenza è rappresentato dalla popolazione del Comune di Lamezia Terme, che consta di circa 72.000 abitanti, mentre la popolazione target della sperimentazione consta di circa 10.000 abitanti.

L'obiettivo generale del progetto è la creazione e la sperimentazione di un modello organizzativo di Assistenza territoriale integrata h24 (Ati), che mira a ridurre gli accessi impropri nelle struttu-

re di emergenza e a migliorare la rete assistenziale territoriale, con i seguenti *obiettivi specifici*:

- assicurare una appropriata erogazione dei servizi;
- garantire una continuità assistenziale h24 con la totale presa in carico dei pazienti;
- attivare programmi di promozione della salute e di educazione sanitaria;
- fornire le attività specialistiche per l'abbattimento di liste d'attesa;
- ridurre gli accessi al PS e a ricoveri impropri;
- attivare specifici percorsi assistenziali per una più efficace integrazione socio-sanitaria;
- attivare specifici percorsi diagnostico/terapeutici/socio-assistenziali per pazienti fragili, scarsamente autosufficienti, a rischio di eventi acuti o riacutizzazioni.

La sperimentazione è caratterizzata da una *sede unica* (lo Studio Michelangelo) e dal coinvolgimento di diverse professionalità sanitarie, sia mediche (specialisti ambulatoriali e ospedalieri, Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale) sia non mediche, con un ruolo di rilievo in particolare dedicato alla componente infermieristica, che garantisce la copertura telefonica durante tutto l'orario di apertura h24, 7 giorni su 7.

In particolare, sono coinvolti nel Progetto:

- n. 6 Medici di medicina generale (Mmg);

- n. 2 pediatri di libera scelta (Pls);
- n. 3 medici ad incarico per la Continuità assistenziale (Mca);
- n. 6 infermieri professionali;
- n. 6 personale amministrativo;
- n. 1 medico specialista chirurgo generale ambulatoriale convenzionato con il Distretto sanitario;
- n. 1 medico specialista chirurgo vascolare ospedaliero;
- n. 2 tecnici della riabilitazione/Fkt;
- n. 1 tecnico di podologia;
- n. 1 tecnico informatico;
- n. 6 volontari dei servizi sociali.

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ

La copertura del servizio viene realizzata attraverso una turnazione tra i medici di continuità assistenziale (Mca) e i Medici di medicina generale (Mmg), con l'intento di garantire sia la continuità temporale sia assistenziale per il singolo paziente che si rivolge al servizio.

I Mmg svolgono a turno le attività convenzionali nelle 12 ore diurne (ore 8:00-12:00 e 16:00-20:00 nei giorni feriali; ore 8:00-10:00 al sabato), garantendo anche il soddisfacimento dei codici bianchi e verdi; svolgono, inoltre, a turno il servizio di continuità assistenziale notturna e prefestiva per le eccedenti 38 ore settimanali dei medici incaricati della Continuità assistenziale.

I Mca a turno soddisfano i codici bianchi e verdi dalle ore 12:00 alle ore 16:00 nei giorni feriali e, per le ore eccedenti fino al raggiungimento delle 38 come da incarico, sono attivi sul territorio per la co-gestione programmata di alcuni pazienti fragili.

I Pls a turno svolgono le attività convenzionali ed i codici bianchi e verdi dalle ore 8:00 alle ore 12:00 e dalle ore 16:00 alle ore 20:00.

I medici specialisti sono presenti per 6 ore settimanali in straordinario e svolgono le loro attività in sede o a domicilio dei pazienti fragili, coadiuvati dal personale infermieristico.

Gli infermieri presenti in sede a turno svolgono le attività professionali garantendo la presenza h24, coadiuvando le attività dei medici.

Gli infermieri, i tecnici di FKT e il tecnico podologo si recano a domicilio dei pazienti fragili ad effettuare le prestazioni secondo prescrizione medica.

I volontari dei servizi sociali, presenti in sede a turno nelle 12 ore diurne dei giorni feriali, soddisfano le necessità non mediche dei pazienti non autosufficienti.

Per l'erogazione dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi) territoriale, è stato allestito un protocollo di fragilità nel quale sono indicati i criteri di eleggibilità, le modalità di intervento e l'intensità delle azioni da eseguire.

Il personale amministrativo è presente a turno e garantisce il servizio di prenotazione e di sportello nelle 12 ore diurne (8.00 – 20.00) dei giorni feriali, nonché il sabato e i prefestivi per 6 ore (8:00 – 14:00).

Con il Dipartimento di emergenza-urgenza e Accettazione - Pronto soccorso - Continuità assistenziale (Rete emergenza-urgenza) è stato attivato un collegamento telefonico che consente lo scambio di informazioni mediche tratte dalla Scheda sanitaria informatica, inerenti il singolo paziente, in caso di intervento in urgenza. A tale proposito è in fase avanzata la possibilità del trasferimento telematico dei dati da e per il Pronto soccorso. È, inoltre, attivo il collegamento con alcune U.O. ospedaliere (Oculistica, Ortopedia, Urologia), che si sono rese disponibili per le dimissioni protette.

SISTEMI INFORMATIVI

Lo strumento fondamentale per la gestione del modello di Assistenza territoriale integrata è rappresentato dall'uso della tecnologia informatica; il software di sistema, ad hoc allestito, consente infatti la gestione della Scheda Sanitaria Informatica, che raccoglie la registrazione automatica delle attività quotidiane, la gestione degli afflussi e delle prenotazioni, dei contatti telefonici e ati-

pici, dei collegamenti in telemedicina e degli allerta automatici. Ogni operatore ha a disposizione hardware fissi e mobili funzionalmente collegati ad un server centrale, che consente l'arricchimento del sistema, la gestione dei flussi, la pianificazione degli interventi, il monitoraggio delle attività, la creazione di una banca dati.

I sistemi informativi in uso prevedono, infatti, un'integrazione volta a:

- finalità clinico-assistenziali per il singolo paziente (cartella informatizzata);
- finalità di programmazione, monitoraggio e valutazione dei servizi erogati;
- valutazione dell'impatto sulla riduzione degli ac-

cessi impropri al PS e sulla riduzione dei ricoveri impropri.

In generale, in sede i pazienti ricevono anche:

- supporto amministrativo per effettuare prenotazioni di servizi esterni alla struttura;
- specifici percorsi di prioritizzazione per servizi offerti dalla struttura stessa.

La struttura è dotata di carta dei servizi ed esistono collegamenti formalizzati con realtà sia progettuali che assistenziali che insistono sullo stesso bacino di utenza (pazienti non autosufficienti tramite servizi di assistenza domiciliare integrata e pazienti affetti da patologia cronica tramite collegamenti con la specialistica ambulatoriale).

Regione Emilia-Romagna

di Andrea Donatini

Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari
Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia Romagna

CONTESTO REGIONALE

La Regione Emilia-Romagna partecipa all'approfondimento dei Casi studio con l'esperienza relativa all'estensione degli orari di apertura degli ambulatori dei Medici di medicina generale (Mmg) del Distretto di Parma, nell'ambito dell'Azienda Usl di Parma, che ha preso avvio dal 1° gennaio 2008 ed è tuttora in corso. La scelta di estendere gli orari di apertura degli ambulatori è il risultato delle indicazioni dell'Accordo Integrativo Regionale (Air) con i Mmg siglato il 29 settembre 2006 con la Dgr n. 1398/2006. L'Air prevedeva, nell'ambito del percorso di riorganizzazione dell'assistenza territoriale della Regione, lo sviluppo dei Nuclei di Cure primarie (NCP) per:

- favorire l'integrazione professionale con gli altri operatori;
- promuovere la continuità assistenziale territoriale;
- rafforzare le forme associative più funzionali al-

lo sviluppo degli obiettivi del Nucleo di Cure primarie.

La scelta rientra nel processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale con la finalità di garantire una risposta il più possibile integrata, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, alla complessità dei bisogni (L.R. n. 2/03, L.R. n. 27/04, L.R. n. 29/04, Piano Sociale e Sanitario). L'obiettivo finale è il consolidamento del ruolo di committenza ed integrazione del Distretto e dei Ncp i quali, attraverso l'azione dei Medici di assistenza primaria e di Continuità assistenziale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti territoriali, degli infermieri, delle ostetriche e degli operatori socio assistenziali, rendono possibile lo sviluppo del modello di reti integrate, fondato su di un sistema di autonomie e responsabilità e finalizzato a rispondere alle differenti esigenze assistenziali sanitarie e sociali dei cittadini.

Tra le modalità organizzative funzionali al po-

tenziamento dell'assistenza territoriale, l'Air stabiliva che i Mmg appartenenti a forme associative della Medicina generale (reti e gruppi) potessero coordinare le fasce orarie di attività ambulatoriale per assicurare l'assistenza nell'arco delle 12 ore diurne. In particolare, la disponibilità minima da garantire era pari ad almeno 7 ore giornaliere, distribuite nel mattino e nel pomeriggio. Questa possibilità consentiva di applicare ancora più estesamente quanto previsto dal vigente Accordo collettivo nazionale: l'impegno da parte dei Mmg aderenti alle forme associative di svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti di altri medici della forma associativa con la finalità, durante le ore diurne (dalle 8 alle 20) di garantire agli assistiti una maggior accessibilità agli studi e, contestualmente, ridurre il ricorso al Pronto soccorso per condizioni con le caratteristiche della non urgenza.

Da un punto di vista economico, l'Air prevedeva che la disponibilità dei Mmg appartenenti a forme associative ad ampliare l'accessibilità agli studi medici, mediante il coordinamento degli orari di apertura degli ambulatori, fosse remunerata con un compenso aggiuntivo pari a 1 € per ogni assistito e per ogni ora aggiuntiva rispetto alla sesta e fino alla dodicesima.

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ

Il Distretto di Parma è composto, oltre che da Parma, da Colorno, Sorbolo, Torrile e Mezzani, con una popolazione residente di 216.685 persone (0-14 anni: 13,0%, 15-64 anni: 65,6%, 65+ anni: 21,4%).

Al 1° gennaio 2008, vi operavano 149 Mmg; di questi, 24 non appartenevano ad alcuna forma associativa, mentre i restanti medici erano così organizzati:

- 3 appartenevano ad una medicina in associazione;
- 56 appartenevano a 13 medicine di rete;
- 66 appartenevano a 15 medicine di gruppo.

Dal 1° gennaio 2008, i Mmg del Distretto di Parma hanno iniziato progressivamente a coordinare gli orari di apertura dei propri ambulatori per garantire una maggior accessibilità da parte degli assistiti. Attualmente, tutte le forme associative (reti e gruppi) del Distretto garantiscono un'apertura "estesa" degli ambulatori: 4 forme associative si limitano a garantire solo l'apertura giornaliera di 7 ore, mentre 4 forme associative (3 gruppi ed una rete) raggiungono le 12 ore.

Le nuove modalità organizzative prevedono che i medici si avvicendino in orari diversi per ga-

FIGURA 2 - Assetto istituzionale Servizio sanitario regionale

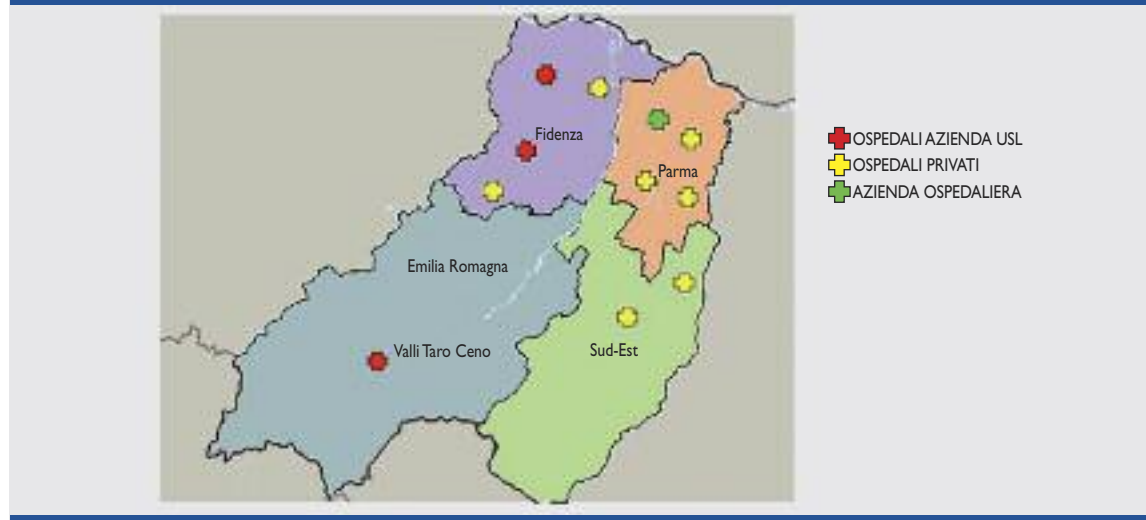
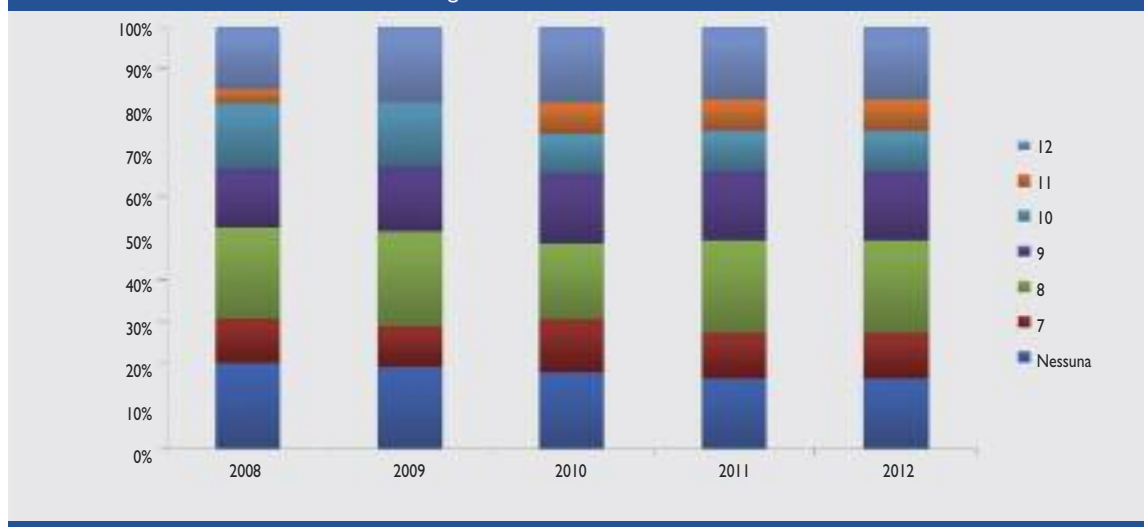


FIGURA 3 - L'evoluzione dell'estensione degli ambulatori nel Distretto di Parma



rantire una apertura prolungata ed un accesso facilitato. Per ricette o problemi urgenti, i pazienti – in assenza del medico di scelta – possono rivolgersi ai colleghi presenti in quel momento nell'ambulatorio. Ciascun medico ha accesso, mediante collegamento informatico, alle cartelle cliniche elettroniche degli altri colleghi.

■ Prestazioni

In linea generale, le prestazioni da erogare hanno la caratteristica della “non urgenza/emergenza”, ma anche della non differibilità alle successive 24/48 ore o, comunque, alla prima disponibilità del medico curante.

■ Ricettazione

Viene garantito il fabbisogno di farmaci indispensabili e relativi a terapie da non interrompere ai fini della salvaguardia dello stato di salute del paziente, per quantità limitate alla copertura del periodo fino alla disponibilità del medico curante e riguardanti solo il farmaco venuto a mancare al paziente.

CARATTERISTICHE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO INDIVIDUATO E FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

■ Medici

Il progetto coinvolge i Mmg che partecipano alle forme associative della medicina di rete e di gruppo.

■ Personale di supporto

Le medicine di gruppo e di rete possono fare affidamento su collaboratori di studio professionale e di infermieri professionali il cui utilizzo, previa autorizzazione aziendale, viene remunerato dall'Azienda Usl con il compenso previsto da vigente Accordo collettivo nazionale (3,5 € per assistito per i collaboratori di studio e 4 € per assistito per gli infermieri professionali). La presenza di personale infermieristico e di segreteria consente sia di migliorare l'accoglienza per gli assistiti (ad esempio gestione appuntamenti, ricettazione) che la presa in carico di alcune patologie croniche.

Trattandosi di patologia a minore gravità, non è prevista alcuna prioritizzazione ed i pazienti accedono all'ambulatorio in relazione all'ordine di arrivo. In tutti gli ambulatori dei medici che aderiscono a forme associative che garantiscono l'apertura coordinata sono previsti cartelli che forniscono ai pazienti informazioni circa gli orari di apertura degli ambulatori dei medici ai quali si possono rivolgere.

IL SISTEMA INFORMATIVO

Tutti i Mmg gestiscono la documentazione sanitaria mediante applicativi informatici. Come previsto dall'Accordo collettivo nazionale, i medici che partecipano alla medicina di rete e di gruppo debbono garantire il collegamento reciproco

degli studi con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione.

Tutti i medici, inoltre, aderiscono al progetto Sole, ossia la rete telematica promossa nel 2003 dal-

la Regione per facilitare il dialogo tra tutti i professionisti del Servizio sanitario regionale e per semplificare il rapporto dei cittadini con i servizi di cui usufruiscono favorendo la diffusione delle informazioni.

Regione Toscana

di **Piero Salvadori**
Azienda Ulss 11 di Empoli

CONTESTO REGIONALE

La Casa della salute (Cds) nella Regione Toscana è un nuovo modello per la sanità territoriale attraverso la quale i cittadini possono disporre di un presidio impegnato e organizzato per la presa in carico della domanda di salute e di cura e, quindi, per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria. Nasce dalla normativa nazionale sulle Unità territoriali di assistenza primaria (Utap) e da quella regionale, che ha previsto l'attivazione delle Unità di Cure primarie (Ucp). In particolare, la Casa della Salute è stata istituita con Dgr 28.06.2010, n. 625 "Sperimentazione del modello assistenziale Casa della salute" e si inserisce nell'ottica dell'Accordo collettivo nazionale 2009 come possibile speri-

mentazione delle Unità di Medicina generale (Umg). Oggi trova collocazione tassonomica nella Uccp (Unità complessa di Cure primarie) prevista nei vigenti accordi per la Medicina generale, Pediatria di famiglia e Specialistica ambulatoriale.

Nella Regione Toscana, nell'anno 2011 erano attive 11 Case della salute e 14 in progetto. Le 11 già realizzate avevano bacino di utenza di 121.000 abitanti con il coinvolgimento di:

- 91 Mmg,
- 2 Pls,
- 59 infermieri,
- 21 assistenti sociali.

Tutte le 11 Case della salute attive offrivano una presa in carico socio-sanitaria e 9 su 11 era-

FIGURA 4 - Case della salute in progetto



no aperte h24, 7 giorni su 7.

La Dgr 25.05.2009, n. 442 ha previsto la sperimentazione del modello assistenziale “Casa della salute”, con una articolazione in 16 sottoprogetti. Per la partecipazione al Monitoraggio dei Progetti regionali sugli obiettivi prioritari di Psn – Linea operativa: “Assistenza primaria, assistenza h24 e riduzione dell’accesso improprio al Pronto soccorso” è stata scelta il modello della Casa della salute (Cds) S. Andrea di Empoli, con cui la Regione partecipa anche al Caso studio.

La sperimentazione della Casa della salute ha l’obiettivo generale di organizzare e sperimentare un presidio integrato socio-sanitario con apertura h24, 7 giorni su 7, capace di costituire un punto di riferimento globale per il cittadino sul territorio per la globalità dei suoi bisogni di assistenza primaria attraverso:

- miglioramento continuo del processo e del percorso assistenziale;
- presa in carico socio-sanitaria dei bisogni del cittadino;
- trattamento della cronicità nei suoi vari aspetti;
- realizzazione dei principi del Chronic Care Model;
- appropriatezza delle prestazioni attraverso la riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso, la riduzione del ricorso alla specialistica e la riduzione del tasso di ricovero;
- aumento della presa in carico delle problematiche sociali;
- sperimentazione di nuovi modelli di lavoro integrati tra Medici di medicina generale (Mmg), infermieri, amministrativi, specialisti, assistenti sociali e medici della continuità assistenziale (Mca);
- semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni.

CARATTERISTICHE DELLA CASA DELLA SALUTE (CDS) DI EMPOLI

L’attività della Cds di Empoli è svolta da 5 Medici di medicina generale, 4 infermieri, 1 assistente sociale e personale amministrativo. Nella stessa struttura sia la Ausl sia tre sedi di volontariato On-

lus svolgono altre attività. Si trova a circa 500 metri dall’Ospedale di Empoli. È collegata fisicamente con la postazione di continuità assistenziale, che ne assicura un servizio di 7 giorni su 7, 24 ore al giorno. Nei piani sottostanti è presente una farmacia comunale, oltre ad attività private quali una palestra e un centro di fisioterapia.

I collegamenti telefonici sono effettuati con tecnologia *voip* (*voice over internet protocol*) e, oltre ad un centralino dedicato, è presente un sistema di cablaggio per i computer aziendali e per il trasferimento dei dati.

La struttura si trova nelle vicinanze di un centro commerciale e direzionale in posizione leggermente decentrata rispetto al centro storico della città, ma è nelle immediate vicinanze dello svincolo della strada di grande comunicazione Firenze-Pisa-Livorno e dispone di un ampio parcheggio auto.

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ

Il Mmg svolge orario 8:00-20:00, dal lunedì al venerdì e il sabato fino alle ore 10:00; la Cds, infatti, è sede della Medicina di gruppo. Gli ambulatori infermieristici affiancano quelli dei Mmg e li supportano nella gestione routinaria dei malati cronici all’interno del Chronic Care Model e della sanità di iniziativa. Negli altri orari festivi, prefestivi e notturni è presente la continuità assistenziale.

Per quanto riguarda le modalità di accesso, gli ambulatori dei Mmg ricevono i pazienti per appuntamento; gli ambulatori di screening (gestiti dal personale ostetrico) e di sanità di iniziativa (gestiti dal personale infermieristico) funzionano con invito personalizzato dell’utente; gli ambulatori specialistici funzionano con appuntamento fissato dal Cup con codici di priorità: breve, differito e controllo.

La Cds si inserisce tra tutte le altre strutture territoriali gestite e coordinate dal Pua-Uvm. In caso di dimissione difficile dall’ospedale, si attiva il Pua (fax, telefono, computer, software) che prende in carico la dimissione (*discharge room*) cercando di trovare

la destinazione migliore per l'assistito, tenuto conto della situazione assistenziale socio-sanitaria.

Gli specialisti svolgono la loro attività in libera professione intra-moenia. È presente una postazione Cup affinché i cittadini possano ricevere un appuntamento e pagare l'eventuale ticket. Prossimamente questa struttura come le altre toscane sarà dotata di un "totem" attraverso il quale i cittadini in totale autonomia ed in remoto potranno svolgere tutte le pratiche amministrative dal pagamento del ticket al ritiro dei referti.

Esistono, inoltre, dei percorsi diagnostico-terapeutici (Ptda) destinati non alla singola Casa della salute, ma all'intera Ausl.

La Cds è anche sede di "modulo sperimentale per la sanità d'iniziativa", come previsto dalla Dgr 03.08.2009, n. 716 "Progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale"; si effettuano, quindi, sedute di counselling per cittadini affetti da patologie croniche (diabete, Bpco, ipertensione, ictus e scompenso cardiaco). Nella sede della Cds si svolgono anche le sedute di audit di équipe dei Mmg (come previsto dall'Acn) sull'assorbimento di risorse da parte degli assistiti della Cds sia farmaceutiche sia specialistiche, ricoveri ospedalieri, accessi al pronto soccorso, ecc.

L'attività non è stato oggetto di pubblicizzazione in quanto è una struttura gestita da Medici di medi-

cina generale di libera scelta e si è scelto di non penalizzare i medici non operanti all'interno della Cds.

IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo in uso ai Mmg e agli infermieri è Millewin. In esso confluiscono nella cartella paziente i risultati degli esami ematochimici effettuati; gli accessi effettuati dai Mmg in Adi, Adp e le prestazioni aggiuntive (Ppip) sono inviate per via telematica da Millewin al software territoriale As.Ter. (Assistenza Territoriale) e da esso, previo controllo, sono inseriti sempre per via telematica nel software stipendi per gli emolumenti dovuti. Sono presenti registri di fragilità e di patologia. Per questi ultimi è allo studio un progetto di implementazione e organizzazione; è allo studio anche un progetto per un software ad uso della Continuità assistenziale.

L'attività svolta dalla Casa della salute è oggetto di monitoraggio e reportistica, grazie ad un software intranet statistico (Sas), che raccoglie i dati dai flussi Ausl. I report sono strumento di discussione durante gli incontri di audit di équipe e/o di Cds. I Mmg e gli specialisti possono anche accedere ad una sezione del sito mediante le proprie credenziali per consentire un monitoraggio delle performance del singolo professionista. Quest'ultima sezione è ancora sperimentale.

Regione Veneto

di **Daniele Donato, Pietro Gallina**

Direzione Sanitaria, Azienda ULSS 16 Padova

CONTESTO REGIONALE

La crescita dell'assistenza primaria nella Regione Veneto è legata alla riorganizzazione dei Distretti Socio-Sanitari ed è un processo continuo basato su azioni multiple che condividono lo stesso obiettivo: raggiungere un modello di gestione dell'assistenza territoriale che assicuri la continuità h24 alla popolazione. In par-

ticolare, tale modello si fonda sullo sviluppo e sul completamento della rete assistenziale attraverso l'implementazione delle cure intermedie, delle cure domiciliari, delle cure palliative e delle cure riabilitative, nonché sullo sviluppo e completamento del sistema informativo, sul potenziamento delle Medicine di gruppo integrate e sulla individuazione delle Ag-

gregazioni funzionali territoriali (Aft). Tale implementazione è sostenuta da una forte programmazione regionale.

La Regione Veneto partecipa al “Monitoraggio dei progetti regionali sugli obiettivi prioritari di Psn - Linea operativa: “Assistenza primaria, assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso” sia con il progetto sul “Rafforzamento dell’assistenza territoriale tramite le Cure primarie”, coinvolgente tutto il territorio regionale, sia con la partecipazione dell’Azienda Ulss n. 16 di Padova ad un Caso studio finalizzato all’analisi dell’impatto delle politiche aziendali sugli accessi potenzialmente inappropriati al PS per valutare l’eventuale associazione tra accessi al PS e progetti aziendali e per identificare e costruire indicatori utili al monitoraggio nel tempo degli accessi potenzialmente inappropriati al PS.

L’AZIENDA ULSS N. 16 DI PADOVA

L’azienda Ulss 16 di Padova è caratterizzata da :

- un bacino di utenza di 494.034 residenti, di cui il 21% con età superiore a 65 anni e il 10,2% superiore a 75 anni (dati aggiornati al 01/01/2012);
- 29 Comuni, compresa Padova;
- 2.792 dipendenti di cui 420 medici (dati 2011);
- 329 Medici di Medicina generale, 55 pediatri e 98 specialisti ambulatoriali interni;

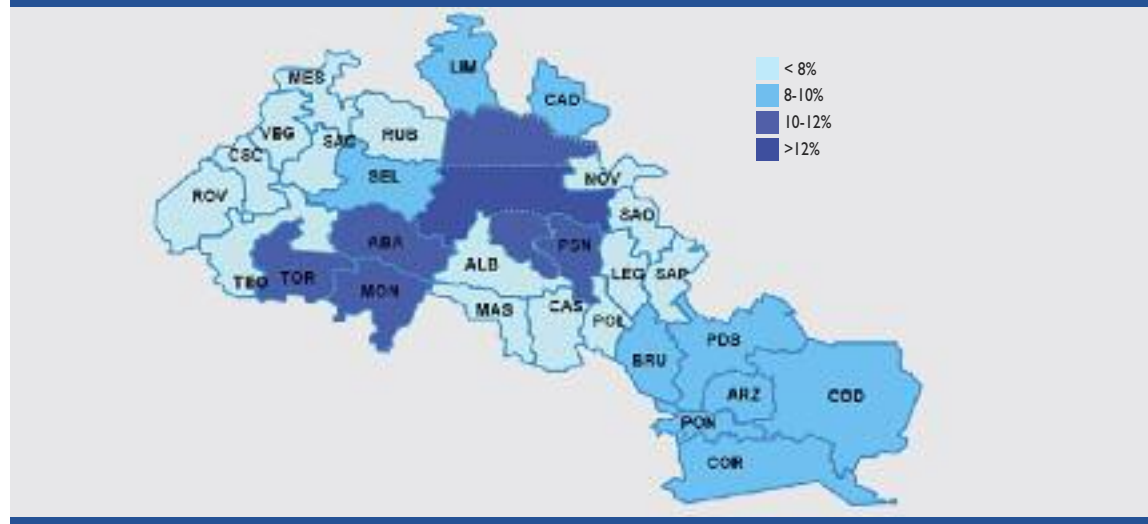
- 375 posti letto nel Presidio Osp. Sant’Antonio e 274 nel Presidio Osp. di Piove di Sacco (649 posti letto in totale);
- 88 strutture private accreditate ambulatoriali;
- 445 posti letto in strutture private accreditate ospedaliere;
- 3.130 posti letto in strutture protette per anziani e disabili;
- oltre 15000 persone raggiunte dai servizi domiciliari.

Una delle caratteristiche peculiari è la presenza nello stesso territorio di tre aziende sanitarie (Aulss 16, Azienda ospedaliera di Padova e Istituto Oncologico Veneto), nonché una presenza molto forte del privato pre-accreditato e del privato. Tutti questi servizi sono interconnessi a diversi livelli (ospedaliero/territoriale) in una logica di rete, mantenendo la centralità del cittadino rispetto ai servizi, in una logica di presa in carico, continuità delle cure ed appropriatezza, nonché di implementazione dei servizi.

CONTESTO ORGANIZZATIVO LOCALE OGGETTO DEL CASO STUDIO

Lo sviluppo della rete dell’assistenza primaria nella Azienda Ulss 16 di Padova è un processo continuo basato su azioni multiple che condividono lo stesso obiettivo e che risulta legato an-

FIGURA 5 - % di popolazione di età ≥ 75 anni nelle aree territoriali relative ai GTO



che alla crescita della rete dei servizi territoriali (attivazione degli Hospice, della Struttura Intermedia, ecc.).

In particolare, l'Accordo aziendale con la medicina convenzionata dell'azienda Ulss 16 di Padova siglato nel 2001, ai fini dell'applicazione dei contenuti dell'Accordo Integrativo Regionale (Dgr n. 3889/2001), ha previsto che tutti i Medici di Medicina generale (singoli, in associazione o in gruppo) aderissero nell'ambito del proprio distretto a gruppi collaborativi definiti Gruppi Territoriali Omogenei (Gto), all'interno dei quali i Mmg mantengono rapporti di tipo strettamente funzionale, composti da 10-20 medici per una popolazione di 25.000-30.000 abitanti. Ciascun Gto ha un referente che negozia con il distretto di afferenza i propri obiettivi di miglioramento continuo, sulla base degli obiettivi fissati a livello aziendale e dei risultati raggiunti dal Gto e dai singoli medici che ne fanno parte. Nell'Accordo aziendale viene anche esplicitato che tali gruppi, che possono essere considerati una prima esperienza di forma associativa di tipo funzionale, *“potranno dar luogo a sperimentazioni di équipe territoriali, con la partecipazione delle altre figure professionali del Distretto socio-sanitario”*. Costituiti tra il settembre 2002 ed il febbraio 2003 in tutti i distretti, la partecipazione ai Gto viene inserita quale indicatore di adesione all'Accordo aziendale anche nel Patto successivo degli anni 2004-2006.

Al 1 gennaio 2012 nella Ulss 16 di Padova sono attivi 14 Gruppi territoriali omogenei (Gto). Mediamente ognuno raccoglie 19,6 medici, da un minimo di 13 ad un massimo di 26, e assiste 26.272 persone, da un minimo di 18.479 ad un massimo di 34.662. I medici presenti nei Comuni della Saccisica non sono organizzati in Gto, in quanto tale organizzazione non risultava presente nell'Azienda Ulss 14.

Nella Ulss 16 di Padova, per conseguire gli obiettivi di assistenza definiti negli atti di programmazione regionale, progressivamente è stato costruito nel corso del tempo un modello organizzati-

vo e funzionale di Distretto Socio Sanitario costituito da Aggregazioni funzionali territoriali, previste nel progetto regionale oggetto di Monitoraggio, nell'ambito delle quali operano i Mmg nelle forme associative previste e – per consentire una maggiore operatività – coordinati in team funzionali. In questo modo si realizza la rete orizzontale tra medici e si pongono le condizioni per quella verticale con le altre strutture del sistema, per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza, su tutto il territorio regionale, secondo appropriatezza.

Le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) svolgono funzioni di coordinamento, e non di erogazione, tra gli studi medici in esse presenti. Con le Aggregazioni funzionali territoriali si realizza, quindi, le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

Tenendo in considerazione che nel contesto padovano i 14 Gto già rappresentavano di fatto una prima esperienza di forma associativa di tipo funzionale, che teneva conto sia del bacino di utenza (popolazione di 25.000-30.000 abitanti) sia delle caratteristiche del territorio (distrettualità, rispetto degli ambiti di scelta), è stata ipotizzata la suddivisione del territorio in 15 Aggregazioni funzionali territoriali, con una media di 28.370 assistiti e di 21,5 medici per Aft.

Alcune considerazioni particolari vanno fatte per le Aft del centro di Padova, che sono state costituite con un numero maggiore di medici e di assistiti. Ciò è stato ipotizzato considerando l'elevata percentuale di popolazione di età ≥ 75 anni in questa area del territorio, all'interno del quale sono situate anche la Struttura Intermedia, e la maggior parte dei centri servizi residenziali per anziani.

Nelle Aft i Medici di medicina generale garantiscono i compiti ed attività previsti nell'Accordo Collettivo Nazionale e nell'Accordo Integrativo Regionale vigenti. Tutto ciò è attuato, nella fase transitoria, attraverso i medici, nelle modalità in cui sono organizzati:

a) *Rete, Associazione semplice e Singolo;*

b) *Medicina di Gruppo (forme associative evolute).*

Tra le forme associative evolute, il modello organizzativo di riferimento proposto per una riorganizzazione territoriale complessiva dell'assistenza primaria e quale punto di riferimento per le Aft è rappresentato dalla Medicina di gruppo integrata, che:

- è Medicina di gruppo perché risponde ai requisiti previsti dalle Linee-guida introdotte dall'Acr per la Medicina convenzionata (Dgr n. 4395 del 30/12/2005);
- è integrata perché si avvale di risorse messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo) e dalle amministrazioni comunali (es. assistente sociale e personale amministrativo);
- coglie i risultati più significativi della sperimentazione delle Utap e delle altre esperienze associative evolute della Medicina generale e li difonde su tutto il territorio.

Le caratteristiche di questa forma organizzativa la rendono determinante nell'assetto territoriale dell'assistenza primaria in quanto:

- si rivolge ad un bacino di popolazione determinato;
- rappresenta un nodo di una rete ed un punto di riferimento territoriale ben riconoscibile;
- si fonda sul lavoro multi professionale in cui sono coinvolti medici ma anche specialisti, infermieri, assistenti sociali, amministrativi, allo scopo di costituire un riferimento unitario per i pazienti e le loro famiglie;
- è un luogo privilegiato per l'integrazione socio-sanitaria;
- garantisce i Lea, esigibili attraverso obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, misurabili attraverso opportuni indicatori;
- realizza programmi di prevenzione, eroga prestazioni per il paziente acuto e gestisce il paziente cronico con possibilità di "personalizzazione" delle cure;
- implementa percorsi diagnostico-terapeutici, basati sull'evidenza scientifica;

- raccoglie dati socio-epidemiologici e mappa i bisogni locali;

- è supportata da una rete informativa-informativa.

Per consentire lo sviluppo pianificato delle forme associative evolute, determinato dalla esigenza di garantire uno standard per l'Assistenza primaria compatibilmente con lo sviluppo della Medicina convenzionata, viene anche introdotta in via sperimentale la Medicina di gruppo senza sede unica (solo per la fase transitoria e fino al 31.12.2013).

Per il passaggio dei Medici di assistenza primaria (Map) dalle attuali forme associative (Singolo, Associazione, Rete, Gruppo) a Medicine di gruppo e rete, e in un secondo tempo per portare tutti i Map a lavorare nell'ambito delle forme associative avanzate (Medicina di gruppo integrata e Medicina di gruppo senza sede unica), il budget previsto è di € 2.454.388,83.

ORARI DI ACCESSO

La costituzione delle Aft e delle Medicine di gruppo integrate è volta a garantire, grazie all'integrazione con la continuità assistenziale, una effettiva copertura del servizio h24 7 giorni su 7, a fronte di una accessibilità del cittadino alla Medicina di gruppo integrata h12. Alcune aziende stanno comunque sviluppando nell'applicazione della Dgr n. 1666/2011 un modello in grado di garantire l'assistenza h24, sette giorni su sette, grazie alla presenza di Pat (Punti di assistenza territoriale). In tale contesto, il medico di famiglia organizzato in Medicina di gruppo senza sede è tenuto a garantire, attraverso accordi interni ai componenti della Aft/team, la *disponibilità oraria complessiva (nello studio e per le attività esterne) di 32 ore ripartite nei sei giorni della settimana, dal lunedì al venerdì e sabato come da contratto*. Viene considerato orario aggiuntivo quello utilizzato nelle attività compatibili in Centri servizi, Ospedali di comunità, Hospice, aggiornamento, medico formatore e altro. Tali incarichi, vengono retribuiti secondo tariffe prestabilite. La copertura assisten-

ziale di otto ore giornaliere del team è assicurata attraverso il coordinamento degli studi dei medici in gruppo.

Gli obblighi di rintracciabilità (dalle ore 8 alle ore 20.00), sono a carico della Aft/team e la responsabilità individuale è determinata in base all'organizzazione del lavoro risultante dalla carta dei servizi, sottoscritta da tutti i medici del team ed esposta in ogni studio medico.

Per quanto riguarda l'orario della Medicina di gruppo con sede unica, si rinvia agli indirizzi regionali sulla costituzione di tale forma associativa; invece, per i medici in rete, associazione semplice e singolo, si rimanda all'Accordo collettivo nazionale.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Il Medico di continuità assistenziale (Mca) partecipa alle attività delle Aft, utilizzando 14 ore a settimana in attività diurna per la gestione di obiettivi prioritari di salute e collaborando, soprattutto, con le Medicine di gruppo integrate per la gestione delle prestazioni aggiuntive. L'Amministrazione regionale verificherà la possibilità di stabilizzare l'incarico in convenzione dei mca, in possesso dell'attestato di idoneità alla attività di Mmg o titolo equivalente, a tempo indeterminato (per tendere, in prospettiva ad un ruolo unico della Medicina generale).

IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo utilizza :

- una *rete orizzontale*, rappresentata dall'Hosting, per offrire ai Map la possibilità di utilizzare il

Server aziendale per remotizzare i dati e per consentire l'accesso ad altri Map per gestire l'interoperabilità tramite un sistema di autorizzazioni, oltre ad una maggiore sicurezza dei dati e di tutela da eventi accidentali;

- una *rete verticale*, realizzata per la prosecuzione del Progetto Padova di Cooperazione applicativa che attualmente coinvolge 240 Map (75% del totale).

Si sta espandendo la possibilità di ricevere referti da specialisti ambulatoriali e lettere di dimissione dall'ospedale per acuti. È, infine, in fase di completamento l'integrazione con il privato accreditato.

EQUIPE TERRITORIALE DI ASSISTENZA PRIMARIA (ETAP)

Nel contesto di Padova è stata attivata nel 2007 l'équipe territoriale di assistenza primaria (Etap) di Maserà di Padova, una medicina di gruppo in sede unica, integrata con la continuità assistenziale, con la pediatria di libera scelta e con altre figure come l'infermiere e l'assistente sociale. È costituita da un gruppo di tre Medici di Medicina generale e un pediatra di libera scelta. La segreteria copre 40 ore /settimana. Nella struttura ha sede la Continuità assistenziale (5 mca) prevalentemente per i residenti in quattro comuni del distretto. Oltre ai medici dell'équipe (5775 assistiti) l'Etap è in rete con altri 9 Mmg e 1 Pls, con i quali condivide le informazioni sui paziente grazie ad una rete informatica orizzontale, andando a coprire così un bacino d'utenza di circa 20.000 assistiti.

Aspetti metodologici per una stima della riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso

66

I QUADERNI DI **mejor**

di **Gianluca Fiorentini, Matteo Lippi Bruni, Irene Mammi, Cristina Ugolini**

Dipartimento di Scienze Economiche e Scuola Superiore di Politiche per la Salute, Università di Bologna

L'uso eccessivo – e spesso improprio – dei servizi di Pronto soccorso caratterizza diffusamente i sistemi sanitari a prescindere dallo specifico assetto istituzionale e organizzativo adottato. In particolare, il ricorso inappropriato a tale modalità di assistenza causa profonde inefficienze nell'allocazione delle risorse tra servizi ospedalieri e territoriali ed è potenzialmente in grado di danneggiare la qualità delle cure erogate attraverso la Medicina generale, producendo discontinuità nei percorsi di cura per le condizioni di cronicità.

Una stima dell'entità del ricorso inappropriato al Pronto soccorso mostra elevata variabilità nei paesi occidentali, a causa anche dei diversi approcci utilizzati per identificare i pazienti che avrebbero potuto e dovuto essere trattati secondo modalità assistenziali alternative, soprattutto Cure primarie e di specialistica secondaria (Bezzina et al., 2005). Quando l'inappropriatezza viene equiparata con l'urgenza del trattamento – quindi misurata sulla base del triage in entrata del Pronto soccorso – i pazienti non urgenti vengono considerati inappropriati sulla base di una valutazione clinica che collega la loro maggiore possibilità di attendere una risposta con un implicito giudizio di inopportunità del ricorso alle risorse ospedaliere. Da questo punto di vista si considera come non ur-

gente una situazione che non metta a rischio la vita del paziente o non comprometta un suo organo vitale e per la quale il tempo di attesa può senza problemi superare le due ore. La percentuale di accessi al PS considerati come non urgenti viene stimata nel sistema statunitense tra il 5% e il 13% degli accessi complessivi al PS (McCraig et al., 2006; Gao, 2009), con risultati simili per diverse categorie di assistiti, ad esempio i non assicurati, i soggetti coperti dai programmi pubblici Medicare e Medicaid o coloro che dispongono di un'assicurazione privata (Garcia et al., 2010). Per il Canada, la percentuale di accessi non urgenti è di circa il 25% (Afilalo et al., 2004; Howard et al., 2008). Nel contesto europeo, lo studio di Lang et al. (1996) stima in due ospedali di insegnamento francesi – a Parigi e a Besançon – una percentuale di visite non urgenti rispettivamente del 29% e del 35%; per la Svezia la percentuale di accessi non urgenti al Pronto soccorso negli ospedali di insegnamento è del 27% (Hansagi et al., 1987); risultati simili (30%) sono riscontrati in Spagna (Sempere-Selva et al., 2001). La percezione che il paziente ha circa la necessità di un suo ricorso al PS può non coincidere con gravità e urgenza della sua patologia ma è influenzata ad esempio dalla facilità e rapidità con cui è possibile accedere al PS. Da questo punto

di vista, una seconda modalità di stima degli accessi inappropriati valuta come tali – indipendentemente dalla stima dei tempi massimi di attesa – solo gli accessi non urgenti ritenuti inappropriati sulla base del triage in uscita. In questo caso, la quota di accessi inappropriati nel contesto statunitense oscilla tra il 5% e l'82% (Afilalo et al., 2004), mentre un'analisi recente condotta in New Jersey stima che quasi la metà degli accessi in PS non seguiti da ricovero avrebbe potuto essere evitata grazie ad una più efficace assistenza territoriale (De Lia, 2006). Sulla stessa linea, una rassegna risalente ai primi anni '90 e relativa ad un centinaio di studi condotti in paesi diversi, stima la percentuale di inappropriata tra il 20% e l'80% degli accessi totali (Liggins, 1993). Altri studi relativi all'Europa riportano valori di inappropriata attorno al 40% con differenze per lo più attribuibili alle diverse definizioni adottate o a diverse procedure di codifica del triage medico attribuito in uscita. Ad esempio nel Regno Unito il 41% degli accessi nei PS degli ospedali di insegnamento hanno ricevuto una valutazione di inappropriata (Dale et al., 1995), mentre in Spagna la percentuale di inappropriata è di circa il 25% quando si analizzano data set ospedalieri di tipo amministrativo (Sempere-Selva et al., 2001). In Italia, uno dei primi studi destinati a investigare l'inappropriata negli accessi non urgenti al PS è stato condotto da Bianco et al. (2003) che, analizzando un PS della regione Calabria per l'anno 2001, quantifica l'utilizzo inappropriato del PS in circa il 20% del totale degli accessi, in linea con i risultati ottenuti in Europa negli studi applicati alla Spagna, Francia e Svezia.

In generale, la variabilità dei risultati ottenuti dalla ricerca empirica internazionale suggerisce la necessità di sviluppare una definizione unica di inappropriata negli accessi al PS ritenuti non urgenti, in modo tale da permettere di confrontare tra loro i diversi sistemi e soprattutto le esperienze messe in campo per contrastare il ricorso inappropriato alle cure ospedaliere. Al di là delle

diverse metodologie di calcolo adottate, la letteratura conferma l'estrema rilevanza del tema al fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'allocation delle risorse economiche in sanità, motivando quindi l'interesse ad approfondire le tematiche di appropriatezza dell'uso del Pronto soccorso ospedaliero nel contesto italiano.

Il presente contributo è organizzato nel modo seguente. Nella prossima sezione si delineano gli obiettivi dell'analisi empirica che sarà condotta nei prossimi mesi su alcune sperimentazioni in corso in alcune regioni italiane. A tale scopo, la sezione successiva fornirà una rassegna dei principali risultati ottenuti dalla letteratura empirica internazionale che si è occupata in questi anni di investigare le determinanti degli accessi inappropriati al Pronto soccorso. Lo studio delle variabili individuate come rilevanti nell'analisi empirica disponibile sarà utile per impostare l'analisi statistica. Le sezioni successive descrivono il tipo di informazioni raccolte e le caratteristiche generali dei modelli per dati di conteggio che saranno utilizzati per valutare l'impatto dei progetti regionali in corso.

GLI OBIETTIVI DELLA RICERCA

La parte di progetto di ricerca che ha visto coinvolta la Scuola superiore di politiche per la salute dell'Università di Bologna si è proposta di esaminare alcune sperimentazioni risultanti dall'attuazione di politiche regionali per la promozione dell'appropriatezza degli accessi al Pronto soccorso, con particolare attenzione alle modalità con cui le caratteristiche economiche ed organizzative della Medicina generale possono riflettersi sul ricorso a questa forma di risposta assistenziale. L'analisi si è concentrata su pazienti che sono stati classificati come codici bianchi in uscita dal sistema di triage in vigore negli ospedali. Si tratta di pazienti che sono stati riconosciuti come inappropriati sulla base della valutazione clinica condotta dal medico e che, sulla base dei meccanismi di compartecipazione previsti nel Servizio sanitario nazionale (Ssn) per gli accessi in

PS, sono tenuti a pagare un ticket, in quanto riferiti a prestazioni differibili che potevano essere efficientemente eseguite in un contesto non di emergenza.

Gli obiettivi principali che la ricerca condotta dalla Scuola superiore di politiche per la salute dell'Università di Bologna si propone sono tre.

In primo luogo, analizzare le determinanti degli accessi inappropriati al PS in differenti realtà regionali, utilizzando data set amministrativi di tipo longitudinale, in grado di garantire una adeguata comprensione dei meccanismi di accesso al PS nel caso italiano. Si è già accennato al fatto che la maggior parte degli studi sugli accessi in PS siano focalizzati sulla realtà statunitense o si basino in massima parte su questionari somministrati ai pazienti, mentre meno utilizzate sono le indagini basate su ampi data set di tipo amministrativo all'interno di sistemi pubblici.

In secondo luogo, gran parte delle analisi condotte su questo tema si concentra sul ruolo delle caratteristiche dei pazienti, mentre il contesto istituzionale e, in particolare, le caratteristiche organizzative della Medicina generale sono state esaminate con minor attenzione e, nella maggior parte dei casi, limitatamente al caso statunitense. È quindi di primaria importanza esplorare anche in assetti istituzionali profondamente diversi come quello del Ssn italiano se, e in quale misura, gli accessi inappropriati al PS siano direttamente collegati alle caratteristiche della Medicina generale e in che modo le sue modalità organizzative possano influenzare il fenomeno.

In terzo luogo, la ricerca permette di valutare l'efficacia delle prime sperimentazioni in corso in Italia in analogia con esperienze analoghe diffuse negli ultimi anni in ambito internazionale, con l'obiettivo comune di potenziare il sistema di Cure primarie e di realizzare il livello intermedio di cura tra la Medicina generale e la specialistica ospedaliera. Da questo punto di vista le quattro esperienze regionali hanno il pregio di essere esemplificative di quattro diverse possibili modalità di intervento.

Per la regione Calabria, si analizza un'applicazione del Contratto collettivo nazionale che orienta la Medicina generale verso un potenziamento delle forme associative nella direzione di una Medicina di gruppo h12 e h24. Attraverso l'analisi della presenza dello Studio Michelangelo nel comune di Lamezia Terme, prima organizzato su h12 e poi dal 1 settembre 2011 su h24, si studia l'impatto prodotto sull'appropriatezza dei ricoveri in PS da questa modalità organizzativa che punta soprattutto ad una maggiore accessibilità della Medicina generale, attraverso un ampliamento dei suoi orari di apertura.

Per la Toscana, l'esperienza della Casa della salute del comune di Empoli avviata nel corso del 2008 consente di riflettere sulla crescente diffusione di strutture pubbliche integrate con il territorio, da tempo indicate come una delle soluzioni più efficaci per favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e, per alcuni aspetti, anche di quelle socio-sanitarie. In questa direzione, la legge finanziaria 2007, introducendo la sperimentazione del modello assistenziale "Case della salute", incentiva una crescente partecipazione dei medici a queste forme di aggregazione più avanzate.

La Regione Emilia-Romagna partecipa al progetto con l'esperienza relativa all'estensione degli orari di apertura degli ambulatori di Medicina generale che ha preso avvio nel 2008 per Mmg appartenenti a reti o gruppi operanti nella Ausl di Parma, Distretto di Parma. Il progetto prevede che i Mmg interessati coordinino le fasce orarie di attività ambulatoriale per assicurare l'assistenza nell'arco delle 12 ore diurne, con disponibilità minima a garantire almeno 7 ore giornaliere. Il modello in corso di sperimentazione si basa sul presupposto che il potenziamento dell'assistenza territoriale, aumentando l'accessibilità degli studi medici in termini di orari di apertura, possa, tra gli altri, raggiungere l'obiettivo di contenere il ricorso inappropriato al Pronto soccorso.

Nella regione Veneto è da anni in corso un pro-

cesso di trasformazione delle Cure primarie che prevede la realizzazione delle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) con funzioni di coordinamento e la creazione di Medicine di gruppo integrate. Nel corso degli ultimi dieci anni, la Ulss 16 ha comunque condotto numerose azioni nell'ambito delle Cure primarie, in particolare nel Distretto 3 è attiva dal 2007 nel comune di Maserà una Equipe territoriale di assistenza primaria (Etap) che coinvolge un gruppo in sede unica composto da 3 Mmg e da una rete composta da 9 Mmg. Attraverso i dati della Ulss 16 si cercherà di valutare l'impatto prodotto negli anni da questa esperienza organizzativa, in parte prodromica e quindi assimilabile alle nuove medicine di gruppo integrate in corso di attivazione e che diventerà nella Ulss 16 di Padova la prima esperienza di Medicina di gruppo integrata secondo il nuovo modello regionale.

L'INAPPROPRIATEZZA DEGLI ACCESSI IN PS: RISULTATI E SOLUZIONI CHE EMERGONO DALLA LETTERATURA

Nella letteratura empirica internazionale non esiste ad oggi un consenso unanime su quali siano le caratteristiche dei pazienti che influenzano maggiormente la probabilità di un ricorso inappropriato al Pronto soccorso (Lee et al., 2000). Indigenza, disabilità o la mancanza di un medico curante sono considerate variabili in grado di aumentare in modo significativo il ricorso inappropriato al PS (Lang et al., 1996). È stato anche più volte documentato come le famiglie meno abbienti e gli anziani ricorrano con maggiore facilità in prima battuta al loro medico di riferimento (Klijakovic et al., 1981; Sempere -Selva et al. 2001), mentre più intensi utilizzatori dei PS sono le classi sociali medio alte, caratterizzate da elevati costi opportunità del tempo e, quindi, minore predisposizione ad affrontare i tempi di attesa connessi all'assistenza territoriale primaria e soprattutto secondaria (Shah et al., 1996; Lee et al., 2000). Negli Stati Uniti, il ricorso al PS risulta strettamente dipendente dal tipo di copertura as-

sicurativa disponibile. La presenza di una compartecipazione richiesta agli utilizzatori del PS sembra ridurre in modo consistente la propensione all'accesso inappropriato, anche se la significatività risulta più frequentemente legata alla presenza o assenza della compartecipazione e non tanto all'entità del suo importo espresso in valore assoluto (Roberts and Mays, 1998).

Numerosi studi hanno indagato i motivi che possono spingere gli assistiti ad ignorare il proprio medico curante e a rivolgersi autonomamente ad una struttura ospedaliera di Pronto soccorso. Fra le ragioni principali rientrano la percezione di un bisogno che necessita di una risposta non prorogabile, una maggiore fiducia nella possibilità che l'ospedale risponda con efficacia e prontezza, la percezione che le Cure primarie si caratterizzino per una non ottimale accessibilità in termini di localizzazione geografica e/o per la limitatezza degli orari di apertura dei suoi ambulatori. Ad esempio, uno studio condotto tramite un questionario postale inviato a 339 assistiti olandesi ha rivelato che l'aspettativa di dover attendere troppo a lungo il completamento di una convincente risposta terapeutica attraverso il ricorso alle cure territoriali costituisce la giustificazione principale per il ricorso al PS (Moll van Charante et al., 2008). Analogamente, Sempere-Selva et al. (2001) individuano nei tempi di attesa troppo lunghi per l'assistenza specialistica, congiuntamente con una elevata fiducia nelle capacità diagnostiche e terapeutiche dell'ospedale, la ragione principale di accesso autonomo al PS da parte degli assistiti spagnoli. Sempre per la Spagna, il lavoro di Puig-Junoy et al. (1998) stima un modello nested logit multinomiale su dati della Spanish National Health Survey per il 1992 attraverso il quale le visite che il paziente decide autonomamente al PS sono considerate dirette sostitute di una visita al medico curante, con un'elasticità della domanda che cresce con il tempo medio di attesa richiesto per accedere ad una visita del proprio medico. Lee et al. (2000) attraverso un questionario telefonico somministrato ad un campione di 2410 pazienti

rivolto ad uno dei quattro PS della città di Hong Kong, individuano come ragione principale del ricorso al PS la chiusura serale e festiva degli ambulatori di Medicina generale, segnalando quindi la necessità di una rete assistenziale sul territorio in grado di fronteggiare le urgenze notturne e festive dei pazienti (*out of hours services*).

Un altro motivo che porta ad accrescere l'inappropriatezza degli accessi in PS è la scarsa fiducia nella capacità che le Cure primarie, a prescindere quindi dalle sue caratteristiche connesse all'accessibilità degli ambulatori. Su questo fronte il lavoro di Carlsen et al. (2007) si focalizza sulla relazione fra qualità dei servizi di Medicina generale e il ricorso ai servizi di cura di secondo livello – specialistici ed ospedalieri – e, utilizzando le informazioni desumibili da un questionario somministrato a pazienti norvegesi nel 1998, costruisce un indicatore di soddisfazione degli assistiti nei confronti del proprio medico curante. I risultati indicano la presenza di una relazione negativa tra la qualità percepita delle Cure primarie e il numero di ricoveri ospedalieri, non solo destinati ai reparti di Pronto soccorso ma anche per i ricoveri di tipo programmato. Risultati simili sono proposti da McCusker et al (2010) per la provincia del Québec, dove una scarsa fiducia nelle capacità delle Cure primarie di fornire risposte tempestive ad un bisogno percepito come urgente aumenta la probabilità di accesso inappropriato al PS.

Come sintesi delle diverse ragioni individuate in letteratura, Lega and Mengoni (2008) analizzano per il contesto italiano i dati desunti da un questionario strutturato amministrato a 527 pazienti della Provincia di Macerata, individuando nella possibilità di ricevere con rapidità un consulto specialistico, soprattutto in presenza di una scarsa fiducia nella Medicina generale e di una generale insoddisfazione verso i suoi orari di apertura, la principale ragione che giustifica il ricorso al PS per i pazienti italiani intervistati.

Per quanto riguarda le caratteristiche del medico di Medicina generale, la maggioranza degli studi

adotta la densità dei Medici di Medicina generale per 1000 abitanti come misura dell'offerta di Cure primarie disponibili per il cittadino e inserisce nelle analisi una serie di variabili in grado di tener conto delle caratteristiche anagrafiche (età, sesso, anni di convenzionamento nel sistema), organizzative (forma associativa, caratteristiche dell'ambulatorio, ecc) e della presenza di diversi possibili schemi di finanziamento e/o di incentivazione delle Cure primarie.

Relativamente agli accessi al PS inviati dal medico curante, la percentuale di ricorsi inappropriati risulta significativamente inferiore a quella riscontrata negli accessi per cui gli assistiti hanno scelto direttamente, anche se non esiste un consenso unanime sulle ragioni che inducono il medico curante a prescrivere un ricorso immediato al Pronto soccorso, ricorso che emerge come non appropriato secondo il sistema di triage ospedaliero. Secondo alcuni studi, il medico curante non sembra in grado di svolgere con efficacia la sua funzione di *gate-keeping*, per altri il medico o il sistema territoriale non sono organizzati in modo tale da poter offrire sempre risposte immediate ad uno specifico bisogno diagnostico e terapeutico (Sempere-Selva et al., 2001). In particolare, se i tempi di accesso alla medicina specialistica territoriale sono percepiti dal paziente ma anche dal suo medico curante, come non accettabili è possibile che l'accesso al Pronto soccorso sia ritenuto da entrambi come un canale per ovviare alle carenze organizzative del sistema di cure.

In merito all'influenza di diverse modalità organizzative, che costituisce il principale obiettivo della ricerca empirica condotta all'interno di questo progetto, gran parte delle analisi empiriche si basano su banche dati statunitensi (Weinberger, Oddone and Henderson, 1996; Lowe et al., 2005) e quindi le conclusioni possono applicarsi automaticamente solo in misura limitata ai sistemi sanitari pubblici. Utilizzando una coorte di 57.850 assistiti del programma pubblico Medicaid assegnati a 353 gruppi di Medicina generale, Lowe et al. (2005) calcolano attraverso un'analisi di sensi-

tività che gli accessi totali in PS potrebbero ridursi del 13% se tutti i gruppi di Medicina generale ampliassero i propri orari di apertura con un'estensione di 12 ore settimanali nelle ore serali e di un ulteriore 5% se fossero previste aperture durante il fine settimana. Anche dall'analisi delle esperienze della Hmo Kaiser Permanente e dell'Amministrazione dei Veterani emerge che una migliore integrazione delle Cure primarie con l'assistenza ospedaliera è in grado di ridurre il ricorso improprio al PS (Feachem et al, 2002; Armstrong et al, 2006).

Nel contesto europeo, gli studi disponibili si riferiscono soprattutto al Regno Unito e ai Paesi Bassi. Le analisi riferite al Regno Unito evidenziano come le caratteristiche dei General Practitioners (Gps) siano determinanti nella cura dei pazienti cronici (in particolare diabetici e soggetti affetti da Bpco) e non autosufficienti (Saxena et al, 2006; Calderòn-Larranaga et al, 2011) mentre la significatività di tali fattori tende a scomparire quando si analizza l'uso inappropriato del Pronto soccorso, dove le caratteristiche dei pazienti, soprattutto il loro stato di immigrati recenti o le condizioni socioeconomiche svantaggiate delle classi lavoratrici più deboli (i cosiddetti *working-poor*), sembrano essere le principali responsabili della variabilità degli accessi inappropriati nelle diverse strutture ospedaliere. In questo filone, numerosi sono gli studi che nell'analisi degli accessi al PS sottolineano l'assenza di una robusta relazione tra le caratteristiche del Gp, in termini di età, livello e tipologia di specializzazione ed anni di esperienza (O'Connell, 2000). Recentemente Harris, Patel and Bowen (2011) hanno condotto uno studio osservazionale ecologico di 68 Gp attivi in un *Primary Care Group* nel nord di Londra, aggregando a livello di medico numerose variabili esplicative organizzate per caratteristiche della popolazione assistita e caratteristiche del medico curante. L'ipotesi è che la probabilità di accesso al PS sia direttamente influenzata dal grado di apertura dell'ambulatorio medico ma nessuna delle variabili inserite a livello di Gp risultano essere si-

gnificative. Tali risultati avvalorano la considerazione che siano le caratteristiche degli assistiti ad essere determinanti, anche se non necessariamente i gruppi svantaggiati sono quelli che evidenziano un maggiore ricorso all'ospedale, come abbiamo già visto emerso nei lavori di Shah et al. (1996) e Lee et al. (2000).

Nel Regno Unito e nei Paesi Bassi i nuovi modelli di assistenza *out-of-hours* (h12 o h24) coinvolgono centri di Cure primarie integrate o non integrate con il Pronto soccorso ospedaliero (Regno Unito) oppure cooperative di Medici di Medicina generale, al cui interno opera un elevato numero di professionisti (Danimarca e Paesi Bassi). A partire dal contratto siglato nel 2003, i Gp britannici sono infatti stati esonerati dalla responsabilità di erogare assistenza negli orari *out-of-hours*, quindi durante la notte e nei fine settimana, dal momento che questo servizio è stato affidato ai *Primary Care Trusts* (Pct) che organizzano la continuità assistenziale prevalentemente attraverso *Primary care centre* (Pcc), non contigui al Pronto soccorso, organizzati su équipe multidisciplinari, coadiuvate da personale infermieristico e con l'ausilio di una linea telefonica di prima assistenza. Si tratta per il 75% di centri gestiti direttamente dal Pct, per il restante 25% sono servizi affidati a soggetti privati. Valutando i primi risultati di queste esperienze, Thompson et al. (2010) analizzano i dati di un ospedale distrettuale nel West Suffolk per il periodo 1999-2006 ed evidenziano che i cambiamenti nelle politiche di assistenza *out-of-hours* a partire dal 2004 si sono rivelati poco rilevanti, tanto che il numero di accessi al PS per eventi non traumatici ha subito un aumento proprio negli orari in cui sono state introdotte alternative territoriali disponibili dopo la chiusura degli ambulatori del Gp. Risultati non particolarmente soddisfacenti sono riportati anche da Grol, Giesen e van Uden (2006) che in una rassegna che mette a confronto i modelli organizzativi *out-of-hours* in Gran Bretagna, Paesi Bassi e Danimarca, giudica insoddisfacenti le esperienze delle cooperative britanniche in termini

di riduzione inappropriata del ricorso al PS, sia per quelle che offrono unicamente assistenza telefonica che per quelle integrate nei PS ospedalieri e in stretto collegamento con la linea telefonica nazionale *Nhs Direct*.

Un più significativo impatto sembra, invece, aver prodotto la riforma olandese che nel corso degli anni Duemila ha attribuito la responsabilità dell'assistenza *out-of-hours* a cooperative di Medicina primaria, a cui partecipano da 40 a 120 Medici di medicina generale, con una media di popolazione assistita da 50,000 a 500,000 individui (Grol, Giesen e van Uden, 2006; Moll van Charante et al. 2007). Sebbene gran parte di queste cooperative operino disgiuntamente dagli ospedali, recentemente alcune di esse si sono integrate con il locale Pronto soccorso per costituire presso l'ospedale un ambulatorio di Assistenza primaria per le patologie minori. In generale, i Mmg continuano ad operare disgiuntamente nei propri ambulatori, ma aderiscono alla cooperativa per organizzare e garantire le urgenze notturne e festive. Esaminando una popolazione olandese di 62,000 assistiti in due periodi della durata di quattro mesi a distanza di cinque anni, (2007) mostrano come le cooperative di Medicina generale siano riuscite ad evadere la gran parte delle richieste *out-of-hours*, arrivando a trattare l'88% di tutti gli accessi notturni nel periodo di osservazione più recente, e accrescendo notevolmente l'appropriatezza dei restanti accessi al Pronto soccorso ospedaliero.

Sulla falsariga della rassegna condotta da Huibers et al. (2009) è possibile ricondurre a tre macro categorie le modalità organizzative prevalenti in ambito europeo per l'assistenza *out-of-hours*.

1. **Un modello incentrato sulla figura del medico di medicina generale** che si impegna a prestare assistenza ai propri pazienti h24 nel proprio ambulatorio (nelle zone rurali dell'Austria) o attraverso un sistema di turnazione tra Mmg che operano nella stessa zona (Norvegia).
2. **Un modello basato su diversi tipi di forme associative tra medici.** A dare vita a que-

ste forme associative possono essere Mmg che assicurano la continuità assistenziale ai propri assistiti h24 attraverso la medicina di gruppo o assumendo la forma integrata di Case della salute, oppure soltanto per le urgenze notturne e festive come nelle cooperative olandesi. In alternativa, la forma associativa può interessare professionisti pubblici o privati che, in modo indipendente dalle liste assistiti della Medicina generale, realizzano Pcc come quelli attivi nel Regno Unito, in Slovenia o in Irlanda, che costituiscono degli ambulatori di prima assistenza per patologie minori aperti h24 o solo negli orari privi di copertura assistenziale della Medicina generale e possono essere localizzati attigualmente al Pronto soccorso ospedaliero (*minor injury centers* o *wal-in-centers*). L'affidamento esterno del servizio notturno e festivo a soggetti privati (*deputizing services*) è particolarmente diffuso nelle aree urbane del Regno Unito e dell'Australia (Leibowitz, Day e Dunt, 2003).

3. **Un modello incentrato sull'ospedale** in cui si accetta che sia il PS il luogo deputato ad offrire assistenza negli orari notturni e festivi (in Belgio), organizzando eventualmente all'interno del Pronto soccorso degli ambulatori ospedalieri dedicati alla gestione delle patologie o dei traumi minori oppure sperimentando delle integrazioni con la medicina territoriale che istituiscano degli ambulatori di Medicina generale all'interno del PS, a cui far confluire i bisogni di minore gravità e urgenza.

Vengono, inoltre, spesso citati come strumenti di aiuto ai pazienti in difficoltà l'introduzione di numeri telefonici h24 gestiti a livello nazionale (Regno Unito, Paesi Bassi e Portogallo) o regionale (Australia) che offrono una prima risposta al bisogno percepito e che possono essere anche gestiti dalla stessa Medicina generale. Per l'Italia viene ricordato il modello di Guardia medica, unico esempio in Europa, come attuale modello prevalente di Servizio di continuità assistenziale per le urgenze notturne, festive e prefestive, anche te-

telefonico, pur essendovi comunque in corso di sperimentazione, come il nostro progetto evidenzia, modelli organizzativi diversi che si collocano pienamente all'interno della tassonomia indicata. In particolare, le esperienze che sono oggetto di valutazione empirica in questo progetto sono comunque tutte riconducibili al secondo dei tre modelli, quello che vede nell'organizzazione dei professionisti in forma associata (Medici di Medicina generale per l'esperienza di gruppo prevalente in Calabria e Veneto e nelle Case della salute della Toscana e ambulatori di prima assistenza contigui al PS come affidamento esterno da parte dell'Ausl) la soluzione ritenuta prevalente per assicurare la continuità assistenziale h24 e per ridurre l'inappropriatezza degli accessi in Pronto soccorso.

LA BASE DATI DISPONIBILE

Come già accennato nella sezione precedente, gran parte delle analisi empiriche sull'uso improprio del PS è basata su indagini campionarie condotte tramite questionari (postali, telefonici o *web-based*); in questi casi, il numero di individui intervistati è in genere limitato e si fa riferimento ad un solo anno di osservazioni (*cross-section*); raramente l'indagine tramite questionario viene ripetuta dopo alcuni anni rendendo così disponibili dati per un'analisi longitudinale. Alla base di alcuni altri studi ci sono invece interviste individuali effettuate a gruppi di pazienti selezionati tra coloro che si sono rivolti al PS o ad una struttura territoriale alternativa. La base dati di tali indagini può essere molto ricca in termini di informazioni contenute, dal momento che un'intervista individuale permette una raccolta molto ampia di dati sia quantitativi sia qualitativi, generalmente non disponibili in dataset amministrativi, si concentra spesso anche su giudizi del paziente sulla qualità dei servizi e su un'autovalutazione del proprio stato di salute. Per contro, i principali svantaggi in un tale contesto sono il fatto che l'analisi è strettamente limitata ad un campione limitato di individui osservati in un unico

istante di tempo, che non sono generalmente previsti gruppi di controllo e che, di conseguenza, lo studio è spesso di tipo solamente descrittivo e non prevede analisi statistico/econometriche e fornendo, dunque, risultati da cui difficilmente possono essere tratte indicazioni di policy generali e valide su realtà più vaste.

In alternativa, la base dati può essere amministrativa e di conseguenza includere un numero minore di informazioni, non raccolte solitamente a scopi di ricerca bensì allo scopo di provvedere a finanziamenti e rimborsi. Il ricercatore si trova in questo caso ad utilizzare un dataset "preconfezionato", che generalmente non include tutte le variabili che sarebbero rilevanti ed è chiamato, quindi, a disegnare l'analisi in base alla disponibilità di dati. Per la difficoltà di reperire questo tipo di informazioni, l'analisi su dati amministrativi è spesso circoscritta ad una sola struttura di PS e ha un orizzonte temporale limitato ad un certo numero di mesi per anno. Tuttavia, i dati amministrativi sono raccolti per realtà molto estese, Aziende Sanitarie e Regioni, per diversi anni consecutivi secondo standard costanti nel corso del tempo, garantendo la possibilità di analizzare andamenti longitudinali con l'ausilio di tecniche statistiche capaci di identificare effetti causali ed in grado così di fornire rilevanti indicazioni di politica sanitaria.

L'analisi empirica che condurremo si colloca nel vasto filone di letteratura che utilizza dataset amministrativi, e si caratterizza per una non usuale mole di dati a disposizione e per la possibilità di mettere a confronto ben quattro realtà su un periodo di riferimento che si protrae per alcuni anni.

È opportuno sottolineare che le quattro esperienze che costituiscono i casi studio sono notevolmente diverse tra loro, pur ponendosi il comune obiettivo di ridurre gli accessi inappropriati in Pronto soccorso, e non è di conseguenza possibile svolgere un'analisi unitaria per tutti i casi. In questo scenario, tenuto conto di tale eterogeneità e prima di poter passare ad un'analisi eco-

nometrica solida, le fasi di raccolta, organizzazione e sistemazione dei dati rivestono un ruolo di fondamentale importanza nell'ottica di poter concentrare l'analisi su un nucleo di informazioni comuni alle varie realtà e di utilizzare metodologie ispirate ad un approccio comune. È stata quindi formulata una comune richiesta di acquisizione di dati per ciascuna delle esperienze e sono state incentivate integrazioni di dati utili a cogliere la peculiarità di ciascuna realtà: per ogni caso di studio sono stati ottenuti dati amministrativi sui flussi di accesso al Pronto soccorso con un nucleo di informazioni base che costituiscono il requisito minimo per poter svolgere un'analisi econometrica affidabile.

Ogni Regione ha fornito dati con diverso grado di dettaglio e completezza, a seconda delle disponibilità, sui flussi di accesso in PS (codice triage in uscita, orari di accesso, quesito diagnostico, esito della visita, prestazioni erogate, caratteristiche anagrafiche dei pazienti, ecc.), dati anagrafici sui Medici di medicina generale (età, sesso, anni convenzionamento, specializzazione), dati sulle caratteristiche organizzative della Medicina generale (es. il tipo di forma associativa dei Mmg, presenza di collaboratore/infermiere, ubicazione ed orari di apertura degli ambulatori), dati sugli assistiti che costituiscono la popolazione di studio (caratteristiche anagrafiche, eventuali esenzioni, scelta del Mmg), dati di contesto e dati specifici sulle sperimentazioni oggetto di analisi.

Nell'ottica di studiare il legame ed eventuali relazioni causali tra caratteristiche organizzative delle Cure primarie, con un particolare focus sulle forme di medicina di gruppo e sull'apertura h24 e l'utilizzo inappropriato del PS, il livello di aggregazione scelto per l'analisi empirica è quello riferito al singolo medico, decisione in linea con altri lavori empirici con obiettivi analoghi.

Nei dataset amministrativi di cui disponiamo, medico e paziente sono indicati con identificativi univoci per il singolo che restano gli stessi per tutto il periodo in questione. Per ogni accesso in PS è indicato l'identificativo del paziente responsa-

bile dell'episodio; tale identificativo compare nella lista assistiti associato all'identificativo del medico di Medicina generale: è perciò possibile associare un dato paziente con il Mmg di cui egli è assistito al momento dell'accesso. Grazie al collegamento tra Mmg e assistiti nella sua lista, è possibile calcolare per ogni Mmg il numero degli assistiti in lista, caratteristiche di sintesi della lista (età media, percentuale di uomini, percentuale di stranieri) e, soprattutto, siamo in grado di calcolare per ogni Mmg il numero di accessi in PS di pazienti registrati nella propria lista assistiti nel corso di un determinato lasso di tempo, suddivisi per codice triage in uscita, per mese, giorno della settimana e, ove possibile, per orario di accesso ed eventualmente distinti a seconda che il paziente sia andato in PS autonomamente o inviato dal proprio Mmg.

Avendo deciso di classificare come inappropriati gli accessi che abbiano un codice di triage in uscita bianco, la variabile di interesse nella nostra analisi è, per ciascun Mmg, il conteggio degli accessi in PS con codice bianco di pazienti nella propria lista assistiti.

La magnitudo dell'uso inappropriato del PS viene catturata da tale conteggio che costituisce in tutti i quattro casi la variabile dipendente del modello empirico che andremo a stimare. La nostra ricerca mira a stimare la relazione che sussiste tra il numero di accessi inappropriati a livello di Mmg e le caratteristiche organizzative della Medicina generale, una volta che si sia controllato per caratteristiche della lista assistiti, caratteristiche individuali dei medici, variabili di contesto a livello di Distretto o Azienda Sanitaria.

La variabile dipendente, in quanto conteggio, è discreta: può assumere esclusivamente valori non negativi con una percentuale significativa di zeri e senza un valore limite superiore, ha una distribuzione di frequenze fortemente asimmetrica di cui si dovrà tenere conto per la definizione della metodologia di stima più appropriata; un'analisi econometrica in questo contesto richiede l'utilizzo di modelli non lineari per dati di conteggio.

Infatti, quando la variabile dipendente y assume esclusivamente valori interi non-negativi, un modello lineare volto a spiegare $E(y|x)$, dove x è un insieme di variabili di controllo, non è appropriato poiché comporterebbe *predicted values* negativi. Dato, inoltre, il fatto che il conteggio può assumere valore zero con una probabilità non negativa, nemmeno una trasformazione logaritmica sarebbe appropriata allo scopo di ottenere un modello con elasticità costanti (si veda Wooldridge (2010) per una discussione approfondita sul tema).

I PRINCIPALI MODELLI PER DATI DI CONTEGGIO

I modelli per dati di conteggio hanno un ruolo predominante nella letteratura empirica di economia sanitaria in quanto spesso la domanda di ricerca consiste nell'individuare le determinanti dell'utilizzo dei servizi (es. il numero di visite di ciascun paziente presso il proprio Mmg in un determinato arco temporale, il numero di prescrizioni di specialistica ambulatoria per ciascun paziente, il numero di ricoveri o di accessi in PS, il consumo di farmaci e così via).

Dal punto di vista statistico, un modello per dati di conteggio assume che la probabilità che un evento si realizzi (λ) in un breve periodo di tempo durante un breve arco temporale sia costante e proporzionale al tempo considerato (Jones (2007)). λ è generalmente definito *intensità* del processo.

Il punto di partenza solitamente adottato in letteratura è modellare dati sanitari come processi di Poisson.

Il modello di Poisson assume che il numero di eventi segua una distribuzione di probabilità:

$Pr[Y=y]=\lambda y e^{-\lambda} / y!$. Definiti con y_i il numero di volte in cui l'evento (accesso inappropriato in PS in questo contesto) si verifica per l'individuo i (qui il medico i) e con x_i l'insieme di variabili di controllo, il modello di regressione di Poisson ha la forma:

$$E(y_i | x_i) = \lambda_i = e^{x_i \beta}$$

La forma funzionale esponenziale $\lambda = e^{x\beta}$ per l'in-

tensità del processo risulta appropriata per modelli con dati di conteggio poiché assicura che $E(y|x)$ assuma sempre valori non negativi, indipendentemente dai valori delle variabili di controllo. Il vettore β di coefficienti del modello è tipicamente stimato in modo iterativo utilizzando il metodo della massima verosimiglianza; meno comune, ma più robusta alla specificazione del valore atteso condizionato è il metodo generalizzato dei momenti (GMM).

Poiché l'intensità del processo è una funzione non lineare delle variabili di controllo, l'interpretazione dei coefficienti β non è immediata come per i modelli lineari e, dal momento che i coefficienti non rispettano la stessa unità di misura dei conteggi, essi devono essere ritrasformati per poter fare inferenza sull'impatto delle variabili di controllo sul numero di eventi. I coefficienti possono dare un'indicazione dell'effetto qualitativo dei regressori (effetto positivo o negativo, per esempio), mentre è possibile fare inferenza sugli effetti quantitativi calcolando gli effetti marginali delle variabili (Jones (2007)), procedura assai semplice grazie ai moderni software econometrici.

Un punto critico in questo contesto è la proprietà di equidispersione del modello di Poisson, che prevede l'uguaglianza tra la media condizionata di y , e la varianza condizionata di y , date le variabili di controllo. Tale proprietà rende il modello molto parsimonioso in termini di stima, ma l'ipotesi di equidispersione è generalmente troppo restrittiva e non confermata dalla distribuzione empirica delle variabili: la variabile dipendente, qualora catturi la domanda di servizi sanitari come nella nostra ricerca, presenta in molti casi sovra-dispersione, cioè una varianza di y molto maggiore della media di y . La sovra-dispersione può essere attribuita ad una incorretta specificazione del modello e alla presenza di un'eterogeneità non osservabile tra individui (Mullahy, 1997). Dopo la stima del modello di Poisson, è opportuno utilizzare statistiche quali la bontà di adattamento di Pearson per testare l'appropriatezza del modello sui dati a disposizione, altri test *regression-based* per

testare la sovra-dispersione: qualora il modello di Poisson non risulti valido, è opportuno adottare approcci differenti che permettano di dar conto della sovra-dispersione.

Il modello Binomiale Negativo è il metodo più comunemente utilizzato per dare conto delle differenze non osservabili tra gli individui e per rilassare l'ipotesi di equi-dispersione. Il modello binomiale negativo aggiunge un termine di errore per ciascun individuo alla media condizionata del modello di Poisson ed assume che esso abbia una distribuzione Gamma allo scopo di specificare la varianza in modo che sia ammessa sovra-dispersione. In particolare, il modello NB2, il più utilizzato, stima il caso in cui la varianza di y è una funzione quadratica della media di y , cioè $\text{Var}(y|x) = \lambda + \alpha\lambda^2$ dove α è un parametro di sovra-dispersione che assume valore positivo e che deve essere anch'esso stimato in aggiunta ai coefficienti del modello di Poisson; il modello NB1 ipotizza invece che la varianza sia proporzionale alla media, cioè $\text{Var}(y|x) = \lambda + \alpha\lambda$. Maggiore è il valore del parametro α , più severo è il problema della sovra-dispersione. Il modello di Poisson risulta essere un caso particolare del modello binomiale negativo nel caso in cui $\alpha=0$: questo fatto ci permette di testare la significatività del parametro α con standard test t o likelihood-ratio da condurre dopo la stima del modello NB e di conseguenza di verificare se il modello binomiale negativo è più appropriato del modello di Poisson. Poiché modello di Poisson e modello binomiale negativo differiscono solo nella modellazione del termine di errore e dato che il modello binomiale negativo prevede che la media condizionata sia una funzione esponenziale delle variabili di controllo, l'interpretazione dei coefficienti è la stessa [Cameron e Trivedi 1998, 2005].

Un altro problema che frequentemente si presenta nei dati di conteggio è un numero elevato di valori pari a zero osservati per la variabile di interesse (zero-inflation, Zi). Ci si può attendere che in un contesto di ricerca come il nostro, con aggregazione dei dati a livello di Mmg, la proba-

bilità di osservare un eccesso di zeri nella distribuzione empirica sia piuttosto bassa; tuttavia essa non è sempre nulla ed è, quindi, importante verificare che se la distribuzione empirica dei dati presenti un numero eccessivo di valori zero.

Per dare conto di numerosi zeri nel campione, sono stati estesi il modello di Poisson e il modello binomiale negativo e sono stati proposti il modello di Poisson con eccesso di zeri (Zero-inflated Poisson, Zip) ed il modello binomiale negativo con eccesso di zeri (Zero-inflated Negative Binomial, Zinb), quest'ultimo appropriato, nello stesso tempo, anche per dati con sovra-dispersione: la logica alla base di questi modelli è di modificare le distribuzioni standard attribuendo un peso maggiore alla probabilità di osservare un valore zero nella variabile dipendente. In altre parole, gli individui vengono suddivisi in due gruppi: un individuo avrà una domanda pari a zero con probabilità q e avrà invece una domanda positiva con una probabilità $1-q$ che segue una distribuzione di Poisson o binomiale negativa: la probabilità q è una funzione delle variabili esplicative e può essere stimata sui dati a disposizione.

La probabilità di osservare uno zero in questo scenario è data dalla probabilità che l'individuo abbia domanda pari a zero più la probabilità che la domanda sia positiva moltiplicata per la probabilità di osservare uno zero nei modelli standard di conteggio [Jones (2007) e Moineddin et al. (2011)]. Qualora si disponga di misure della domanda di servizi per lo stesso individuo ripetute per più anni, è possibile estendere l'analisi incorporando la dimensione temporale ed utilizzare modelli per dati di conteggio longitudinali. I dati longitudinali consentono al ricercatore di studiare la dinamica dei comportamenti individuali (nel nostro contesto, l'evoluzione degli accessi inappropriati per ciascun medico) nel corso del tempo e di studiare più a fondo l'impatto di politiche sanitarie che, per loro natura, richiedono mesi o anni per entrare a pieno regime. Inoltre, i dati panel permettono di dare conto dell'eterogeneità non osservabile e costante nel tempo tra gli individui e di modellarla

adeguatamente tramite trasformazioni dei dati ad hoc, evitando così che eventuali correlazioni tra gli effetti individuali non osservabili e le variabili di controllo incluse nel modello finiscano per produrre stime distorte degli effetti causali di interesse qualora non venissero trattate nel modo corretto. In più, i dati panel consentono l'inclusione nel modello di elementi dinamici quali, ad esempio, i conteggi della variabile dipendente e di altre variabili di interesse negli anni precedenti: questi, oltre a fornire informazioni utili sull'evoluzione temporale dei fenomeni di interesse, permettono di limitare i problemi di simultaneità tra le variabili che si possono presentare.

Ancora, si può includere in un modello per dati longitudinali un insieme di variabili binarie per ciascun anno di riferimento allo scopo di catturare effetti temporali e trend comuni a tutti gli individui.

I modelli di Poisson e binomiale negativo presentati in precedenza possono essere adottati nel caso di dati longitudinali con poche variazioni rispetto al caso di dati per un singolo periodo temporale: entrambi i modelli possono essere formulati in modo da tenere conto della presenza di eterogeneità non osservabile costante nel tempo. I problemi di sovra-dispersione e di eccesso di zeri si presentano ovviamente anche nel caso di osservazioni ripetute: i test statistici per individuarli e le strategie per affrontarli non cambiano quando si ha a che fare con una banca dati panel.

Quando si hanno a disposizione osservazioni ripetute, la strategia più appropriata è certamente sfruttare la ricchezza informativa dei dati stimando modelli per panel, avendo a mente il caveat che una maggiore variabilità dei dati e un potenziale informativo molto più vasto sono accompagnati anche da una maggiore complessità dell'analisi e da una meno immediata interpretazione delle stime degli effetti di interesse.

CONCLUSIONI

Il presente contributo si è proposto di presentare le tematiche oggetto di riflessione nell'ambito

del progetto Agenas *Monitoraggio dei progetti regionali sugli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Psn Linea operativa: Assistenza primaria, assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso*. Si è fornita una ricognizione delle attuali conoscenze evidenziate nella letteratura internazionale sull'utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza da parte di quei pazienti che presentano condizioni trattabili efficacemente anche attraverso modalità assistenziali a più bassa intensità, quali le Cure primarie. In questo modo è stato possibile evidenziare e discutere criticamente i principali fattori, sia individuali che di natura organizzativa, che determinano inefficienze allocative nella distribuzione della casistica che fa oggi ricorso al Pronto soccorso, prendendo in considerazione una pluralità di assetti istituzionali e valutando le possibili risposte sotto il profilo organizzativo ai problemi evidenziati dalla letteratura empirica. Si è infine passati ad una sintetica ricognizione degli strumenti statistico-econometrici che dovranno permettere di sviluppare un'analisi metodologicamente rigorosa dei Casi Studio oggetto di specifico approfondimento all'interno del progetto. Le considerazioni sviluppate in questo contributo forniscono quindi un inquadramento di carattere generale – in termini di ipotesi di ricerca, conoscenze disponibili e strumenti metodologici – che ha posto le basi per le analisi empiriche sugli accessi inappropriati al PS nelle differenti realtà regionali che la Scuola superiore di politiche per la salute ha sviluppato nell'ambito del progetto.

BIBLIOGRAFIA

- Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, et al. (2004), *Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care*, *Academic Emergency Medicine*, 11 (12): 1302-10.
- Armstrong B, Levesque O, Perlin JB et al. (2006), *Reinventing Veterans Health Administration: focus on primary care*. *Healthcare Quarterly*, 9: 80-85.
- Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K (2005), *Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the "primary care patient" in the emergency department*, *Emergency Medicine Australasia*, 17: 472-9.

- Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF (2003), *Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy*, Public Health, 117: 250-55.
- Calderòn-Larranaga A, Carney L, Soljak M et al. (2011), *Association of population and primary healthcare factors with hospital admissions rates for chronic obstructive pulmonary disease in England*, Thorax, 66 (3): 191-96.
- Cameron AC, PK Trivedi (1998), *Regression Analysis of Count Data*, Econometric Society Monograph No.30, Cambridge University Press.
- Cameron, AC, PK Trivedi (2005), *Microeconometrics: Methods and Applications*, Cambridge University Press.
- Carlsen F, Grytten J, Kjelvik J, Skau I (2007), *Better primary physician services lead to fewer hospital admissions*, European Journal of Health Economics, 8:17-24.
- Dale J, Green J, Reid F, Gluckman E (1995), *Primary care in the accident and emergency department*. BMJ, 311: 423-6.
- DeLia D (2006), *Potentially avoidable use of hospital emergency departments in New Jersey*, New Brunswick, NJ, Rutgers Center for State Health Policy.
- Feachem RG, Sekhri NK, White KL (2002), *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanent*, BMJ, 324: 135-41.
- Fiorentini G, Lippi Bruni M, Ugolini C (2008). *Health Systems and Health Reforms in Europe: the Case of Italy*. Intereconomics, 43: 205-212.
- GAO, General Accounting Office (2009), *Hospital emergency departments*. Publication 09-347, Washington DC, April.
- Garcia TC, Bernstein AB, Bush MA (2010), *Emergency Department Visitors and Visits: Who Used the Emergency Room in 2007?* NCHS Data Brief, no. 28.
- Grol R, Giesen P, van Uden C (2006), *After-hours care in the United Kingdom, Denmark and the Netherlands: new models*, Health Affairs, 25, 6: 1733-37.
- Hansagi H, Carlsson B, Olsson M, Edhag O (1987), *Trial of a method of reducing inappropriate demands on a hospital emergency department*, Public Health, 10: 99-105.
- Harris MJ, Patel B, Bowen S (2011), *Primary care access and its relationship with emergency department utilisation*, British Journal of General Practice, December; e787-93.
- Howard M, Goertzen J (2008), *Emergency Department and Walk-in-Clinic use in models of primary care practice with different after-hours accessibility in Ontario*, Healthcare Policy, 4, 1: 73-88.
- Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R (2009), *Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models*, BMC Health Services Research, 9: 105.
- Jones A (2007), *Applied Econometrics for Health Economists: A Practical Guide*, Radcliffe Publishing Ltd.
- Kljakovic M, Allan BC, Reinker J (1981), *Why skip the General Practice and go to the Accident and Emergency Department?*, NZ Medical Journal, 93: 49-52.
- Lang T, David A, Diakité B, Agay E, et al. (1996), *Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect?*, Journal of Epidemiol Community Health, 50: 45-62.
- Lee A, Lau FL, Hazlett CB et al. (2000), *Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong*, Social Science & Medicine, 51: 1075-85.
- Lega F, Mengoni A (2008), *Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications*, Health Policy, 88: 326-38.
- Leibowitz R, Day S, Dunt D (2003), *A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, patient and GP satisfaction*, Family Practice, 20, 3: 311-17.
- Liggins K (1993), *Inappropriate attendance at accident and emergency departments: a literature review*. J Adv Nurs, 18: 1141-45.
- Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L et al. (2009), *Italy - Health System Review, Health System in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, 11 (6).
- Lowe RA, Localio AR, Schwarz DF et al. (2005), *Association between primary care practice characteristics and emergency department use in a Medicaid managed care organization*, Medical Care, 3(8): 792-800.
- McCusker J, Roberge D, Lévesque JF et al (2010) *Emergency Department visits and primary care among adults with chronic conditions*, Medical Care, 48, 11: 972-80.
- McGraig L, Burt CW (2006) *National hospital ambulatory medical care survey: 2004 emergency department summary*. Advances in Data, 37(2): 1-5.
- Moineddin R, Meaney C, Agha M, Zagorski B, Glazier RH (2011), *Modeling factors influencing the demand for emergency department services in Ontario: a comparison of methods*, BMC Emerg Med., 19;1:13.
- Moll van Charante EP, ter Riet G, Bindels P JE (2008), *Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motive and characteristics*, Patient Education and Counselling, 70: 256-65.
- Moll van Charante EP, van Steewijk-Opdam P CE, Bindels P JE (2007), *Our-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choice and referrals by general practitioners and ambulance services*, BMC Family Practice, 8: 46.
- Mullahy J (1997), *Heterogeneity, excess zeroes, and the structure of count data models*, Journal of Applied Econometrics, 12: 337-350.
- O'Connell C (2000), *Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature?* Fam Pract, 17: 462-1.
- Puig-Junoy J, Saez M, Martínez-García E (1998), *Why do patients prefer hospital emergency visits? A nested multinomial logit analysis for patient-initiated contacts*, Health Care Management Science, 1: 39-52.
- Roberts E, Mays N (1998), *Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital A&E department?* Health Policy, 44: 191-214.
- Saxena S, George J, Barber J et al. (2006), *Association of population and practice factors with potentially avoidable admission rates for chronic diseases in London*, J R Soc Med, 99 (2): 81-89.
- Sempere-Selva T, Peirò S, Sendra-Pina P, Martínez-Espin C, López-Aguilera I (2001), *Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associate factors and reasons*, Ann Emerg Med, 37: 568-79.
- Shah NM, Shah MA, Behbehani J (1996), *Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait*, Social Science & Medicine, 42: 1313-23.
- Thompson C, Hayhurst C, Boyle A (2010), *How have changes to out-of-hours primary care services since 2004 affected emergency department attendances at a UK District General Hospital? A longitudinal study*, Emergency Medicine, 27: 22-25.
- Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG (1996), *Does increased access to primary care reduce hospital readmissions?*, New England Journal Medicine, 334(22): 1441-47.
- Wooldridge J (2010), *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*, Second Edition, MIT Press.

Indicazioni per il monitoraggio delle esperienze regionali

di **Pietro Gallina***, **Daniele Donato***, **Cristina Ugolini****

* Direzione Sanitaria Azienda ULSS 16, Padova

** Scuola Superiore Politiche per la Salute, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

PREMESSA

All'interno del progetto Ministero della salute e Agenas *Monitoraggio dei progetti regionali sugli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano sanitario nazionale - Linea progettuale. Assistenza primaria, Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso*, l'attività di ricerca che ha visto direttamente coinvolta la Scuola Superiore di Politiche per la Salute dell'Università di Bologna si è proposta di analizzare l'impatto di alcuni casi studio risultanti dall'attuazione di politiche regionali per la promozione dell'appropriatezza degli accessi al Pronto soccorso, con particolare attenzione alle modalità con cui le caratteristiche economiche ed organizzative della Medicina generale possono riflettersi sul ricorso a questa forma di risposta assistenziale. A questo proposito, sono stati selezionati i Casi Studio riferiti alle sperimentazioni in corso nelle Regioni Emilia-Romagna, Veneto, Toscana e Calabria, al fine di valutare l'impatto prodotto da queste esperienze sugli accessi in Pronto soccorso non seguiti da ricovero nel periodo 2007-2011. A tale scopo, le Regioni hanno messo a disposizione informazioni tratte dalle proprie banche dati amministrative e, ove possibile, anche gli eventuali sistemi di rilevazione previsti in modo specifico nell'ambito di questi progetti. Per ogni caso studio i flussi informativi sono riferiti alla sperimentazione in corso e all'eventuale gruppo di

controllo individuato in ciascun contesto territoriale.

Lo studio di tali esperienze regionali si è proposto di analizzare l'impatto prodotto dagli specifici modelli organizzativi adottati per l'Assistenza primaria sulle strutture di Pronto soccorso. L'analisi si è concentrata su pazienti che sono stati classificati come codici bianchi in uscita dal sistema di triage in vigore negli ospedali. Nell'ottica di studiare il legame ed eventuali relazioni causali tra l'utilizzo appropriato/inappropriato del Pronto soccorso e le caratteristiche organizzative dell'Assistenza primaria, con un particolare focus sulle forme di medicina di gruppo e sull'assistenza h24 della Medicina del territorio, il livello di aggregazione scelto per tutte le analisi empiriche condotte è quello riferito al singolo medico.

Nonostante la significativa eterogeneità delle realtà di studio, sia in termini di caratteristiche organizzative della Medicina generale e di emergenza sia rispetto al contesto sociale, economico e sanitario, è stata formulata la stessa richiesta dei dati per ciascuno dei Casi studio, allo scopo di avere basi di analisi il più possibile omogenee e comparabili, e si è poi incentivata l'integrazione di dati utili a cogliere le caratteristiche specifiche di ciascuna realtà. Le scelte metodologiche compiute sono state dettate, da un lato, dalla necessità di identificare, per ciascuna realtà, il metodo e gli strumenti statistici più adatti all'analisi dei dati dis-

ponibili e, dall'altro lato, dal tentativo di elaborare un modello di approccio metodologico che possa costituire uno "standard" per la valutazione delle politiche di interesse e che sia applicabile anche in contesti regionali differenti e in presenza di modelli organizzativi eterogenei.

Il presente lavoro si propone di ripercorre le scelte metodologiche di analisi dei dati compiute nel corso dei mesi scorsi, offrendone una schematizzazione che, con le necessarie cautele dovute alla necessità di adattarla alle differenze specifiche di ciascun caso, può essere esportabile in futuro a setting territoriali che presentino esperienze analoghe ai casi studio analizzati nel progetto.

MONITORAGGIO DEGLI ACCESSI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI AL PRONTO SOCCORSO

a. Raccolta dei dati di contesto

Il primo passo per costruire un sistema per il monitoraggio degli accessi potenzialmente inappropriati al Pronto soccorso è quello di raccogliere una serie di informazioni sulle caratteristiche del progetto da monitorare, sul contesto territoriale e regionale in cui il progetto è stato attivato, sulle politiche sanitarie di quel territorio e, in particolare, sull'organizzazione dei presidi di Pronto soccorso e degli elementi caratterizzanti il sistema dell'Assistenza primaria. Tutte queste informazioni risultano di primaria importanza sia ai fini della scelta della metodologia di analisi dei dati, sia per l'interpretazione corretta degli stessi.

b. Costruzione del Dataset

Un secondo fondamentale passaggio è la costruzione della base dati sulla quale si svolgeranno le analisi per il monitoraggio. Al fine di evitare errori sistematici, va definito esattamente il periodo temporale in cui si vuole condurre l'analisi e valutato lo stato di completezza e di affidabilità delle singole fonti dati disponibili per il periodo in esame. In particolare è stato definito un tracciato record (Tabella 1) che comprende:

- dati anagrafici sugli assistiti, comprendenti le caratteristiche degli assistiti;
- dati anagrafici sui Medici di medicina generale (Mmg) e sulle forme associative classiche (semplici, di rete e di gruppo) ed avanzate (aggregazioni funzionali territoriali) della Medicina generale;
- dati sugli accessi al Pronto soccorso (ricavabili da flussi specifici sul Pronto soccorso, nelle Regioni in cui essi siano stati attivati, o in parte dai flussi della specialistica ambulatoriale).

Nel tracciato record, rappresentato in Tabella 1, sono riportati, a titolo esemplificativo, i campi individuati, nel corso del progetto, come obbligatori e come facoltativi sulla base della disponibilità media del dato nei contesti presi in esame nel progetto.

Il presente tracciato è stato utilizzato per costruire un unico database con dati ottenuti da diversi flussi. Tutti i dati, come da normativa vigente sulla privacy, sono stati resi totalmente anonimi in sede locale, prima dell'invio per la costruzione del database, grazie alla eliminazione dei dati sensibili e alla creazione di una chiave univoca per il linkage (Id ass = Codice identificativo Assistito). Analogo procedimento hanno seguito i dati relativi ai Mmg (Med Cod = Codice medico).

c. Caratteristiche da valutare per attuare il monitoraggio

Come accennato in precedenza, gli elementi distintivi della sperimentazione in corso risultano di primaria importanza sia ai fini della scelta della metodologia di analisi dei dati che degli indicatori che risulterà possibile monitorare. A tal fine, dovrà essere condotta una serie di analisi descrittive, sia sull'intero contesto che sul bacino di utenza del progetto oggetto di monitoraggio:

- sui dati di accesso al Pronto soccorso della popolazione residente iscritta alle liste dei Medici di medicina generale appartenenti alla sperimentazione e al più ampio bacino territoriale di cui essa è parte (ad esempio, accessi non seguiti da ricovero per codice colore al triage e in

uscita, distribuzione degli accessi per giorno della settimana, per mese e per orario di accesso, motivo di ricovero, ed ogni altra informazione che la ricchezza della banca dati permetterà di prendere in esame);

- sui dati relativi ai Medici di medicina generale, quali: caratteristiche del medico, caratteristiche dello studio medico, caratteristiche della lista assistiti del medico, numero di soggetti esenti, tipologie di esenzione, accessi al Pronto soccorso per medico, percentuale di assistiti con cittadinanza non italiana, % *frequent flyers* per medico, ecc..

I risultati delle analisi descrittive, oltre ad essere utili per la prima fase del monitoraggio, sono di fondamentale importanza per definire la variabile dipendente e il modello statistico da applicare per le analisi successive. È pertanto imprescindibile, nel percorso di monitoraggio, considerare attentamente tali aspetti, di seguito riassunti per punti successivi:

1) Caratteristiche della sperimentazione oggetto di monitoraggio

Vanno considerate attentamente le caratteristiche del progetto oggetto di monitoraggio, ad esempio valutando il livello in cui opera la sperimentazione:

- **Territoriale:** in questo caso l'esperienza monitorata corrisponde ad ambulatori territoriali integrati o strutture gestite direttamente da medici di assistenza primaria. L'analisi terrà conto di variabili legate al singolo medico e alla sperimentazione di cui fa parte rispetto ai restanti medici di assistenza primaria nello stesso setting;
- **Ospedaliero:** in questo caso l'esperienza monitorata corrisponde ad Ambulatori per la gestione dei codici di minor gravità (bianchi). Tali strutture hanno una funzione di "cuscinetto" intermedio tra Assistenza primaria e Pronto soccorso, pertanto l'effetto dell'attività della struttura andrà valutato sia sugli indicatori legati al Pronto soccorso che su quelli legati ai Medici di assistenza primaria operanti nello stesso setting. In

questo caso può essere opportuno individuare come gruppo di controllo un intero setting (comune/distretto) diverso da quello in esame nel quale non sia presente un analogo progetto.

Le caratteristiche distintive dell'esperienza risultano di particolare importanza quando è necessario individuare un gruppo di controllo per l'analisi. Alcuni modelli statistici prevedono, infatti, che si identifichi una coorte di soggetti non sottoposta all'effetto della variabile indipendente, da confrontare con la coorte oggetto di studio, al fine di valutare differenze statisticamente significative tra i due gruppi. Nella scelta del gruppo di controllo, andrà pertanto ricercata l'assenza di differenze tra i due gruppi per quanto riguarda tutte le eventuali caratteristiche del setting che, oltre alla variabile indipendente di interesse (la presenza della sperimentazione oggetto di monitoraggio) possono essere in grado di influenzare gli accessi al Pronto soccorso, ad esempio specifiche convenzioni, dotazione strumentale, esistenza di incentivazioni economiche, ecc.

2) Caratteristiche del contesto in cui opera la sperimentazione oggetto di monitoraggio

Allo stesso modo possono avere un forte impatto sugli indicatori misurati le caratteristiche del contesto territoriale in cui la sperimentazione si trova ad operare. In precedenza si è detto come sia necessario tenere adeguatamente conto di tutte le informazioni disponibili relativamente all'ambiente in cui la sperimentazione si svolge, ad esempio dati sulla popolazione residente, presenza di punti di Pronto soccorso nel territorio di riferimento, la popolazione target della struttura, come si distribuiscono gli accessi di questa popolazione ai diversi punti di Pronto soccorso. Ad esempio, si possono configurare situazioni in cui la popolazione interessata dalla sperimentazione afferisce per lo più ad un unico Pronto soccorso nell'area di residenza, o altre in cui la popolazione interessata dalla sperimentazione afferisce a diversi Pronto soccorso. Nel caso in cui siano presenti più Pronto soccorso an-

drà valutato se la sede di accesso del paziente sia legata a fattori territoriali (ad esempio la maggior parte dei residenti nel Distretto 1 affrisce al Pronto soccorso 1, mentre la maggior parte dei residenti nel Distretto 2 affrisce al Pronto soccorso 2). Entrambe queste caratteristiche, come si vedrà in seguito, possono produrre un impatto significativo sulla misurazione della probabilità di accesso al Pronto soccorso e non tenerne adeguatamente conto potrebbe falsare il giudizio sull'efficacia della sperimentazione in corso.

3) Modalità di valutazione dei codici colore in Pronto soccorso

L'analisi statistica condotta su contesti regionali diversi ha evidenziato l'estrema variabilità delle procedure di attribuzione dei codici colore nei diversi Pronto soccorso italiani, anche appartenenti ad una stessa azienda sanitaria o regione. In particolare, la presenza di una certa soggettività nell'attribuzione dei colori bianco e verde può pesantemente condizionare l'analisi statistica. Per tale motivo è necessario che sia valutata accuratamente la distribuzione degli accessi per codice colore nei singoli punti di Pronto soccorso, riferita ai pazienti assistiti nelle liste dei medici oggetto di osservazione, con particolare attenzione alle situazioni in cui la popolazione esaminata affrisca a più di un Pronto soccorso. Pur in presenza di una evidente difficoltà nell'individuare un qualche valore soglia al di sotto del quale l'inappropriatezza potrebbe interessare non solo gli accessi con codice bianco ma anche parte di quelli con codice verde, il gruppo di lavoro sottolinea la necessità di valutare con particolare attenzione le strutture ospedaliere per le quali gli accessi con codici bianchi sia approssimativamente al di sotto del 25% del totale degli accessi non seguiti da ricovero¹.

Operativamente, qualora la percentuale dei co-

dici bianchi risulti particolarmente contenuta, sarà possibile valutare l'opportunità di considerare come inappropriati un insieme più ampio di accessi, che ad esempio, laddove la banca dati lo consenta, incorpori anche la quota di accessi con codice verde per ragioni non traumatiche e avvenuti nella fascia oraria diurna dalle 8 alle 20. Inoltre, nei casi in cui la popolazione della struttura affrisca a servizi di Pronto soccorso diversi risulta fondamentale anche valutare se vi siano fenomeni di autoselezione tra le strutture in base alla loro gravità percepita (i soggetti a maggiore rischio di inappropriatezza si dirigono al Pronto soccorso 1 dove hanno maggiori probabilità di ricevere un codice esente dal pagamento del ticket, mentre i più gravi verso il Pronto soccorso 2).

In generale, per ridurre la scarsa confrontabilità dei dati riferiti agli accessi inappropriati al Pronto soccorso nel contesto istituzionale italiano, il progetto ha evidenziato la necessità che il programmatore nazionale intervenga al più presto al fine di elaborare linee guida nazionali che uniformino le modalità di attribuzione dei codici bianchi e verdi in Pronto soccorso, riducendo in modo significativo la discrezionalità dei criteri di attribuzione adottata localmente. Tale intervento diventa prioritario se nel prossimo futuro si vorranno disporre di valutazioni sempre più solide e affidabili sull'appropriatezza nel ricorso al PS in Italia.

d. Identificazione della variabile dipendente per il monitoraggio

Allo scopo di studiare il legame ed eventuali relazioni causali tra caratteristiche organizzative dell'Assistenza primaria – con un particolare focus sulle peculiarità di ciascuna esperienza oggetto di studio – e l'utilizzo inappropriato del Pronto soccorso, il livello di aggregazione scelto per l'analisi empirica è quello della singola pratica del-

¹ Su un campione di strutture di Emergenza italiane, l'analisi descrittiva condotta nel 2010 dalla Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza (SIMEU) evidenzia una percentuale di codici bianchi sul totale degli accessi in PS pari a circa il 24% (<http://www.simeu.it/file.php?file=dir&sez=articoli&id=238>). Nel campione delle realtà regionali da noi osservato, limitando l'analisi agli accessi non seguiti da ricovero e riferiti unicamente alla popolazione residente assistita, le percentuali di codici bianchi oscillano tra il 10% e oltre il 50%.

l'Assistenza primaria, sia essa coinvolta nell'esperienza interesse di studio o faccia essa parte del gruppo di controllo.

Grazie al collegamento tra Medici di medicina generale e assistiti registrati nella sua lista, è possibile calcolare per ogni Mmg il numero di accessi in Pronto soccorso di pazienti registrati nella lista assistiti nel corso di un determinato lasso di tempo, suddivisi per codice di triage in uscita, per mese, giorno della settimana e, ove possibile, per orario di accesso. Sarebbe naturale classificare come inappropriati gli accessi che abbiano un codice di triage in uscita bianco, e considerare quindi per ciascun Mmg il conteggio di accessi in Pronto soccorso non seguiti da ricovero codificati come bianchi in uscita attribuibili ad assistiti in lista. In linea teorica, quindi, la variabile di interesse è, per ciascun Mmg, il conteggio degli accessi in Pronto soccorso con codice bianco di pazienti iscritti nella sua lista assistiti.

Tuttavia, come già menzionato, poiché strutture diverse presentano spesso distribuzioni dei codici triage molto diversi, i pazienti di un Mmg potrebbero avere più strutture di riferimento in cui recarsi in caso di urgenza e, a parità di gravità delle condizioni di salute, potrebbero avere probabilità diverse di vedersi attribuito un codice bianco a seconda della struttura e dei sistemi di codifica eterogenei tra strutture. In questi casi, la definizione della variabile di interesse deve essere attentamente ponderata.

Una volta identificata la variabile dipendente con cui saranno monitorati gli accessi potenzialmente inappropriati al Pronto soccorso, occorre individuare la metodologia statistica più appropriata per condurre un'analisi empirica di livello superiore.

A livello esemplificativo, riprendendo quanto descritto in precedenza, possiamo schematizzare i diversi passaggi logici che permettono di identificare nel modo più rigoroso possibile la variabile dipendente.

IPOTESI 1

■ La popolazione della struttura afferisce per lo più ad un unico Pronto soccorso nell'area di residenza:

- % di codici Bianchi \geq 25%:

1. Numero di accessi al Pronto soccorso, senza esito in ricovero, con codice bianco
2. Numero di accessi con codice bianco non traumatici in orario 8-20, senza esito in ricovero (accessi con elevata probabilità di inappropriata) [Qualora siano disponibili informazioni sul motivo dell'accesso (campo non obbligatorio)]

- % di codici Bianchi $<$ 25% (si ipotizza che anche tra i codici verdi siano presenti accessi inappropriati)

1. Numero di accessi al Pronto soccorso, senza esito in ricovero, con codice bianco o verde
2. Numero di accessi con codice bianco o verde non traumatici in orario 8-20, senza esito in ricovero [Qualora siano disponibili informazioni sul motivo dell'accesso (campo non obbligatorio)]

IPOTESI 2

■ La popolazione della struttura afferisce a diversi Pronto soccorso nell'area di residenza senza fenomeni di autoselezione:

- Modalità omogenea di valutazione dei codici colore

• % di codici Bianchi \geq 25%

1. Numero di accessi totali (tutti i Pronto soccorso), senza esito in ricovero, con codice bianco
2. Numero di accessi totali con codice bianco non traumatici in orario 8-20, senza esito in ricovero (accessi con elevata probabilità di inappropriata) [Qualora siano disponibili informazioni sul motivo dell'accesso (campo non obbligatorio)]

• % di codici Bianchi $<$ 25% (si ipotizza che anche tra i codici verdi siano presenti accessi inappropriati)

1. Numero di accessi totali (tutti i Pronto soc-

corso), senza esito in ricovero, con codice bianco e codice verde (solo eventi non traumatici).

2. Numero di accessi totali con codice bianco e verde con evento non traumatico nella fascia oraria 8-20, senza esito in ricovero [Qualora siano disponibili informazioni sul motivo dell'accesso (campo non obbligatorio)]

- Modalità disomogenea di valutazione dei codici colore

a. la sede di accesso del paziente è legata a fattori territoriali: valuto separatamente i diversi bacini di utenza dei Pronto soccorso (*vedi punto precedente*)

b. la sede di accesso del paziente è indipendente da fattori territoriali:

1. Considero complessivamente codici Bianchi + Codici Verdi (per rendere confrontabili le casistiche dei diversi Pronto soccorso)

1. Numero di accessi totali (tutti i Pronto soccorso), senza esito in ricovero, con codice bianco e verde (solo eventi non traumatici)

2. Numero di accessi totali con codice bianco e verde (eventi non traumatici in orario 8-20, senza esito in ricovero) [Qualora siano disponibili informazioni sul motivo dell'accesso (campo non obbligatorio)]

2. Considero i soli Pronto soccorso con valutazione omogenea

1. % di accessi al Pronto soccorso, senza esito in ricovero, con codice bianco sul totale degli accessi al Pronto soccorso

2. % di accessi al Pronto soccorso, non traumatici in orario 8-20, senza esito in ricovero, con codice bianco sul totale degli accessi al Pronto soccorso [Qualora siano disponibili informazioni sul motivo dell'accesso (campo non obbligatorio)]

e. Definizione del modello statistico

A seconda della disponibilità informativa e delle peculiarità di ciascun caso di studio, l'analisi statistica ed econometrica potrà essere condotta su un singolo anno di riferimento (analisi cross-section) o, preferibilmente, su più anni (analisi panel) e potrà eventualmente considerare un gruppo di controllo o una dinamica pre-post intervento.

Qualora sia possibile, tenuto conto delle caratteristiche dell'esperienza di studio, del sistema di codifica e della natura dei dati raccolti, avere come variabile dipendente un conteggio per ciascun Mmg degli accessi in Pronto soccorso di pazienti registrati nella lista assistiti a cui sia stato attribuito un codice bianco o un codice verde, il modello statistico di riferimento sarà un modello non-lineare per dati di conteggio. L'approccio più frequentemente adottato in letteratura consiste nel modellare il conteggio degli eventi come un processo di Poisson e nello stimare l'intensità del processo come una funzione non-lineare (esponenziale) delle variabili di controllo. Un punto critico del modello di Poisson è la proprietà di equi-dispersione: si assume, infatti, uguaglianza tra la media condizionata della variabile dipendente, date le variabili di controllo, e la varianza condizionata della stessa, date le variabili di controllo. Tale ipotesi, utile nel rendere molto parsimonioso il modello in termini di stima, non trova generalmente riscontro nella distribuzione empirica delle variabili: la variabile dipendente, qualora catturi la domanda di servizi sanitari, presenta in molti casi sovra-dispersione, cioè una varianza molto maggiore della media.

Il modello binomiale negativo è il metodo più comunemente utilizzato per evitare il vincolo imposto dall'ipotesi di equi-dispersione ed è generalmente il più appropriato in questo contesto. Poiché il modello di Poisson e il modello binomiale negativo differiscono solo nella modellazione del termine di errore e dato che il modello binomiale negativo prevede che la media condizionata sia una funzione esponenziale del-

le variabili di controllo, l'interpretazione dei coefficienti è la stessa nei due modelli: in entrambi i casi i coefficienti non sono espressi nella stessa unità di misura dei conteggi quindi devono essere ritrasformati per poter fare inferenza sull'impatto delle variabili di controllo sul numero di eventi.

Qualora invece la variabile dipendente sia una percentuale (p), la miglior strategia consiste nel compiere una trasformazione logistica della variabile dipendente ($\ln[p/(1-p)]$) e stimarla come funzione delle variabili di controllo tramite il metodo dei minimi quadrati ordinari.

In ciascun caso, il modello valuterà variazioni cross-section e/o temporali del numero di accessi inappropriati al Pronto soccorso in funzione della presenza di forme di assistenza h12 o h24 e di variabili di controllo quali:

- caratteristiche anagrafiche del medico: sesso, età, anni di convenzionamento, informazioni sul tipo di specializzazione posseduta, ecc)
- presenza di forme associative (medicina di gruppo, rete, associazione), presenza di infermiere e/o collaboratore amministrativo, presenza di particolari forme di incentivazione economica su progetti specifici mirati al contenimento della spesa o al trattamento di patologie croniche, ecc. ;caratteristiche della lista assistiti (numero assistiti, età media, distribuzione per classi di età sesso, percentuale di esenti per patologia, percentuali di assistiti con cittadinanza diversa da quella italiana, ecc.);
- eventuale dummy relativa alla sperimentazione oggetto di interesse;
- caratteristiche di contesto.

I risultati ottenuti vanno poi interpretati, anche tenendo conto di eventuali limiti dell'analisi econometrica, ad esempio in alcuni casi studio la scarsa numerosità delle osservazioni disponibili potrebbe implicare una certa volatilità delle stime ottenibili. Inoltre, le stime potrebbero suggerire la necessità di ulteriori fabbisogni informativi, richiedere eventuali cambiamenti della strategia di analisi e/o valutazioni maggiormente approfondite

che si basino su più raffinate specificazioni della variabile dipendente.

Follow up

L'analisi dei Casi Studio ha suggerito le linee generali di un approccio comune per la valutazione della relazione tra caratteristiche della Medicina generale e inappropriately degli accessi al Pronto soccorso, potenzialmente adattabile anche in realtà diverse tra loro. Tale approccio risulta applicabile non soltanto in studi ad hoc, ma anche per il *follow up* dei progetti nel tempo, considerando come necessario per la valutazione dell'efficacia di un nuovo modello organizzativo almeno un periodo di due (preferibilmente cinque) anni in condizioni di stabilità di contesto e di politiche sanitarie. Gli indicatori identificati e le indicazioni per la scelta della variabile dipendente risultano, infatti, utili per il monitoraggio nel tempo dei fenomeni a livello aziendale, e per la condivisione dell'andamento nel tempo dei progetti con tutti i soggetti coinvolti.

Oltre ad una generale riflessione sulle metodologie statistiche più adatte a valutare l'inappropriatezza degli accessi in Pronto soccorso, il progetto Ministero della salute e Agenas ha stimolato la riflessione su come le informazioni necessarie alla realizzazione dell'analisi statistica possano essere raccolte in modo routinario e quindi disponibili per un periodico monitoraggio delle esperienze in corso. A questo scopo è stata studiata la realizzazione di un cruscotto per il monitoraggio di questi indicatori che utilizza la *piattaforma Qlik-View* (versione 11.0), una consolle per la Business Intelligence in grado di combinare rapidamente dati provenienti da diverse origini. Tale sistema è stato implementato nell'azienda Ulss 16 di Padova (Regione Veneto) per ottenere un sistema di rilevazione in grado di offrire la massima fruibilità possibile degli indicatori all'utenza e la possibilità di creare report altamente personalizzati. Il sistema, attingendo direttamente ai dati del *data-warehouse* aziendale, permette di collegare le basi dati identificate nel Tracciato Record per il mo-

monitoraggio di Assistenza primaria, Assistenza h24 ed accesso improprio al Pronto soccorso (Tabella 1) ad altri flussi dati (Farmaceutica, Specialistica Ambulatoriale, Ricoveri ospedalieri, Assistenza domiciliare). Risulta pertanto possibile monitorare la variabile dipendente identificata nel Ca-

se Study (% di accessi al PS, senza esito in ricovero, con codice bianco sul totale degli accessi al PS), così come altri indicatori, sia per il singolo medico, che per le diverse forme di aggregazione funzionale, che per ogni singolo distretto o per l'intera azienda.

TABELLA 1 - Esempio di Tracciato Record per il monitoraggio di Assistenza primaria, assistenza h24 ed accesso improprio al Pronto soccorso

ANAGRAFICA ASSISTITI (per ANNO)			
None Variabile	Tipo	Etichetta Variabile	Campi Obbligatori
ANNO	Numerico		•
ID_ass	Numerico	codice identificativo assistito	•
Eta_ass	Numerico	Età assistito	•
Sesso_ass	Stringa	Sesso	•
TipoAss_ass	Stringa	Tipo Assistito (Residente, Domiciliato)	
Cittadinanza_ass	Stringa	Cittadinanza assistito	
ComuneRes_ass	Stringa	Comune Residenza Assistito	
MEDcod	Numerico	codice Medico	•
esenz_l_lcd9cm	Stringa	Codici di Esenzione ICD9CM	

Possono essere previsti ulteriori campi con informazioni utili a definire il case mix (indici di comorbidità, risk assessment, ecc..)

ANAGRAFICA MEDICI (per ANNO)			
None Variabile	Tipo	Etichetta Variabile	Campi Obbligatori
MEDcod	Numerico	codice Medico	•
MEDsesso	Stringa	Sesso del Medico	•
MEDdtNasc	Data	Data Nascita	•
MEDdtIscriz	Data	Data Iscrizione	
DistrettoAmb_med	Numerico	Distretto Ambulatorio Medico	•
ComuneAmb_med	Stringa	Comune Ambulatorio Medico	•
NrAss_01012008	Numerico	Numero Assistiti al 1/1 dell'anno	•
FA_01012008	Stringa	Forma Associativa al 1/1 dell'anno	•
AFT_01012008	Stringa	Aggregazione Funzionale al 1/1 dell'anno	
Coll_Studio_01012008	Numerico	Collaboratore di studio al 1/1 dell'anno	•
Coll_Inferm_01012008	Numerico	Collaboratore infermieristico al 1/1 dell'anno	•

Possono essere previsti ulteriori campi con informazioni legate a possibili politiche aziendali, come incentivazioni economiche, firma degli accordi aziendali, ecc...

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO			
None Variabile	Tipo	Etichetta Variabile	Campi Obbligatori
anno	Numerico	anno ACCESSO PS	•
ID_ACC	Stringa	ID ACCESSO PS	•
ID_ass	Numerico	codice identificativo assistito	•
cod_COMUNE_NASCITA	Stringa	codice COMUNE NASCITA	•
cod_CITTADINANZA	Stringa	codice CITTADINANZA	•
cod_COMUNE_RESIDENZA	Stringa	codice COMUNE RESIDENZA	
ASL	Stringa	codice ASL di appartenenza	
POS_UTENTE	Stringa	POSIZIONE TICKET assistito nell'accesso	
MEDcod	Numerico	codice Medico	•
PS_acc	Stringa	PRONTO SOCCORSO di accesso	•
DATA APERTURA_acc	Data	DATA APERTURA accesso PS	•
SETTIMANALE_acc	Stringa	GIORNO SETTIMANALE accesso PS	•
ORA_ARRIVO_acc	Data	ORA D'ARRIVO in PS	
MOTIVO_acc	Stringa	MOTIVO accesso PS	
MODALITA_acc	Stringa	MODALITÀ accesso PS	
COLORE TRIAGE_acc	Stringa	COLORE AL TRIAGE dell'accesso in PS	•
COLORE_DIMISSIONE_acc	Stringa	COLORE ALLA DIMISSIONE dell'accesso in PS	•
ESITO_acc	Stringa	ESITO dell'accesso in PS	•

Possono essere previsti, se disponibili, ulteriori campi con informazioni legate all'evento Accesso al PS, come ad esempio tempo d'attesa prima della visita del medico, disciplina/codice prestazioni erogate durante l'accesso al PS ecc...

Valutazione dell'impatto prodotto nelle Regioni monitorate per la riduzione degli accessi impropri in Pronto soccorso

di **Gianluca Fiorentini, Matteo Lippi Bruni, Irene Mammi e Cristina Ugolini**

Dipartimento di Scienze Economiche e Scuola Superiore di Politiche per la Salute
Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

In questo contributo si analizza l'impatto prodotto da alcuni specifici modelli organizzativi adottati per l'assistenza primaria sull'appropriatezza del ricorso alle strutture di Pronto soccorso (PS). L'analisi si concentra su pazienti classificati come codici bianchi in uscita dal sistema di triage in vigore negli ospedali considerati, adottando come livello di aggregazione quello del medico di medicina generale (Mmg).

CALABRIA

L'ambito in cui si svolge la sperimentazione calabrese è distrettuale e coinvolge il Distretto del Lametino in cui è attiva, nel comune di Lamezia Terme, una forma associativa avanzata denominata "Medici di Famiglia Michelangelo Buonarroti srl", a cui partecipano 6 Mmg, insieme ad altre figure professionali. Questa organizzazione è stata coinvolta nel 2007 in un progetto sperimentale per la realizzazione del "Modello organizzativo Assistenza Territoriale Integrata (Ati)", inizialmente come forma h12, trasformata a partire dal 1° settembre 2011 in modello h24, con copertura del servizio realizzata attraverso una turnazione tra i Medici di continuità assistenziale (Mca) e i Mmg.

L'obiettivo primario dell'analisi empirica è valu-

tare se il modello organizzativo Ati è in grado di contenere il ricorso inappropriato al Pronto soccorso. La ricerca si è quindi proposta di individuare, nell'arco di tempo che va dal 1 gennaio 2007 al 31 agosto 2012, la presenza o meno di differenze nell'uso del PS da parte degli assistiti seguiti nell'ambito del modello Ati rispetto a quelli registrati con gli altri Mmg attivi nel comune di Lamezia Terme. La decisione di circoscrivere l'esame ai residenti nel territorio comunale nasce dalla necessità di minimizzare l'influenza di possibili elementi di confondimento, derivanti dalla scelta di ambiti territoriali più estesi, ad esempio l'intera Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro, in cui sono presenti altri due punti di PS e un bacino territoriale piuttosto articolato. Gli assistiti del comune di Lamezia Terme insistono prevalentemente sull'ospedale Giovanni Paolo II che ha sede nello stesso comune, la sede Ati è facilmente raggiungibile e si trova a breve distanza dalla sede di Distretto e dal PS del suddetto ospedale, in un contesto abitativo con caratteristiche uniformi.

L'analisi statistica si è concentrata innanzitutto sullo studio degli accessi totali di Pronto soccorso non seguiti da ricovero nella struttura ospedaliera di riferimento, allo scopo di individuare le di-

namiche generali degli accessi in PS che caratterizzano l'ospedale lametino. Lo studio è stato condotto distinguendo i codici triage per colore in uscita, la distribuzione degli accessi per giorni e mesi, la distribuzione per ora di accesso nell'arco delle 24 ore e nelle fasce orarie 8-14, 14-20 e 20-8. Queste elaborazioni sono state replicate esaminando gli accessi classificati in uscita con il colore bianco. L'analisi descrittiva è stata poi applicata circoscrivendo la banca dati agli accessi al PS da parte di assistiti di Mmg operanti nel comune di Lamezia Terme e da parte degli assistiti dei Mmg nell'ambito del modello Ati. La figura 1 presenta la composizione percentuale degli accessi

suddivisi per colore, con un andamento che risulta piuttosto uniforme nei tre gruppi presi in esame e stabile nel triennio considerato. L'analisi generale degli accessi con codice bianco conferma per gli assistiti di Lamezia Terme un fenomeno noto in letteratura quale è la concentrazione delle visite nella giornata di lunedì, anche se il modello Ati si caratterizza per una più importante concentrazione degli accessi nella giornata di sabato (Figura 2). Anche la distribuzione sui mesi dell'anno per il 2011 presenta un andamento diversificato degli accessi riferiti al modello Ati, con una maggiore frequenza concentrata nel mese di aprile e gen-

FIGURA 1 - Accessi in PS suddivisi per colore triage in uscita, 2008-2011

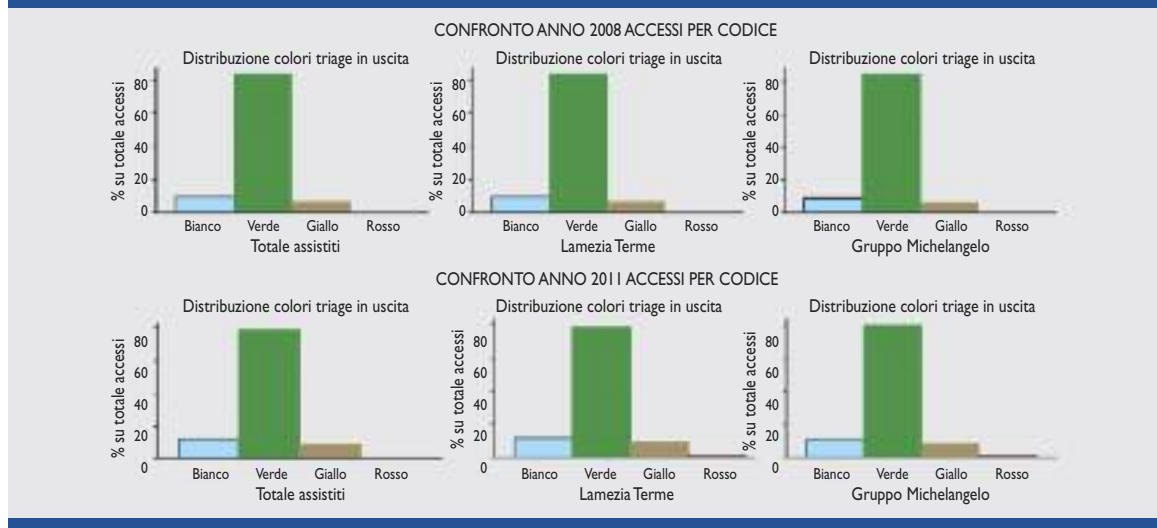
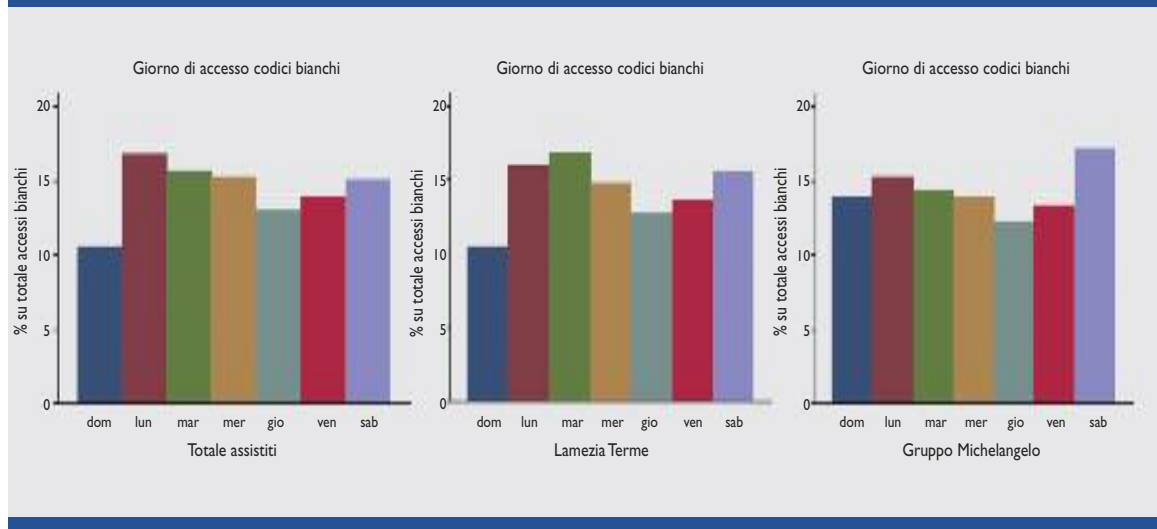


FIGURA 2 - Accessi in PS codice bianco suddivisi per giorno settimanale di accesso, 2011



naio, mentre il picco degli accessi nel mese di agosto è caratteristica comune di tutti i gruppi (Figura 3).

La Figura 4 presenta la distribuzione degli accessi per fasce orarie, evidenziando per il modello Ati una composizione pressoché equamente distribuita nell'arco del giorno, con un'affluenza durante la mattinata lievemente superiore, mentre la proporzione degli accessi durante le ore notturne non si differenzia in modo significativo dal resto del campione.

A questo punto è possibile analizzare con maggiore dettaglio le caratteristiche dei Mmg operanti nel comune lametino rispetto a: forma as-

sociativa; sesso; età media; numero medio assistiti; presenza di collaboratore amministrativo, informatico o infermieristico; disponibilità telefonica individuale o collettiva per il gruppo.

Dei 52 Mmg che partecipano al nostro campione, il 17% opera in forma singola, il 19% in gruppo, il 19% in associazione semplice e il restante 44% in rete. I Mmg del modello Ati presentano un'età media analoga a quella degli altri Mmg (53 anni nel 2008) ma una lista assistiti superiore alla media del comune (nel 2011 lista media pari a 1365 assistiti contro una media di 1065 per gli altri Mmg). Esaminando la composizione della lista assistiti, non si rilevano particolari differenze

FIGURA 3 - Accessi in PS codice bianco suddivisi per mese, 2011

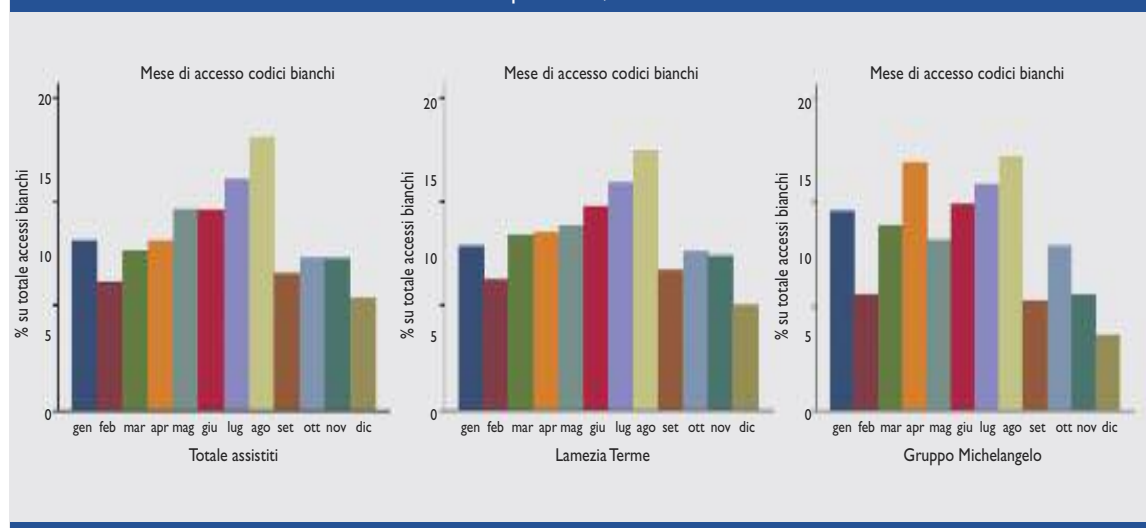
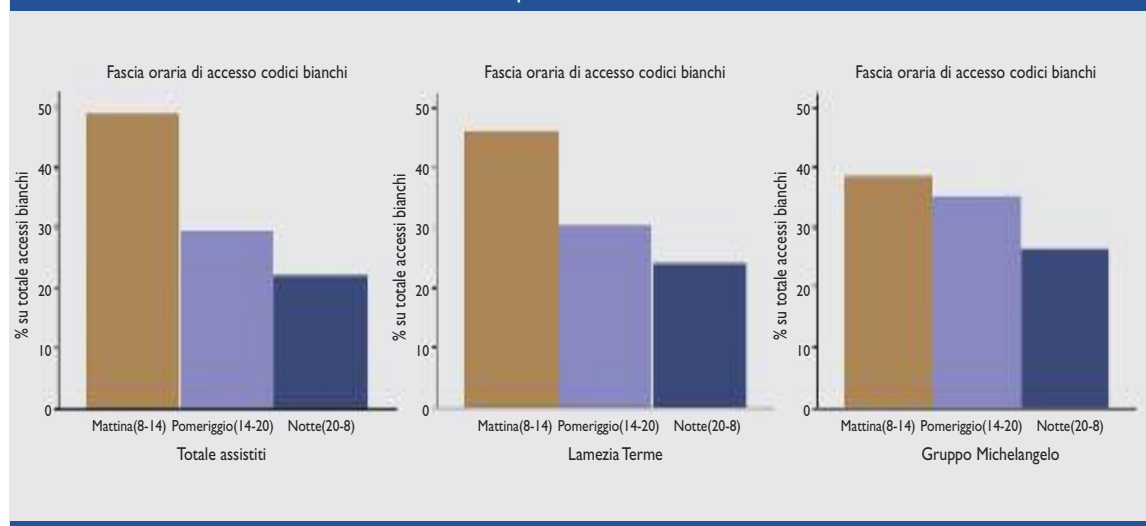


FIGURA 4 - Accessi in PS codici bianchi suddivisi per fascia oraria, 2011



nel sesso e nell'età media dei pazienti (tabella 1), mentre la distribuzione per fasce di età evidenzia una minore concentrazione di soggetti anziani nell'ambito del modello Ati.

L'analisi delle caratteristiche degli accessi in PS per Mmg riportata in Tabella 2 mostra rispetto al 2008 un tendenziale aumento degli accessi classificati con codice bianco. A fronte di questo andamento generale, gli assistiti del modello Ati presentano sistematicamente una minore incidenza degli accessi non urgenti. Questo andamento virtuoso è ulteriormente rafforzato esaminando l'andamento degli accessi nei primi 8 mesi del 2012 poiché gli assistiti hanno una percentuale di accessi inferiore di oltre il 10% a quella che caratterizza il resto del comune.

Sulla base delle informazioni desunte dall'analisi descrittiva, si è proceduto ad analizzare in un contesto multivariato le informazioni disponibili attraverso un modello econometrico in cui la variabile dipendente è costituita da una variabile di conteggio che registra per ciascun Mmg i nell'anno t il numero di accessi in PS con codice bianco. Data la quasi totale assenza di zeri e la distribuzione della variabile dipendente caratte-

rizzata da media e varianza diverse, i test e le statistiche di bontà dell'adattamento conducono ad optare per la stima di un modello binomiale negativo (Figura 5). Occorre tuttavia tenere conto del fatto che anche lo stimatore binomiale negativo, al pari di altri stimatori, può avere problemi di distorsione e di scarsa efficienza qualora la dimensione del campione sia limitata: avendo qui a disposizione osservazioni per soli 52 Mmg, di cui 6 aderenti al modello Ati, l'analisi in questo contesto potrebbe avere queste limitazioni e le stime potrebbero risultare poco robuste alla specificazione del modello.

Il modello è stato stimato in modo separato su ciascuno degli anni a disposizione. Le analisi *cross-section* (Tabella 3) evidenziano una scarsa significatività tanto delle caratteristiche anagrafiche dei singoli medici quanto delle diverse forme organizzative della Medicina generale presenti nel comune. Si osserva un effetto significativo prodotto dalla dimensione della lista, in conseguenza del quale al crescere del numero di assistiti aumenta la probabilità di accessi inappropriati al PS, e un effetto decrescente all'aumentare dell'età (indizio di un diverso costo opportunità del tempo).

TABELLA 1 - Composizione lista assistiti, confronto 2008-2012

2008	% donne	età media	età 14_20	età 21_35	età 36_50	età 51_65	età 66_75	età 76_85	età > 85
Lamezia Terme	52%	45	9%	24%	26%	21%	10%	6%	1,7%
Michelangelo	50%	44	9%	24%	29%	20%	9%	5%	1,5%
2012	% donne	età media	età 14_20	età 21_35	età 36_50	età 51_65	età 66_75	età 76_85	età > 85
Lamezia Terme	52%	47	8%	23%	26%	22%	9%	7%	3%
Michelangelo	50%	49	8%	23%	29%	22%	9%	5%	2%

TABELLA 2 - Caratteristiche accessi in PS per Mmg

2008	% accessi bianchi	% accessi verdi	% accessi gialli	% accessi rossi	N. Paz
Lamezia Terme	9,3	83,5	7,2	0,07	273
Michelangelo	9,1	84,3	6,6	0,04	354
2011	% accessi bianchi	% accessi verdi	% accessi gialli	% accessi rossi	N. Paz
Lamezia Terme	11,8	78,5	9,4	0,10	248
Michelangelo	10,8	80,6	8,4	0,03	301
2012	% accessi bianchi	% accessi verdi	% accessi gialli	% accessi rossi	N. Paz
Lamezia Terme	12,5	75,9	11,6	0,12	168
Michelangelo	11,0	77,4	11,0	0,34	214

Per ciò che riguarda l'impatto prodotto dall'adesione allo Studio Michelangelo - modello ATI, l'effetto marginale catturato dal coefficiente della variabile dicotomica "Michelangelo" aumenta in modo evidente tra il 2008 ed i primi otto mesi del 2012. Pur non essendo mai statisticamente significativo, tale risultato suggerisce che la sperimentazione stia andando nella direzione attesa di diminuire la frequenza di accessi in codice bianco.

Fino all'agosto 2011 il modello Ati non sembra quindi aver modificato i comportamenti degli assistiti. Ciò è verosimilmente dovuto al fatto che configurandosi l'ambulatorio come Ati h12 ed offrendo di notte solo una turnazione di medici basata sulla mca, l'incremento della copertura dei bisogni rispetto ad una modalità di medicina pri-

maria più tradizionale non è tale da determinare alcun impatto particolarmente significativo rispetto all'utilizzo dei servizi di PS. In ogni caso va tenuto presente che il modello h24 è stato introdotto solo dal 1° settembre 2011.

Inoltre, l'analisi statistica condotta per i primi mesi del 2012 lascia intravedere come il modello Ati organizzato sulle 24 ore eserciti un effetto ancora non statisticamente significativo ma comunque nella direzione auspicata. Ad oggi non è quindi ancora possibile formulare una valutazione conclusiva dell'impatto dell'ulteriore estensione all'h24 che viene coperta nei dati a nostra disposizione solo per i primi otto mesi del 2012. Qualunque valutazione attendibile circa le conseguenze prodotte dalla sperimentazione in corso necessita di avere a disposizione un arco di tem-

FIGURA 5 - Scelta della metodologia econometrica

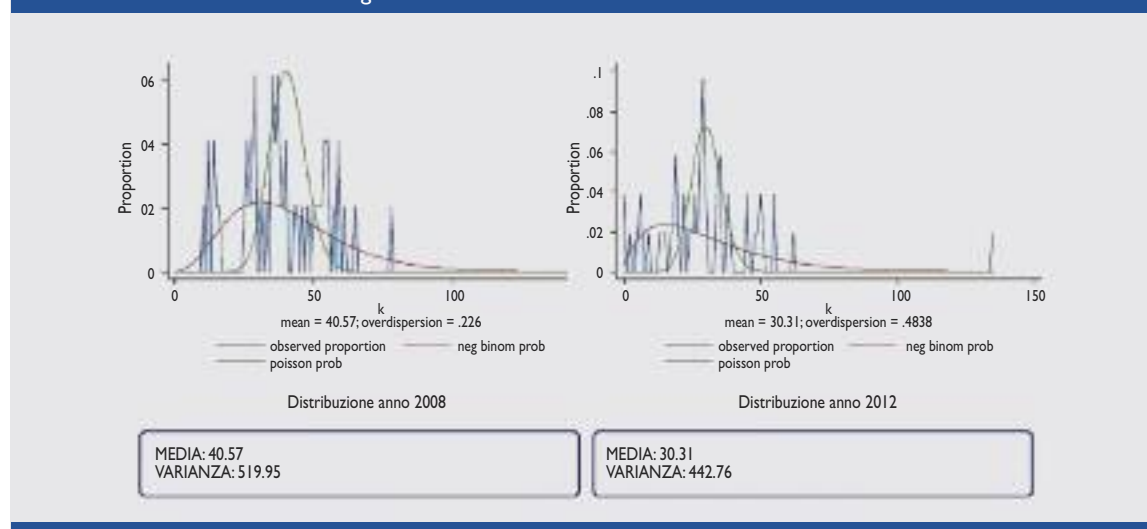


TABELLA 3 - Modello cross section, confronto 2008 e 2012

2008	Coeff	p-value	2012	Coeff	p-value
Mmg maschio	.04589	0.712	Mmg maschio	-.14854	0.376
Età media	-.01875	0.230	Età media	.00532	0.788
Michelangelo	-.00706	0.970	Michelangelo	-.29720	0.246
Lista	.86880	0.000	Lista	.86266	0.000
Lista età media	-.06250	0.000	Lista età media	-.06923	0.002
Gruppo	.05863	0.802	Gruppo	.48725	0.114
Rete	.14783	0.390	Rete	.35512	0.118
Associazione	.02657	0.870	Associazione	.03138	0.883
Collaboratore	.07196	0.521	Collaboratore	-.07237	0.647
Infermiere	-.10167	0.743	Infermiere	-.41412	0.349
Costante	1.25477	0.376	Costante	.18655	0.908

po ancora più lungo, anche in considerazione del fatto che l'oggetto dell'analisi è un modello organizzativo che mira a incidere su comportamenti consolidatisi nel tempo.

VENETO

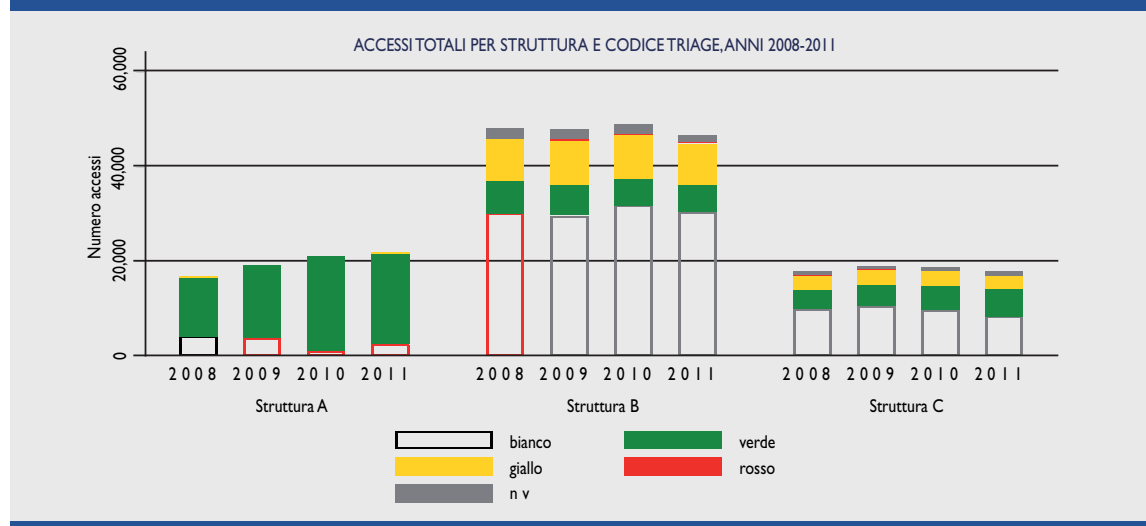
Nella regione Veneto è da anni in corso un processo di trasformazione delle Cure primarie che prevede la creazione di Medicine di gruppo integrate. Nel corso degli ultimi dieci anni, la Ulss 16 di Padova ha condotto numerose azioni di intervento nell'ambito delle Cure primarie, in particolare nel distretto 3 è attiva dal 2007, nel comune di Maserà, una *Equipe territoriale di assistenza primaria (Etap)* che coinvolge un gruppo in sede unica composto da 3 Mmg e da una rete composta da 9 Mmg, coinvolgendo complessivamente circa 20.000 assistiti. Attraverso i dati della Ulss 16 si è quindi cercato di valutare l'impatto prodotto negli anni da questa esperienza organizzativa sull'appropriatezza del ricorso ospedaliero, dal momento che questo modello organizzativo è in parte prodromico e quindi assimilabile alle nuove medicine di gruppo integrate che la regione propone ora per l'intero contesto regionale. L'analisi statistica si è concentrata su tre strutture di PS: S. Antonio a Padova; Aosp di Padova e una clinica privata accreditata ad Abano Terme, esclu-

endo il PS Immacolata Concezione a Piove di Sacco, accorpato alla Ulss 16 solo a partire dal 2010, con riferimento agli accessi in PS dei soli assistiti da Mmg operanti nei 5 distretti presi in esame.

In generale, l'analisi degli accessi classificati per codici di triage nelle strutture territoriali mostra una situazione piuttosto diversificata, con una maggiore prevalenza di accessi bianchi in due PS, in particolare in quello della struttura B (Figura 6). Questo conferma come nel contesto istituzionale italiano le decisioni di attribuzione del codice triage non siano sempre necessariamente uniformi tra le diverse strutture aziendali. Quando la struttura ospedaliera di riferimento non è più univoca, come nel caso studio precedente, lo studio descrittivo necessita di maggiori approfondimenti.

L'analisi dei dati a disposizione si è concentrata sui codici bianchi, esaminando l'andamento degli accessi rispetto a giorno e mese dell'anno (Figura 7), le diverse fasce orarie giornaliere. La ricchezza della banca dati ha permesso anche di distinguere il motivo dell'accesso, separando gli accessi non traumatici dagli accessi per trauma o ustione (Figura 8). Per tutte le tre strutture si osserva il già segnalato effetto del lunedì, particolarmente evidente per la struttura C, e in gene-

FIGURA 6 - Accessi totali, anni 2008-2011



rale una maggiore concentrazione degli accessi nei primi tre giorni della settimana. Relativamente alla distribuzione nei mesi dell'anno, la struttura A presenta un picco degli accessi durante il mese di agosto, anche se sono tutti i mesi estivi a fare registrare una maggiore concentrazione degli accessi nelle tre strutture considerate.

La distribuzione per fascia oraria è piuttosto uniforme, con un picco nelle ore della fascia mattutina e una progressiva riduzione degli accessi nella parte restante del giorno. Si segnala comunque per la struttura B un andamento sostanzialmente uniforme tra la fascia pomeridiana e quella notturna, mentre le altre strutture presentano di not-

te una netta diminuzione degli accessi. Gli accessi non traumatici sono il motivo prevalente del ricorso ospedaliero, con una percentuale che supera il 70% del totale dei codici bianchi nelle strutture A e B.

L'analisi dei Mmg operanti nei 5 distretti esaminati evidenzia nel 2011 circa un 20% di Mmg ancora in forma singola, 16% i Mmg in rete, 26% in gruppo e il restante in associazione. Rispetto a questi medici, la tabella 4 esamina le loro caratteristiche e quelle della loro lista assistiti nei diversi distretti e permette in particolare di confrontare le caratteristiche della sperimentazione oggetto di studio, l'Etap di Maserà, con quelle del

FIGURA 7 - Codici bianchi totali per struttura, giorno e mese, anno 2011

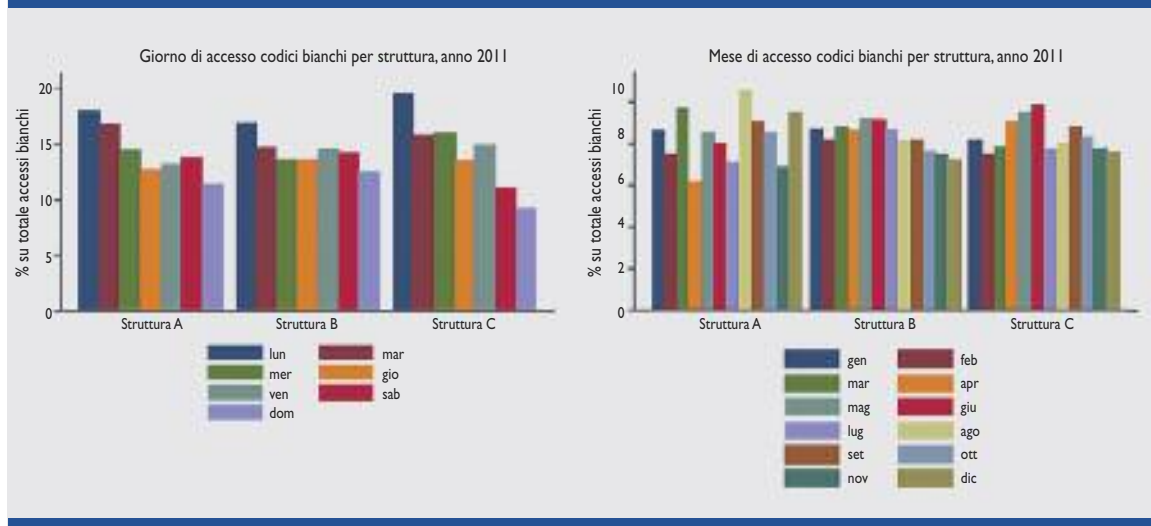
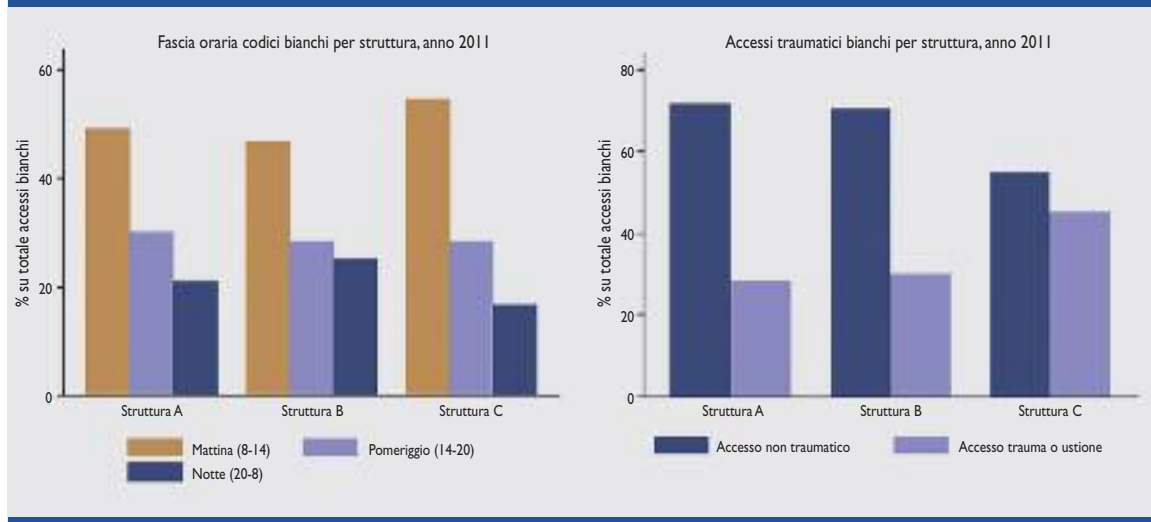


FIGURA 8 - Codici bianchi per struttura, fascia oraria e motivo dell'accesso, anno 2011



distretto in cui essa opera (Distretto 3) e rispetto agli altri distretti della Ulss. L'Etap di Maserà si distingue per una dimensione media della lista assistiti più elevata rispetto agli altri Mmg dell'azienda, mentre la scomposizione della lista assistiti per classi di età evidenzia un'età media inferiore alla media di distretto, per effetto di una maggiore concentrazione di soggetti appartenenti alla fascia 14-20. Nell'Etap di Maserà si nota anche una minore presenza di soggetti con cittadinanza non italiana (nel 2011 il 5% rispetto ad una media del Distretto 3 pari al 9%, percentuale che nel Distretto 2 raggiunge il 14%), mentre la distribuzione degli esenti nelle principali malattie croniche esaminate (esenzione per diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari e asma) non pre-

senta diversità osservabili.

La Tabella 5 evidenzia la distribuzione degli accessi degli assistiti nei cinque distretti rispetto alle tre strutture di Pronto soccorso prese in esame e la loro distribuzione nei colori di triage in uscita. È evidente come, pur in percentuali diverse, gli assistiti nei diversi distretti utilizzino tutti i punti di Pronto soccorso a disposizione sul territorio aziendale. La diversa codifica adottata in una delle tre strutture e segnalata dalla Figura 6 richiede una valutazione approfondita dei dati a disposizione, per evitare che essa alteri l'interpretazione dei risultati. Infatti, esaminare gli accessi al PS limitandoli ai codici bianchi può risultare problematico se non riusciamo a depurare la stima dall'effetto di confondimento gene-

TABELLA 4 - Caratteristiche dei Mmg e della loro lista assistiti, confronto 2008 e 2011

2008	maschi	Età	Anni di conv.	list size	% donne	età media	età 14_20	età 21_35	età 36_50	età 51_65	età 66_75	età 76_85	età > 85	% stranieri	% esenti	% diab.	% ipert.	% cardio	% asma
Distretto 1	66%	54	19	1187	54%	50	6%	20%	28%	22%	13%	9%	2%	9%	20%	4%	3%	3%	1%
Distretto 2	81%	54	19	1256	52%	48	7%	21%	28%	21%	12%	8%	2%	11%	19%	4%	3%	2%	1%
Distretto 3	72%	55	18	1175	52%	48	6%	21%	29%	21%	12%	7%	2%	8%	19%	4%	3%	3%	1%
Etap Maserà	67%	53	18	1346	52%	46	8%	21%	30%	21%	11%	6%	2%	4%	18%	4%	3%	3%	1%
Distretto 4	65%	53	20	1212	51%	46	7%	23%	30%	21%	11%	6%	1%	7%	18%	3%	3%	2%	1%
Distretto 5	73%	53	15	1233	53%	48	7%	20%	28%	23%	12%	7%	2%	6%	20%	4%	4%	3%	2%

2011	maschi	Età	Anni di conv.	list size	% donne	età media	età 14_20	età 21_35	età 36_50	età 51_65	età 66_75	età 76_85	età > 85	% stranieri	% esenti	% diab.	% ipert.	% cardio	% asma
Distretto 1	65%	56	21	1309	54%	50	6%	18%	28%	22%	13%	9%	3%	11%	22%	4%	3%	3%	1%
Distretto 2	81%	56	20	1338	52%	49	6%	20%	28%	22%	12%	8%	3%	14%	21%	4%	3%	2%	1%
Distretto 3	67%	56	20	1322	53%	49	7%	19%	29%	22%	12%	8%	3%	9%	21%	4%	3%	2%	1%
Etap Maserà	67%	56	21	1501	52%	47	8%	20%	30%	22%	11%	6%	2%	5%	20%	4%	3%	2%	1%
Distretto 4	65%	56	22	1257	51%	47	7%	20%	31%	21%	12%	6%	2%	8%	20%	4%	3%	2%	1%
Distretto 5	72%	55	18	1303	52%	49	6%	18%	28%	24%	13%	8%	2%	8%	22%	5%	3%	2%	2%

TABELLA 5 - Caratteristiche degli accessi totali ai PS aziendali, confronto 2008 e 2011

2008	acc. ps* Mmg	N. paz in ps	% acc. A	% acc. B	% acc. C	% accessi bianchi	% accessi verdi	% accessi gialli	% accessi rossi
Distretto 1	270	191	6%	69%	25%	58,0	19,3	17,8	0,3
Distretto 2	271	192	5%	74%	21%	59,4	18,8	17,3	0,3
Distretto 3	272	194	8%	58%	34%	57,4	21,7	16,5	0,3
Etap Maserà	289	212	14%	55%	31%	55,2	24,5	16,2	0,3
Distretto 4	273	198	44%	46%	9%	45,1	42,1	10,3	0,3
Distretto 5	320	231	82%	15%	3%	28,8	65,9	4,1	0,3

2011	acc. ps* Mmg	N. paz in ps	% acc. A	% acc. B	% acc. C	% accessi bianchi	% accessi verdi	% accessi gialli	% accessi rossi
Distretto 1	293	205	8%	66%	26%	55,3	23,5	16,7	0,7
Distretto 2	286	203	7%	71%	22%	57,7	22,4	16,4	0,6
Distretto 3	304	216	12%	55%	33%	52,0	28,6	15,5	0,6
Etap Maserà	320	231	16%	52%	32%	49,7	31,9	15,6	0,5
Distretto 4	306	218	51%	41%	8%	36,3	52,0	9,8	0,4
Distretto 5	403	268	84%	13%	3%	18,1	76,4	4,5	0,2

rato dalla diversa strategia di codifica adottata in una delle tre strutture. Se non si effettuasse un'opportuna correzione, i risultati finirebbero per essere distorti in partenza in ragione della maggiore o minore propensione di un gruppo di assistiti a servirsi di uno specifico Pronto soccorso: i Mmg con accessi concentrati nella struttura con minori codici bianchi segnalerebbero sistematicamente una maggiore appropriatezza nella domanda da parte dei propri pazienti rispetto ai loro colleghi i cui assistiti si rivolgono più frequentemente alle altre due strutture, in ragione di fattori che nulla hanno a che fare con le politiche di medicina territoriale.

Considerando nella seconda parte della Tabella 5 la distribuzione degli accessi per codice di triage in uscita degli assistiti nei diversi distretti, possiamo confrontare dal punto di vista descrittivo l'andamento degli accessi nel tempo. In generale, gli accessi con codice bianco evidenziano una generale riduzione tra il 2008 e il 2011, a fronte della quale però si osserva un tendenziale aumento degli accessi con codice verde. Tuttavia, rispetto alla media del Distretto 3, gli assistiti dei Mmg appartenenti all'Etap, presentano percentuali di accessi inappropriati sempre inferiori alla media del distretto.

L'analisi delle statistiche descrittive fornisce alcune prime indicazioni sul contesto oggetto di studio. Il passo successivo richiede una riflessione su come tenere adeguatamente conto delle diverse modalità di classificazione degli accessi in PS tra le strutture aziendali per la costruzione del modello econometrico. Le ipotesi considerate degne di attenzione sono state almeno tre. La prima ipotesi consiste nell'utilizzare come variabile dipendente gli accessi non urgenti (bianchi + verdi), indipendentemente dalla loro classificazione di inappropriata. Questa soluzione risolverebbe le differenze di codifica tra le strutture ma non risponderebbe adeguatamente agli obiettivi del progetto, dal momento che finisce con l'attribuire al Mmg la responsabilità anche di ricoveri che il contesto istituzionale considera del tutto ap-

propriati. La seconda ipotesi imporrebbe di escludere gli accessi che si dirigono alla struttura A ma, dal momento che la Tabella 5 segnala che tutti gli assistiti dell'azienda si rivolgono a questo PS e per di più ciò si verifica con percentuali molto diverse fra Mmg, escludere questi accessi creerebbe importanti distorsioni all'interno del nostro campione. La terza opzione, quella alla fine prescelta, prevede di costruire una variabile dipendente che per ciascun Mmg i nell'anno t costruisce il rapporto tra il conteggio totale degli accessi bianchi verso le strutture B e C sul totale degli accessi a questi due PS:

$$y_{it} = \frac{\text{count access bianchi B+C}}{\text{count access totali B+C}}$$

L'efficacia di tale soluzione nell'eliminare il problema delle possibili distorsioni si fonda sull'ipotesi che gli assistiti dell'azienda non adottino comportamenti strategici: non deve cioè accadere che si autoselezionino tra le strutture in base alla loro gravità percepita (i più inappropriati vanno verso la struttura A dove hanno maggiori probabilità di ricevere comunque un codice verde, i più gravi verso le strutture B e C). I dati disponibili sembrano confermare l'assenza di autoselezione (gli accessi alle strutture B e C per assistiti da Mmg che operano nel distretto dove si colloca la struttura A contengono sia codici bianchi che altri codici colore con la stessa proporzione degli assistiti dei Mmg che risiedono nei distretti dove hanno sede le strutture B e C). Ne deriva che considerare questo rapporto come variabile dipendente ci permette di depurare l'analisi dal fatto i medici che operano nel distretto dove ha sede la struttura A possano avere un minor numero di accessi ai PS delle strutture B e C.

La variabile di interesse è una percentuale (p): è dunque opportuno compiere una trasformazione logistica di tale variabile dipendente ($\ln[p/(1-p)]$) e stimarla come funzione delle variabili di controllo con Ols o con il metodo della massima verosimiglianza, prima considerando delle *cross section* sui diversi anni e poi una semplice analisi di tipo panel sui quattro anni. Le variabili espli-

cative considerate riguardano per ciascun Mmg le caratteristiche anagrafiche (sesso, età, anni di convenzionamento), le caratteristiche organizzative (tipologia di forma associativa, presenza infermiere e/o collaboratore), una variabile dicotomica per l'Etap di Maserà, caratteristiche della lista assistiti (numero assistiti, età media, cittadinanza, sesso), variabili dicotomiche per ciascun distretto.

La tabella 6 presenta l'analisi *cross sections* che riportiamo con riferimento al primo e all'ultimo anno del nostro campione, 2008 e 2011. I risultati evidenziano come le caratteristiche anagrafiche dei singoli medici non risultino mai significative, così come non si rilevano effetti rilevanti per le diverse forme organizzative. Nel 2001 risulta significativa la presenza dell'infermiere quale soggetto in grado di ridurre la probabilità di ricorso inappropriato al PS. Particolarmente interessante per i nostri obiettivi il fatto che si evi-

denzi a partire dall'ultimo anno un "effetto Maserà" che diventa significativo dall'anno 2011: gli assistiti dei Mmg che appartengono a questa Etap presentano una minore probabilità di ricovero inappropriato. Rispetto alla lista assistiti si osserva, come anche nel caso studio precedente relativo alla regione Calabria, un comprensibile effetto decrescente all'aumentare dell'età (indizio di un diverso costo opportunità del tempo). A partire dall'anno 2010 diventa significativa anche la variabile relativa alla percentuale di assistiti di cittadinanza non italiana presenti in lista. Infine, anche le variabili di distretto (calcolate rispetto al distretto 5) diventano significative a partire dal 2010 ed evidenziano in alcuni distretti una minore probabilità di ricoveri inappropriati.

La tabella 7 mostra i risultati dell'analisi panel che conferma le indicazioni già evidenziate con l'analisi *cross section*. Si conferma l'impatto positivo della variabile riferita all'Etap di Maserà, confer-

TABELLA 6 - Analisi cross section, accessi bianchi verso B+C/accessi totali B+C, anno 2008 e 2011

	2008 Coeff p-value			Coeff p-value			2011 Coeff p-value			Coeff p-value	
Mmg maschio	-.05011	0.182	Etap Maserà	-.05072	0.423	Mmg maschio	.00576	0.870	Etap Maserà	-.11794	0.040
Mmg età media	.00238	0.538	Distretto 1	.06383	0.359	Mmg età media	-.00435	0.237	Distretto 1	-.12143	0.028
Mmg anzianità	-.00333	0.257	Distretto 2	.05741	0.409	Mmg anzianità	.00285	0.221	Distretto 2	-.05731	0.299
Gruppo	.01867	0.675	Distretto 3	.00826	0.907	Gruppo	-.05220	0.136	Distretto 3	-.20417	0.000
Rete	.09962	0.105	Distretto 4	.04194	0.571	Rete	.00849	0.828	Distretto 4	-.05008	0.403
Associazione	.06451	0.130				Associazione	-.03912	0.199			
Infermiere	.60361	0.174				Infermiere	-.13526	0.003			
Collaboratore	.01418	0.657				Collaboratore	-.00661	0.784			
Lista	5.35e-06	0.900	Costante	.99894	0.012	Lista	.00002	0.618	Costante	1.5228	0.000
Lista_età media	-.02078	0.000				Lista_età media	-.01898	0.000			
Lista_stranieri	.00202	0.993				Lista_stranieri	.36357	0.022			
Lista_uomini	.65145	0.214				Lista_uomini	.16176	0.740			

TABELLA 7 - Analisi panel 2008-2011, accessi bianchi verso B+C/accessi totali B+C

	Coeff	p-value		Coeff	p-value
Mmg maschio	-.03508	0.122	Etap Maserà	-.07676	0.013
Mmg età media	-.00021	0.917	Distretto 1	-.06213	0.096
Mmg anzianità	-.00079	0.550	Distretto 2	-.04730	0.186
Gruppo	-.00660	0.764	Distretto 3	-.11876	0.001
Rete	.04003	0.093	Distretto 4	-.06028	0.118
Associazione	.01803	0.379	Anno 2009	-.02715	0.153
Infermiere	.06111	0.632	Anno 2010	.05543	0.003
Collaboratore	.00305	0.825	Anno 2011	-.01423	0.430
Lista	.00001	0.714	Costante	1.0162	0.000
Lista_età media	-.01632	0.000			
Lista_stranieri	.25930	0.009			
Lista_uomini	.58719	0.056			

mando la capacità di questa forma organizzativa di incidere nei comportamenti dei propri assistiti che presentano una significativa minore probabilità di ricorrere in modo inappropriato al Pronto soccorso rispetto agli altri assistiti della Ulss 16. Nell'analisi longitudinale, oltre alle variabili già evidenziate nella stima precedente, si osserva un effetto di genere nella lista assistiti, dal momento che la maggiore presenza di uomini in lista accresce la probabilità di ricoveri inappropriati per singolo Mmg, un dato che può essere interpretato come riflesso di un diverso costo opportunità del tempo che caratterizza gli assistiti di sesso maschile, ma anche – in direzione contraria – gli assistiti più anziani. La presenza di assistiti di cittadinanza non italiana incrementa ancora una volta in modo marcato la probabilità di ricorrere inappropriatamente al PS. Viene confermata infine una generale tendenza dei distretti diversi da quello preso come riferimento (Distretto 5) a registrare una minore probabilità di ricoveri inappropriati, che è però statisticamente significativa solo nel distretto 3 all'interno del quale si colloca l'esperienza dell'Etap di Maserà.

L'impatto positivo che la sperimentazione oggetto di studio sembra produrre sull'appropriatezza degli accessi in PS ha suggerito l'opportunità di procedere ad ulteriori affinamenti della variabile dipendente attraverso diverse specificazioni. La tabella 8 replica l'analisi longitudinale considerando come variabile dipendente gli ac-

cessi con codice bianco registrati come accessi non traumatici e verificatisi nella fascia oraria diurna, orario 8-20. Dal momento che l'esperienza dell'Etap di Maserà è attiva h12, diventa interessante valutarne l'impatto limitatamente alla tipologia di accessi in PS che una simile organizzazione dell'assistenza primaria potrebbe con maggiore probabilità influenzare. Il coefficiente riferito all'Etap risulta maggiore per questo sottoinsieme di accessi, confermando come l'“effetto Maserà” di riduzione dell'inappropriatezza si rafforza nel caso di accessi non traumatici in orario di generale reperibilità dei Medici di medicina generale.

Si conferma un effetto decrescente della probabilità di accedere in modo inappropriato al PS al crescere dell'età media della lista e sono invece sempre significative le dummy relative ai distretti, evidenziando la presenza di effetti territoriali specifici la cui piena comprensione richiede ulteriori approfondimenti ma che segnalano come nel distretto 5, quello preso come riferimento, le probabilità di accesso inappropriato sono sistematicamente superiori agli altri quattro.

TOSCANA

Nella Ausl di Empoli, Zona-distretto Empolese, è attiva a partire dall'ottobre 2008 nel comune di Empoli l'esperienza della Casa della salute Sant'Andrea, tra le prime esperienze di questo genere attivate in Regione Toscana. Si tratta di un

TABELLA 8 - Analisi panel 2008-2011, accessi bianchi verso B+C/accessi totali B+C, non traumatici in orario 8-20

	Coeff	p-value		Coeff	p-value
Mmg maschio	-.00942	0.659	Etap Maserà	-.09199	0.002
Mmg età media	.00088	0.599	Distretto 1	-.06491	0.030
Mmg anzianità	-.00120	0.313	Distretto 2	-.06962	0.020
Gruppo	-.00790	0.683	Distretto 3	-.09687	0.001
Rete	.02599	0.206	Distretto 4	-.07106	0.029
Associazione	.00894	0.592	Anno 2009	-.02691	0.106
Infermiere	.02179	0.787	Anno 2010	.03479	0.028
Collaboratore	-.00037	0.977	Anno 2011	.00505	0.761
Lista	7.07e-06	0.773	Costante	.34929	0.130
Lista_età media	-.00938	0.000			
Lista_stranieri	.00015	0.999			
Lista_uomini	-.02045	0.944			

presidio di assistenza territoriale in cui una medicina di gruppo si è integrata con personale infermieristico, socio sanitario, specialistico e amministrativo, insieme ad una postazione di continuità assistenziale per offrire un servizio h24, 7/7. I Mmg coinvolti nel progetto sono 5 e svolgono orario 8.00 - 20.00 dal lunedì al venerdì ed il sabato fino ore 10.00, negli altri orari festivi, prefestivi e notturni è presente la continuità assistenziale.

La durata temporalmente limitata del progetto di ricerca ministeriale e la necessità di ridurre al minimo gli elementi di confondimento hanno fatto sì che l'analisi statistica di questo caso studio sia stata limitata al comune di Empoli dove è presente una sola struttura ospedaliera con funzioni di PS. Infatti, nella Zona-distretto Empolese sono state attivate in tempi diversi ma successivi al 2009 esperienze di Case della salute in altri comuni e isolare l'effetto della Cds Sant'Andrea avrebbe comportato alcune difficoltà. D'altra parte, estendere l'analisi all'intero contesto aziendale avrebbe imposto la necessità di disporre dei flussi di Pronto soccorso riferiti agli assistiti della Ausl di Empoli diretti nel territorio di altre aziende sanitarie, dal momento che questa Ausl si trova in posizione centrale tra le tre Aosp di Firenze, Pisa e Siena e gli assistiti dei comuni posti

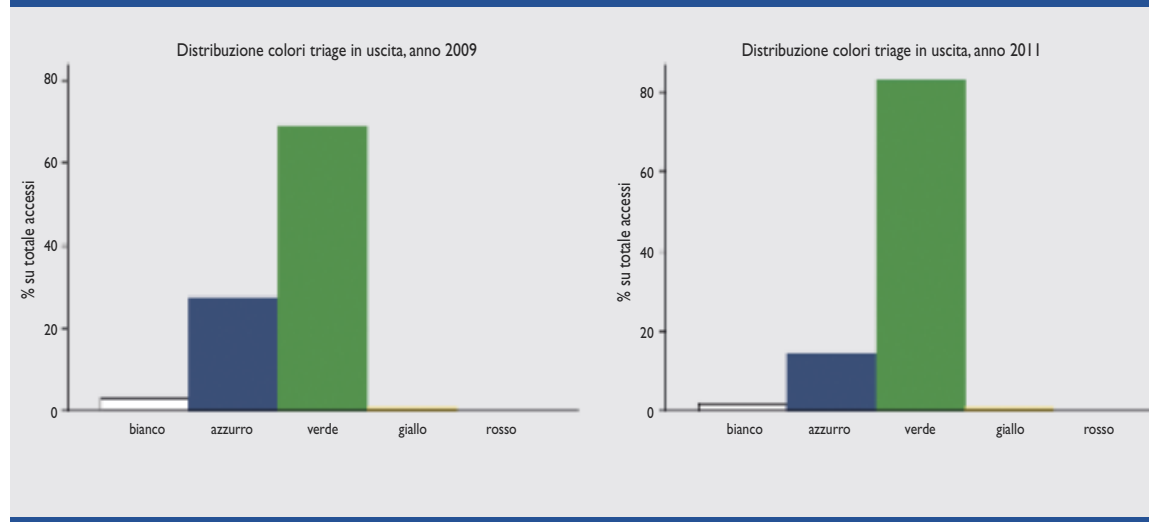
al confine tendono per ragioni geografiche a dirigersi anche verso le strutture ospedaliere extra aziendali.

Per questi motivi, come per il caso calabrese, l'analisi si è concentrata sullo stabilimento S. Giuseppe situato nel comune di Empoli a poca distanza dalla sede della Cds Sant'Andrea. Con riferimento a questa struttura ospedaliera, si è proceduto ad analizzare le caratteristiche degli accessi in PS per il triennio 2009-2011, seguendo lo schema già proposto nei casi precedenti. Specifica caratteristica della situazione toscana è la presenza di una classificazione colori dei codici triage in uscita che utilizza anche il codice azzurro che – insieme al codice bianco – identifica accessi che il sistema sanitario regionale valuta come inappropriati.

La figura 9 presenta la distribuzione degli accessi riferiti alla struttura ospedaliera di riferimento nei diversi colori. Si osserva come il codice bianco abbia una frequenza trascurabile nei PS toscani, quindi il colore azzurro finisce con l'assorbire la quasi totalità degli accessi ritenuti inappropriati. Il confronto nei tre anni evidenzia comunque un andamento degli accessi inappropriati in generale diminuzione, a fronte di un maggior incremento dei codici verdi.

Concentrando l'analisi sugli assistiti del comune

FIGURA 9 - Distribuzione colori triage in uscita, confronto 2009-2011



di Empoli, gli accessi al PS vengono di seguito esaminati nella figura 10 suddividendoli tra assistiti del comune di Empoli da parte di Mmg che non appartengono alla Cds, rispetto agli assistiti della Cds Sant'Andrea. La suddivisione degli accessi per giorno della settimana e nei diversi mesi dell'anno non evidenzia particolari difformità nei due gruppi, se non un più evidente ben noto "effetto lunedì" per gli assistiti della Cds e una maggiore concentrazione dei loro accessi nei mesi autunnali.

La distribuzione degli accessi nelle tre fasce giornaliere presenta per gli assistiti della Cds una maggiore incidenza del ricorso al PS durante le

ore notturne, decisamente più elevata rispetto alla media del resto del comune di Empoli, segnalando un utilizzo non particolarmente significativo dei servizi di continuità assistenziale a disposizione presso la sede della Cds.

Dal momento che anche la banca dati toscana consente di individuare il motivo dell'accesso, la Figura 11 analizza la suddivisione tra accessi per traumi o per altri motivi, confermando la prevalenza di accessi inappropriati per ragioni che non riguardano la presenza di traumi e/o ustioni, distribuiti in modo piuttosto uniforme tra le diverse fasce orarie, seppur con un minimo incremento nelle ore notturne.

FIGURA 10 - Accessi assistiti del comune di Empoli, giorno, mese e fascia oraria, anno 2011

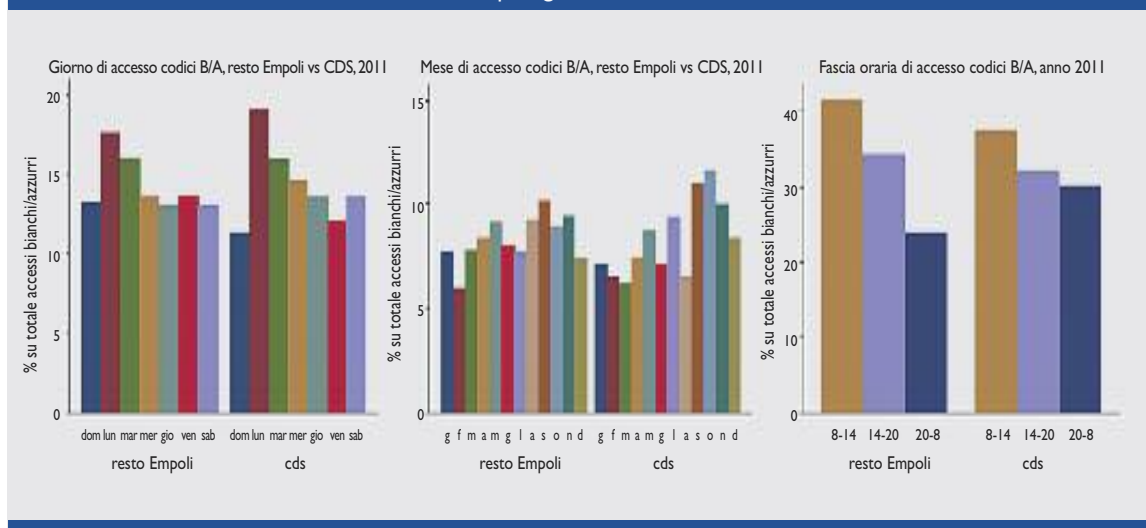
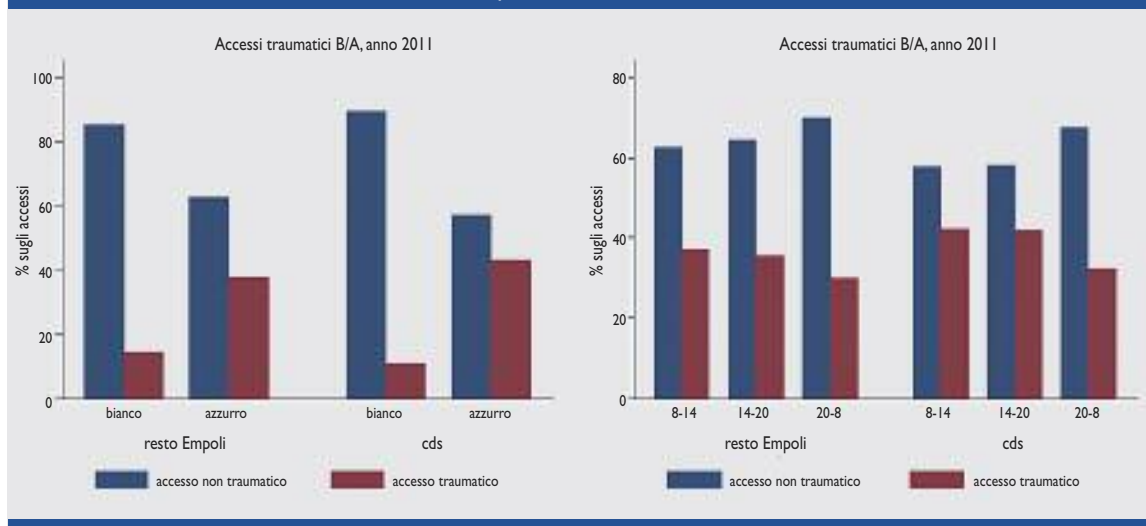


FIGURA 11 - Accessi assistiti del comune di Empoli, accessi traumatici e non traumatici, anno 2011



La tabella 9 delinea le caratteristiche della Mmg nel comune di Empoli. I medici della Cds Sant'Andrea hanno una lista assistiti di dimensioni in media decisamente superiori a quella dei restanti Mmg di Empoli, anche se il divario tende ad attenuarsi nel 2011. Riguardo alle caratteristiche di lista non si osserva alcuna differenza significativa né per genere né età media e classi di età degli assistiti tra i due gruppi.

Rispetto agli accessi inappropriati in PS, la tabella 10 propone un confronto tra i due gruppi considerando la percentuale di accessi inappropriati sul totale (bianchi e azzurri), la percentuale di accessi inappropriati non traumatici sul totale, la percentuale di accessi inappropriati nella fascia diurna dalle 8 alle 20 e la proporzione di accessi inappropriati non traumatici concentrati nella fascia diurna. Si evidenzia così come il confronto tra la Cds e il resto dei Mmg del comune di Empoli non sia inizialmente favorevole alla Cds. Infatti, nel 2009 le percentuali di accessi con codice bianco e azzurro erano leggermente superiori per la Cds per qualunque alternativa classificazione della variabile dipendente. La situazione nel 2011 segnala un certo miglioramento per gli accessi con codice az-

zurro, che risultano essere per gli assistiti della Cds sempre inferiori a quelli degli assistiti degli altri Mmg del comune di Empoli, mentre per i codici bianchi la percentuale sul totale è la medesima nei due gruppi, seppur con una minore incidenza degli accessi nella fascia diurna 8-20 in cui la Cds effettua la propria attività non in regime di continuità assistenziale ma attraverso i propri Mmg.

Per valutare con maggiore accuratezza gli accessi inappropriati nei due gruppi e tenere conto del fatto che la lista assistiti dei medici della Cds è mediamente superiore a quella degli altri Mmg del comune di Empoli, la tabella 11 offre una riclassificazione della percentuale degli accessi inappropriati sul totale accessi e della sua specificazione in accessi per motivi non traumatici in cui gli indici sono stati standardizzati per 1000 abitanti. Per i codici bianchi la differenza tra i due gruppi non è favorevole alla Cds, pur osservandosi una generale riduzione di questi accessi che caratterizza tutti gli assistiti del comune di Empoli. Per quanto riguarda i codici azzurri, che coprono una quota di episodi significativamente superiore ai codici bianchi, si conferma un risultato favorevole per la Cds che presenta un tasso di accesso sia

TABELLA 9 - Caratteristiche dei Mmg e della loro lista assistiti, confronto 2009 e 2011

2009	maschi	Età	list size	% donne	età media	età	età	età	età	età	età	età
						14_20	21_35	36_50	51_65	66_75	76_85	> 85
Empoli	72%	53	1178	53	49	7%	20%	28%	19%	12%	9%	3%
Sant'Andrea	80%	53	1365	52	49	7%	20%	28%	19%	12%	9%	3%
2011	maschi	Età	list size	% donne	età media	età	età	età	età	età	età	età
						14_20	21_35	36_50	51_65	66_75	76_85	> 85
Empoli	72%	55	1226	53	49	6%	18%	29%	20%	12%	9%	3%
Sant'Andrea	80%	55	1374	53	49	7%	18%	29%	20%	12%	9%	3%

TABELLA 10 - Caratteristiche accessi in PS per Mmg, confronto 2009 e 2011

2009	% bianchi	% bianchi no traumi	% bianchi 8-20	% bianchi 8-20 no traumi	% azzurri	% azzurri no traumi	% azzurri 8-20	% azzurri 8-20 no traumi	accessi	N. Paz
	Empoli	3,3	3,0	2,7	2,3	29	17,8	22,1	13,7	298
Sant'Andrea	3,8	3,2	3,3	2,5	29	18	22,3	14,1	340	261
2011	% bianchi	% bianchi no traumi	% bianchi 8-20	% bianchi 8-20 no traumi	% azzurri	% azzurri no traumi	% azzurri 8-20	% azzurri 8-20 no traumi	accessi	N. Paz
	Empoli	1,9	1,6	1,6	1,3	15,5	9,6	11,5	6,9	303
Sant'Andrea	1,9	1,9	1,4	1,1	15,2	8,8	10,8	5,8	362	262

complessivo che riferito a ragioni non traumatiche inferiore al resto dei medici empolesi.

L'analisi descrittiva offre quindi una situazione non univoca per la sperimentazione in corso. Le caratteristiche dei Mmg nei due gruppi e soprattutto le caratteristiche anagrafiche della loro lista assistiti risultano piuttosto simili. Una certa riduzione degli accessi inappropriati si osserva solo per i codici azzurri e comunque il miglioramento si registra nel corso dell'ultimo anno, mentre la situazione di partenza nel 2009 evidenziava un generale svantaggio della Cds rispetto al resto del comune per entrambe le categorie di accesso inappropriato.

Procedendo nella stima econometrica, la variabile

indipendente è un indicatore di conteggio che misura per ciascun Mmg i nell'anno t il numero di accessi in PS con codice bianco + codice azzurro.

I test statistici suggeriscono la scelta di un modello binomiale negativo, tenendo conto del fatto che, come nel caso studio calabrese, la piccola dimensione del campione potrebbe implicare una certa volatilità delle stime ottenibili. Seguendo lo schema già utilizzato per i casi studio precedenti, si procede con l'analisi *cross section*, di cui la tabella 12 propone il confronto tra l'anno 2009 e 2011.

Le stime evidenziano come le caratteristiche anagrafiche dei singoli medici non siano nuovamente mai significative, si nota la presenza di un ef-

TABELLA 11 - Tassi standardizzati *1.000 abitanti

2009	Totale accessi	% bianchi	% bianchi no traumi	% azzurri	% azzurri no traumi
Empoli	281	3,5	2,8	28,9	17,8
Sant'Andrea	263	3,7	3,4	29,1	18,2
2011	Totale accessi	% bianchi	% bianchi no traumi	% azzurri	% azzurri no traumi
Empoli	252	2,0	1,6	15,9	9,9
Sant'Andrea	270	2,2	1,8	15,5	8,9

TABELLA 12 - Analisi cross section, accessi bianchi + azzurri, confronto 2009-2011

2009	Coeff	p-value	2011	Coeff	p-value
MMG maschio	-0.22456	0.667		-0.15654	0.325
MMG età media	0.00664	0.844		0.02381	0.159
MMG anni convenzionamento	-0.01003	0.800		-0.0191	0.054
CdS Sant'Andrea	0.02256	0.977		0.12871	0.326
Lista	0.64358	0.000		0.81455	0.000
Lista età media	0.00452	0.746		-0.01609	0.255
% uomini	1.4729	0.510		0.81751	0.510
% stranieri	1.1422	0.009		0.21624	0.702
Infermiere	0.02771	0.790		-0.03840	0.746
Costante	-0.96350	0.467		-2.2220	0.197

TABELLA 13 - Analisi cross section, accessi bianchi + azzurri non traumatici, confronto 2009-2011

2009	Coeff	p-value	2011	Coeff	p-value
MMG maschio	-0.07371	0.201		-0.15375	0.368
MMG età media	-0.00340	0.726		0.01908	0.311
MMG anni convenzionamento	-0.00323	0.369		-0.01124	0.371
Cds Sant'Andrea	0.00328	0.861		0.06054	0.753
Lista	0.67370	0.000		0.87327	0.000
Lista età media	0.00639	0.816		-0.00736	0.641
% uomini	0.65579	0.149		0.52558	0.711
% stranieri	2.02341	0.116		1.31524	0.040
Infermiere	0.02987	0.829		-0.03553	0.851
Costante	-1.07521	0.532		-3.38552	0.033

fetto lista, già osservato nei precedenti casi studio, secondo il quale al crescere delle dimensioni della lista aumentano le probabilità di accessi inappropriati al PS mentre non si nota alcun particolare effetto per la presenza della Cds.

Gli stessi risultati trovano conferma anche replicando l'analisi per ciascun anno con riferimento agli accessi inappropriati per motivi non traumatici (Tabella 13). In entrambe le stime si osserva come effetto non persistente il fatto che una maggiore percentuale di residenti stranieri presente in lista implichi una più elevata probabilità di accedere al PS con codici bianco e azzurro, significativo però non in modo stabile tra le diverse specificazioni della variabile dipendente. L'analisi è stata replicata con le due diverse specificazioni anche considerando i soli accessi codificati con codice azzurro, per i quali la Tabella 10 aveva evidenziato per il 2011 un vantaggio della Cds rispetto al resto del comune, ma i risultati non segnalano la presenza di alcun impatto statisticamente significativo.

In generale, le analisi econometriche suggeriscono che la presenza della Cds Sant'Andrea non produce un impatto significativamente diverso da quello ottenuto dagli altri medici presenti nel comune di Empoli nel periodo 2008-2011. Infatti, una generale tendenza alla riduzione dei ricoveri inappropriati sembra avere interessato tutto il comune, senza che possano evidenziarsi effetti ulteriori per la presenza della Cds. L'elevata vicinanza geografica con il PS insieme alla presenza della continuità assistenziale nella Cds negli orari festivi, prefestivi e notturni rendono il comportamento degli assistiti della Cds rispetto al ricorso al PS analogo a quello degli altri residenti del comune di Empoli.

EMILIA ROMAGNA

Per la regione Emilia-Romagna è stata presa in esame l'esperienza relativa all'estensione degli orari di apertura degli ambulatori di Medicina generale avviata nel 2008 per gli Mmg appartenenti a reti o gruppi operanti nel Distretto di Parma,

Ausl di Parma. In particolare, si prevede che i Mmg interessati possano coordinare le fasce orarie di attività ambulatoriale per assicurare l'assistenza nell'arco delle 12 ore diurne, con disponibilità minima a garantire almeno 7 ore giornaliere, distribuite nel mattino e nel pomeriggio. L'adesione al progetto si evince dalla remunerazione di ciascun Mmg, dal momento che viene previsto un compenso aggiuntivo pari a 1 € per ogni assistito e per ogni ora aggiuntiva rispetto alla sesta e fino alla dodicesima. Dei 149 Mmg operanti al gennaio 2008 nel distretto di Parma, l'adesione al progetto ha gradualmente interessato tutti i 122 Mmg che appartenevano a medicine di rete (56 Mmg) e a medicine di gruppo (66 Mmg). Per il caso emiliano-romagnolo, la nostra analisi statistica ha potuto contare sulla disponibilità dell'intero dataset regionale dei flussi di Pronto soccorso per gli anni 2007-2010. In questo modo abbiamo potuto calcolare con precisione gli accessi degli assistiti nel distretto di Parma verso tutti i punti di PS regionali, anche se in massima parte (oltre il 90%) essi si concentrano proprio nell'unico PS del distretto di Parma, quello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. A fronte della completezza del data set di riferimento, che in linea generale ci permette un'ampia scelta dei controlli, i flussi di Pronto soccorso disponibili in regione Emilia-Romagna fino al 2010 compreso sono estratti da un sottoinsieme della banca dati di specialistica ambulatoriale e sono quindi meno ricchi dal punto di vista informativo rispetto ai flussi disponibili per gli altri casi studio; in particolare viene qui a mancare il campo relativo all'orario di accesso. Inoltre, poiché i dati si riferiscono solo agli accessi non seguiti da ricovero, la distribuzione degli accessi è significativamente sbilanciata in favore di quelli a minor gravità (bianchi e verdi).

Anche se le informazioni relative all'orario di accesso ed agli accessi seguiti da ricovero sono state rese disponibili a partire dall'anno 2011 con l'attivazione di una banca dati specificatamente dedicata al Pronto soccorso, ragioni di uniformi-

tà dell'analisi longitudinale ci hanno suggerito in questa fase di limitare l'osservazione dell'impatto prodotto dall'estensione degli orari di apertura degli ambulatori medici ai primi tre anni della sperimentazione.

La figura 12 presenta, con riferimento al totale degli assistiti del distretto di Parma, la composizione per codice colore in uscita dei loro accessi in PS, evidenziando una percentuale di codici bianchi ampiamente al di sotto del 20% del totale e caratterizzata da una tendenziale diminuzione nel corso del periodo preso in esame.

L'andamento degli accessi con codice bianco esaminati per giorno e mese di accesso (Figura 13) è

piuttosto uniforme nel periodo considerato, riproponendo anche per il contesto emiliano-romagnolo il già osservato "effetto lunedì" e una generale maggiore concentrazione degli accessi potenzialmente inappropriati in coincidenza dei mesi estivi.

La tabella 14 e la figura 14 presentano un confronto temporale tra il 2007 e il 2010 delle caratteristiche anagrafiche e di lista dei medici del distretto di Parma e degli orari di apertura degli ambulatori. Nel 2010 si nota la maggiore presenza delle figure complementari a quella del medico all'interno degli ambulatori – con un incremento di 7 punti percentuali dei collaboratori infermieristici – e un generale aumento dei medici aderenti a medicine di

FIGURA 12 - Accessi totali assistiti distretto di Parma, distribuzione percentuale 2007-2010

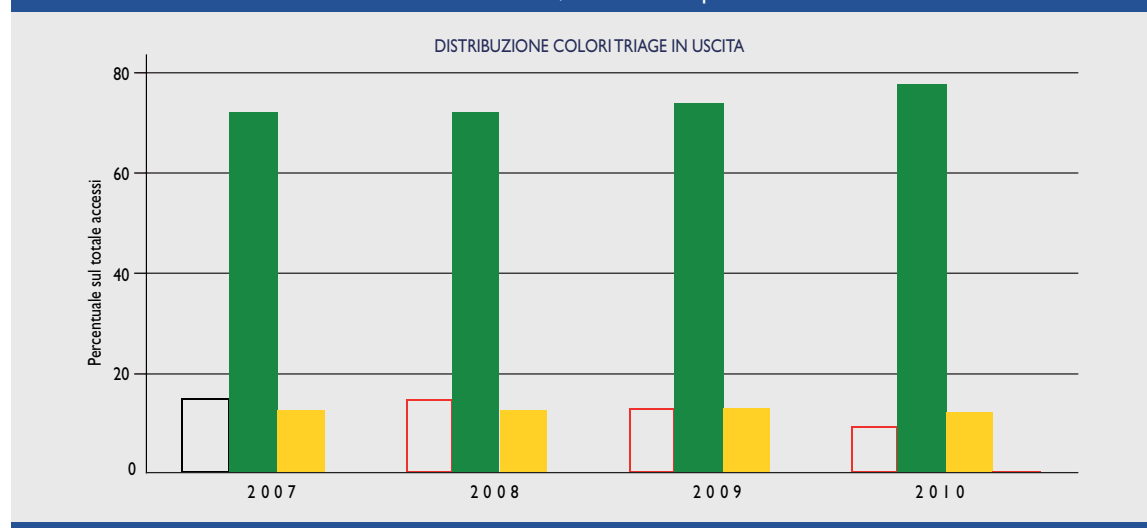
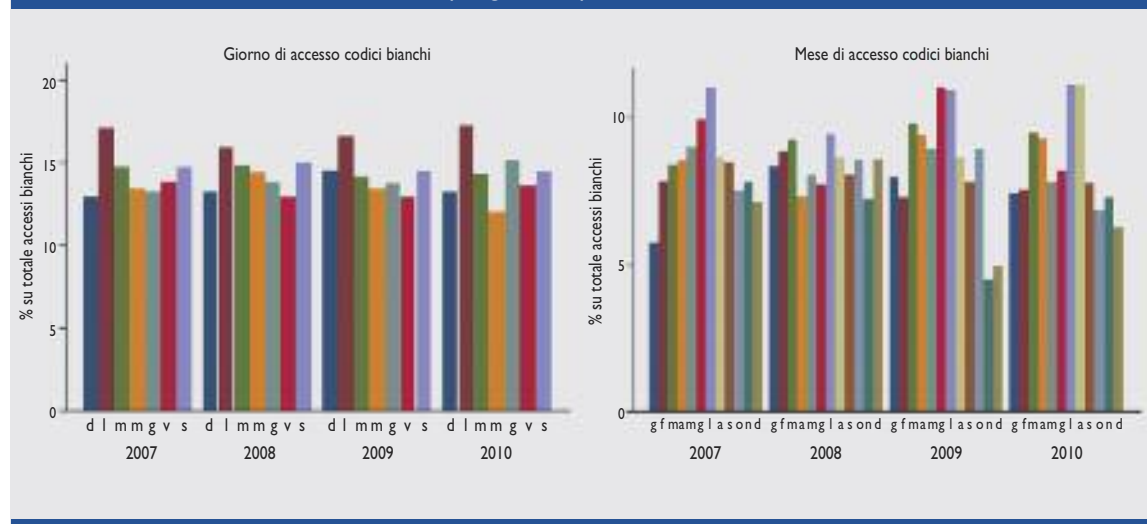


FIGURA 13 - Distribuzione accessi bianchi per giorno e per mese, 2007-2010



gruppo, a fronte di un contesto distrettuale in cui le forme associative della Medicina generale risultano già piuttosto diffuse nel 2007. I cedolini stipendiali dei medici confermano l'esistenza di un iniziale schema di incentivo all'estensione dell'apertura degli ambulatori attivo già nel 2007 ma rivelano un consistente aumento di questo meccanismo che nell'anno 2010 interessa l'83% dei Mmg del distretto. Le forme di incentivazione all'apertura più estesa dell'ambulatorio interessano il 36% dei Mmg, mentre il 47% ottiene una remunerazione per l'apertura fino alle 9 ore.

La seconda parte della Tabella 14 consente di valutare eventuali cambiamenti avvenuti nella lista assistiti: emergono qui l'aumentata incidenza della popolazione straniera, che passa dal 6 al 10%

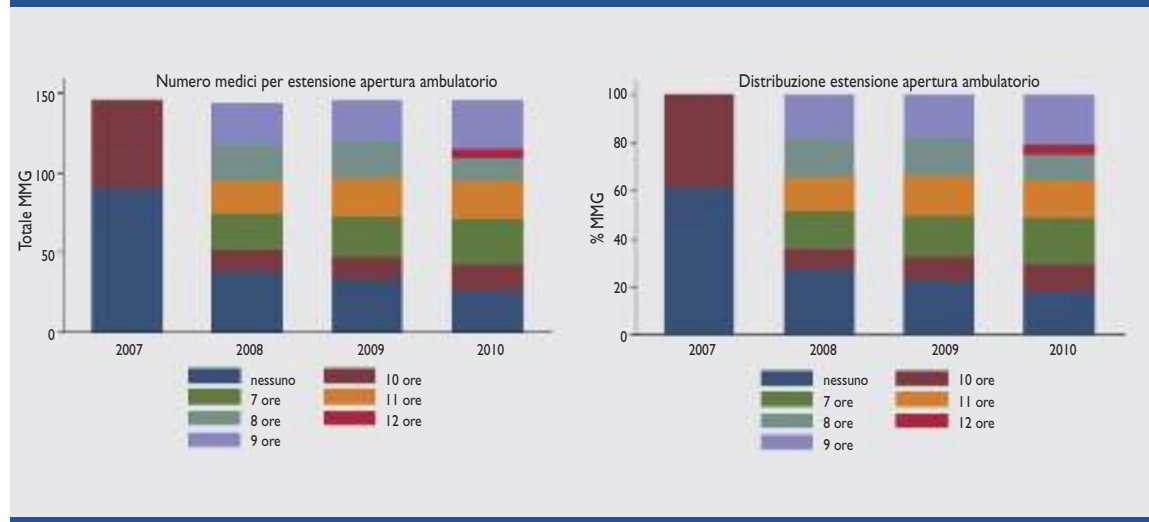
del totale di lista, e un tendenziale aumento della quota di popolazione più anziana.

La successiva Tabella 15 si concentra sulle caratteristiche degli accessi non urgenti relativi agli assistiti del distretto di Parma. Avendo a disposizione l'intera banca dati regionale, abbiamo calcolato anche la proporzione di accessi con codice bianco e verde relativamente al resto della regione. Dal confronto emerge per il distretto di Parma una percentuale di codici bianchi inferiore al dato medio regionale già nel 2007: tale divario aumenta decisamente nel 2010, quando si registra una percentuale di codici bianchi pari al 9% contro il 19% riscontrato nel resto della regione. L'esistenza di queste differenze ha segnalato l'esigenza di approfondire le caratteristiche dell'offerta del distretto di

TABELLA 14 - Distretto di Parma, caratteristiche MMG e lista assistiti, confronto 2007-2010

2007	maschi	Età media	Infermiere	Coll. Amm.	Anni di conv.	Rurale	% in gruppo	% altre forme	Incentivo apertura	Incentivo 7-9 ore	Incentivo 10-12 ore
	79%	54	23%	38%	20	0	42%	40%	38%	38%	0%
2010		57	30%	53%	23	0	47%	39%	83%	47%	36%
2007	list size	% donne	% stranieri	età media	età 14-20	età 21-35	età 36-50	età 51-65	età 66-75	età 76-85	età > 85
	1208	53	6%	50	5%	21%	28%	21%	12%	9%	3%
2010		53	10%	50	5%	20%	29%	21%	12%	9%	4%

FIGURA 14 - Numero e percentuale MMG per estensione apertura ambulatorio, 2007-2010



Parma. In particolare, è emersa la presenza in questo distretto, a partire dal 2003, di un *Ambulatorio di Prima Assistenza Medica per patologie minori (Apam)*, aperto inizialmente per l'assistenza h24 poi h12. Tale ambulatorio è indirizzato a portare risposta alle condizioni classificate come codici bianchi del Pronto soccorso a cui è immediatamente contiguo. Le modalità di accesso sono di due tipi: accesso diretto, quale alternativa all'intervento del Mmg esclusivamente nelle fasce diurne e nei casi in cui il Mmg non abbia risposto al bisogno; accesso scelto dall'utente una volta classificato dal triage del Pronto soccorso quale codice bianco e informato dallo stesso sulla possibilità di accedere a tale ambulatorio. Il servizio è affidato a otto medici con contratto libero-professionale ed è organizzato su due turni giornalieri, con l'ausilio di una unità infermieristica per turno che svolge sia attività di accettazione che supporto all'ambulatorio. La presenza dell'Apam ha quindi reso necessario raccogliere ulteriori informazioni sul carico di lavoro

svolto da questo ambulatorio, in modo tale che la percentuale di accessi inappropriati degli assistiti del distretto parmense venisse corretta e tenesse adeguatamente conto di questa alternativa al PS. Date le informazioni attualmente a disposizione, non è possibile escludere che anche il dato regionale sia in qualche modo sottostimato a causa dell'esistenza di altri ambulatori di prima assistenza diffusi in altre aziende regionali: tuttavia almeno i dati riferiti al distretto parmense sono stati adeguatamente corretti per tenere conto dell'Apam, la realtà che più avrebbe potuto implicare una sottostima del fenomeno di interesse, fuorviando la successiva analisi multivariata. Per investigare l'effetto di interesse, le tabelle seguenti propongono un'analisi cross section per gli anni 2008 e 2010: l'impatto dell'apertura prolungata degli ambulatori sul numero di accessi inappropriati in PS è stimato tramite un modello binomiale negativo, una volta controllato per caratteristiche anagrafiche e di lista del Mmg. La tabella 16 riporta le stime in cui la variabile

TABELLA 15 - Caratteristiche accessi in PS per Mmg, confronto 2007 e 2010

2007	Accessi per Mmg	Numero medio bianchi	% Codici bianchi	Numero medio accessi Apam	Numero medio bianchi + Apam	% accessi inappropriati	Numero medio verdi	% Codici verdi
Parma	218	33	15%	99	132	42%	157	72%
resto Rer	323	56	18%	-	-	-	253	77%
2010	Accessi per Mmg	Numero medio bianchi	% Codici bianchi	Numero medio accessi Apam	Numero medio bianchi + Apam	% accessi inappropriati	Numero medio verdi	% Codici verdi
Parma	229	21	9%	102	123	37%	178	78%
Resto Rer	332	65	19%	-	-	-	243	73%

TABELLA 16 - Analisi cross section, accessi bianchi, confronto 2008-2010

Accessi codici bianchi	Coeff	p-value	Accessi codici bianchi	Coeff	p-value
2008			2010		
MMG maschio	-0.06405	0.417	MMG maschio	-0.23688	0.032
Età media	0.00337	0.642	Età media	0.01391	0.078
Anzianità	-0.00331	0.381	Anzianità	0.00256	0.455
Lista	0.88001	0.000	Lista	0.93363	0.000
Lista età media	-0.01398	0.004	Lista età media	-0.00568	0.618
% stranieri	2.14048	0.000	% stranieri	2.09271	0.001
% uomini	0.31680	0.724	% uomini	2.54444	0.028
Aperto 7 ore	-0.06519	0.379	Aperto 7 ore	-0.14491	0.061
Aperto 8 ore	-0.07852	0.266	Aperto 8 ore	-0.05807	0.485
Aperto 9 ore	-0.04213	0.597	Aperto 9 ore	-0.13668	0.097
Aperto 10 ore	-0.26595	0.001	Aperto 10 ore	-0.17422	0.088
Aperto 11 ore	0		Aperto 11 ore	0.09090	0.607
Aperto 12 ore	-0.04222	0.482	Aperto 12 ore	-0.02008	0.794
Costante	-2.31507	0.012	Costante	-5.36783	0.000

dipendente è il numero di accessi bianchi per Mmg. Si conferma in entrambi i periodi l'effetto della numerosità della lista assistiti e della percentuale di soggetti con cittadinanza non italiana che accrescono la probabilità di ricorso inappropriato al PS.

Per quanto riguarda gli incentivi all'apertura prolungata degli ambulatori medici, si osserva per il 2008 un iniziale effetto positivo per gli ambulatori che raggiungono le 10 ore giornaliere mentre per il 2010 l'effetto positivo riguarda il gruppo di medici che apre almeno 7 ore e quello che apre almeno 9-10 ore giornaliere.

L'analisi presentata in Tabella 17 tiene conto della presenza nel distretto di Parma dell'Apam e considera una variabile dipendente che somma

per ciascun medico gli accessi con codice bianco al PS e gli accessi all'Apam distrettuale. Le variabili riferite alla lista assistiti sono coerenti in entrambe le specificazioni della variabile dipendente. L'impatto dell'apertura prolungata dell'ambulatorio si riduce significativamente nel 2008, dal momento che tenere conto dell'Apam significa aumentare per ciascun medico la percentuale di inappropriately nel ricorso all'ospedale della propria lista assistiti, ma è molto incoraggiante osservare come nel 2010 l'apertura di almeno 10 ore giornaliere incida positivamente nel ridurre la probabilità di tale ricorso.

Infine, Tabella 18 considera come variabile dipendente solo gli accessi all'Apam che in qualche

TABELLA 17 - Analisi cross section, accessi bianchi + accessi Apam, confronto 2008-2010

Accessi codici bianchi + APAM 2008	Coeff	p-value	Accessi codici bianchi + APAM 2010	Coeff	p-value
MMG maschio	-0.07396	0.436	MMG maschio	0.00190	0.985
Età media	-0.00362	0.726	Età media	0.00558	0.548
Anzianità	0.00299	0.553	Anzianità	0.00340	0.460
Lista	0.93210	0.000	Lista	0.85274	0.000
Lista età media	-0.00821	0.469	Lista età media	0.00223	0.844
% stranieri	1.70330	0.020	% stranieri	1.70059	0.027
% uomini	-0.64575	0.476	% uomini	-1.79301	0.124
Aperto 7 ore	-0.03103	0.699	Aperto 7 ore	-0.09057	0.335
Aperto 8 ore	-0.03723	0.632	Aperto 8 ore	-0.09750	0.305
Aperto 9 ore	-0.06343	0.528	Aperto 9 ore	-0.02489	0.825
Aperto 10 ore	-0.14202	0.126	Aperto 10 ore	-0.28559	0.031
Aperto 11 ore	0		Aperto 11 ore	0.15547	0.112
Aperto 12 ore	0.00129	0.985	Aperto 12 ore	0.02340	0.801
Costante	-0.86963	0.458	Costante	-1.07189	0.376

TABELLA 18 - Analisi cross section, accessi Apam, confronto 2008-2010

APAM 2008	Coeff	p-value	APAM 2010	Coeff	p-value
MMG maschio	-0.08476	0.443	MMG maschio	0.04011	0.717
Età media	-0.00608	0.625	Età media	0.00415	0.679
Anzianità	0.00494	0.414	Anzianità	0.00383	0.455
Lista	0.95200	0.000	Lista	0.84157	0.000
Lista età media	-0.00623	0.628	Lista età media	0.00290	0.811
% stranieri	1.50464	0.074	% stranieri	1.56925	0.058
% uomini	-0.87910	0.377	% uomini	-2.57028	0.038
Aperto 7 ore	-0.02093	0.824	Aperto 7 ore	-0.08368	0.422
Aperto 8 ore	-0.03247	0.719	Aperto 8 ore	-0.11291	0.283
Aperto 9 ore	-0.07573	0.529	Aperto 9 ore	-0.05976	0.643
Aperto 10 ore	-0.11033	0.304	Aperto 10 ore	-0.31885	0.031
Aperto 11 ore	0		Aperto 11 ore	0.16058	0.148
Aperto 12 ore	0.01299	0.879	Aperto 12 ore	0.03087	0.765
Costante	-1.17458	0.391	Costante	-0.79196	0.542

modo possono essere ritenuti ancora più inappropriati degli accessi al PS, dal momento che avvengono tutti nella fascia oraria dalle 8 alle 20 e quindi quando il Mmg, o i colleghi della sua forma associativa, è maggiormente reperibile e la sua eventuale prolungata disponibilità all'apertura dell'ambulatorio è in grado di influire sulla decisione di rivolgersi all'Apam.

Anche per questa specificazione le variabili di lista si muovono nella direzione osservata in precedenza. Per quanto riguarda la disponibilità all'apertura prolungata degli ambulatori, si osserva nuovamente per il 2010 come i gruppi di Mmg che aprono l'ambulatorio almeno 10 ore giornaliere abbiano un impatto positivo nel ridurre la probabilità che i loro assistiti si rivolgano all'Apam per un consulto ritenuto inappropriato.

CONCLUSIONI

L'analisi statistica condotta sulle quattro sperimentazioni selezionate dal progetto ministeriale per valutare l'impatto di alcuni specifici modelli organizzativi delle Cure primarie sull'appropriatezza del ricorso al Pronto soccorso evidenzia risultati già indicativi anche se non ancora del tutto consolidati a causa della durata al momento limitata di tali esperienze. In due casi su quattro, Veneto ed Emilia-Romagna, gli effetti prodotti dai casi studio analizzati sono già ampiamente positivi anche nel poco tempo trascorso dalla loro attivazione.

In particolare, l'analisi condotta sull'Equipe territoriale di assistenza primaria, attiva dal 2007 nel comune veneto di Maserà, sembra indicare una capacità di questa forma organizzativa di incidere positivamente sui comportamenti dei propri assistiti ed incoraggia quindi la recente politica regionale di proporre per l'intero territorio il modello delle nuove medicine di gruppo integrate in molti aspetti assimilabile al caso studio esaminato. Anche l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori di Medicina generale, attivata a partire dal 2008 nel distretto di Parma, for-

nisce indicazioni che vanno nella direzione auspicata dal policy maker; tale effetto positivo si conferma anche qualora si tenga conto dei possibili effetti di confondimento derivanti dalla presenza per gli assistiti di questo distretto di un Ambulatorio di Prima Assistenza Medica per patologie minori.

Negli altri due casi, Calabria e Toscana, i risultati non sono significativi nei primi anni di attività. Per la Calabria, il modello di Assistenza Territoriale Integrata adottato nel comune di Lamezia Terme non sembra ancora aver modificato in modo incisivo i comportamenti degli assistiti. Tuttavia, l'analisi statistica condotta per i primi otto mesi del 2012 lascia intravedere come il modello organizzato sulle 24 ore eserciti un effetto che comunque va nella direzione attesa. Nell'esperienza toscana, a fronte di una generale tendenza al contenimento dei ricoveri inappropriati che ha interessato tutto il comune, i risultati ottenuti dalla Casa della Salute non sono significativamente diversi da quelli osservabili per gli altri medici presenti nel comune di Empoli. Per queste esperienze sono ipotizzabili almeno due ragioni alla base dei risultati emersi dalle analisi. In primo luogo, l'elevata vicinanza geografica al PS di ambedue le sperimentazioni potrebbe influenzare gli assistiti inducendoli al ricorso privilegiato ad un'assistenza di tipo specialistico. In secondo luogo, l'incremento della copertura assistenziale in h24 negli orari festivi, prefestivi e notturni è affidato in entrambi i casi ad una turnazione di medici basata sulla mca: questa risposta assistenziale potrebbe non essere percepita come un'alternativa efficace alle cure ospedaliere, attenuando la capacità del modello organizzativo di incidere significativamente sull'utilizzo del PS. Per l'esperienza toscana, i risultati segnalano negli stessi anni anche la simultanea presenza a livello aziendale e distrettuale di politiche sanitarie capaci di influenzare i comportamenti di tutti i Medici di medicina generale operanti sul territorio. È probabile quindi che gli effetti positivi

di queste sperimentazioni vadano ricercati in altri comparti assistenziali, mentre cambiamenti nei comportamenti inappropriati di ricorso al PS necessitano di più tempo e/o maggiori sforzi organizzativi da parte della Medicina generale. Ad oggi non è quindi ancora possibile formulare una valutazione conclusiva dell'impatto prodotto da queste due esperienze.

In generale risulta evidente come, per ognuno dei casi studio esaminati, una valutazione atten-

dibile circa le conseguenze prodotte dalle sperimentazioni in corso necessiti di avere a disposizione un periodo di osservazione più lungo. Ciò anche in considerazione del fatto che oggetto dell'analisi sono modelli organizzativi orientati ad incidere su comportamenti individuali consolidatisi in un lungo arco di tempo e che richiedono tempo anche per modificarsi nella direzione di un più appropriato utilizzo delle risorse ospedaliere.

Conclusioni

di **Mariadonata Bellentani***, **Leonilda Bugliari Armenio***, **Sara Catania***, **Gianfranco Damiani****

* Sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari, Agenas

** Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto di Igiene, Roma

Lo sviluppo del Monitoraggio, realizzato su mandato del Ministero della salute, ha consentito di condurre una prima sperimentazione sullo stato di avanzamento e di realizzazione dei progetti regionali oggetto della ricerca, mediante la definizione di strumenti metodologici per una lettura degli elementi comuni quali determinanti organizzativi e professionali caratterizzanti i progetti. Inoltre, è stato possibile svolgere una sperimentazione, seppur limitata a quattro Regioni, per la valutazione dell'impatto di alcuni specifici modelli organizzativi delle Cure primarie sull'appropriatezza del ricorso al Pronto soccorso, mediante l'individuazione di un modello statistico esportabile a setting territoriali in realtà anche diverse tra loro ma che presentino esperienze analoghe a quelle studiate.

Si è evidenziato che, a fronte delle Linee guida del Ministero della salute dell'11 maggio 2009 per progetti di sperimentazione inerenti "Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale", le Regioni hanno presentato progetti molto diversificati sia nei contenuti che nel disegno della ricerca. Anche il grado di implementazione è disomogeneo, con ricerche risultate, nella quasi totalità, ancora in corso; un elemento che non si è ritenuto critico, considerando la complessità delle tematiche affrontate, nonostante sia-

no stati presi in considerazione progetti approvati nel corso del 2010.

La diversificazione ci ha condotto ad operare selezioni e la scelta è stata effettuata sulla base delle priorità indicate dal Ministero della salute nel citato documento di Linee guida, che ha proposto la sperimentazione di alcuni modelli organizzativi da realizzare in ambito ospedaliero e/o territoriale che possano contenere il fenomeno rispondendo alle esigenze sanitarie del cittadino.

Il Gruppo di lavoro, al fine di valutare lo stato di avanzamento dei diversi progetti presentati, ha individuato una metodologia di analisi e monitoraggio condivisa per identificare gli elementi comuni (determinanti organizzativi e professionali) dei progetti presentati, tenendo conto dei contesti regionali e/o aziendali coinvolti.

Tale scelta metodologica ha consentito di evidenziare le caratteristiche dei servizi attivati per la popolazione di riferimento e le modalità di integrazione dei professionisti ospedalieri e/o territoriali scelti nei diversi contesti. Il confronto attivato e la raccolta di documenti programmatori di riferimento ha evidenziato che tutte le Regioni stanno lavorando su questi temi, con modalità diverse e, soprattutto, differenziando le attività in relazione ai bisogni assistenziali. Si registra, inoltre, un'estrema diversificazione in termini di bacino di utenza e una coerenza variabile tra modelli locali e indicazioni regionali. In alcuni casi l'iniziativa locale sviluppa modelli che va-

lorizzano le professionalità e le strutture del proprio contesto comunitario anche in presenza di una parziale definizione del quadro programmatico regionale. In altre situazioni, invece, il livello locale segue, seppur con caratteristiche proprie, gli orientamenti di dettaglio maggiormente operativi fissati dal livello regionale.

I risultati dimostrano come la risposta al bisogno di salute del paziente che non presenti effettive condizioni di urgenza venga affrontata attraverso prospettive organizzative differenti. Vengono utilizzati modelli sia ospedalieri che territoriali, con un orientamento prevalente a favore delle forme organizzative territoriali, che vengono associate alla definizione di policy regionali indirizzate ad implementare l'integrazione dei professionisti dell'Assistenza primaria.

All'interno della complessità dei progetti e delle varie esperienze analizzate, i risultati della ricerca offrono spunti di miglioramento per l'attivazione e lo sviluppo delle iniziative in questo ambito, utili sia ai decision maker di diverso livello istituzionale nella programmazione e controllo che ai professionisti per lo svolgimento della pratica clinica.

La metodologia utilizzata ha permesso di elaborare uno schema di riferimento per realizzare i futuri progetti nell'ambito degli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale, superando le difficoltà rappresentate dall'estrema eterogeneità dei modelli e della gestione del dato. Ad oggi, nonostante tutti i progetti prevedano sistemi di monitoraggio, ben pochi sono inseriti in una logica di valutazione quantitativa dei processi e degli outcome. Un ulteriore elemento emerso dalla ricerca è l'opportunità che venga focalizzata l'attenzione non solo sulle strutture organizzative, ma sui meccanismi operativi di raccordo professionale e gestionale quali elementi chiave per lo sviluppo dell'Assistenza primaria.

Gli elementi ancora da implementare riguardano principalmente:

- l'individuazione di modalità di raccordo funzionale tra Medici di medicina generale e medici

specialisti e altri professionisti sanitari quali ad esempio infermieri, tecnici della riabilitazione, fisioterapisti, operatori sociosanitari ed altri;

- l'utilizzo di meccanismi di coordinamento tra le suddette figure professionali per consolidare competenze e offrire risposte più articolate dal punto di vista organizzativo e tecnico e per far fronte all'aumento dei volumi di pazienti che utilizzano i setting ambulatoriali;

- l'adozione di modalità di raccordo tra funzione di tutela del sistema sanitario e i diversi soggetti di erogazione dei servizi integrati, pubblici e privati (ad esempio cooperative, consorzi, unità complesse delle Cure primarie);

- la costituzione di un gruppo di lavoro a livello nazionale, che veda la collaborazione di referenti ministeriali, regionali ed esperti in analisi organizzative ed economico-statistiche, in grado di affiancare nel tempo l'attività di monitoraggio dei progetti regionali e di valutarne l'impatto.

La ricerca si è, inoltre, posta l'obiettivo di effettuare un'analisi empirica sull'impatto di alcuni specifici modelli organizzativi delle Cure primarie sull'appropriatezza del ricorso al Pronto soccorso in alcune delle sperimentazioni (Regioni Calabria, Emilia-Romagna, Toscana e Veneto). L'analisi si è concentrata sui pazienti che sono stati classificati come codici bianchi in uscita dal sistema di triage in vigore negli ospedali. Nei casi in cui la percentuale dei codici bianchi è risultata particolarmente contenuta, nell'analisi sono stati considerati come inappropriati anche una quota di accessi con codice verde.

L'analisi statistica condotta sulle quattro sperimentazioni selezionate evidenzia risultati incoraggianti, anche se non del tutto consolidati a causa della durata ancora limitata delle esperienze. In due Regioni gli effetti analizzati sono risultati già ampiamente positivi nonostante sia trascorso poco tempo dall'attivazione dei modelli.

Tale analisi empirica ha consentito di individuare un modello di valutazione esportabile che consente di analizzare l'andamento degli accessi non urgenti al Pronto soccorso tenendo conto, per quan-

to possibile, delle principali variabili di confondimento. In generale si può affermare che, per la valutazione dell'efficacia di un nuovo modello organizzativo nel tempo, è opportuno considerare almeno un periodo dai due ai cinque anni in condizioni di stabilità di contesto e di politiche sanitarie. Un'ultima considerazione può riferirsi alla recente riforma legislativa che individua una serie di principi per la riorganizzazione complessiva dell'Assistenza sanitaria territoriale. In particolare si è affermata a livello legislativo, con la legge n. 189 del 2012, la necessità di adottare forme di aggregazione della Medicina generale sia di tipo monoprofessionale (Aggregazioni funzionali territoriali) sia pluridisciplinare e di erogazione dei servizi (Unità Complesse di Cure primarie). Tuttavia, rimangono ancora oggetto di dibattito alcune scelte sui principi di fondo per una adeguata interpretazione delle funzioni e dei ruoli della Medicina generale, tra cui:

- una riflessione sull'inquadramento contrattuale dei professionisti della medicina del territorio

che può orientarsi verso una maggiore integrazione strutturale nel Servizio sanitario nazionale o verso un collegamento funzionale più solido con lo stesso, tramite la promozione di forme imprenditoriali più autonome;

- uno snellimento nei livelli di negoziazione della contrattazione collettiva con maggiore focalizzazione incentrata nelle sedi nazionali e regionali, che tenga conto delle specifiche realtà aziendali oltre che delle loro interdipendenze;
- la previsione di forme di finanziamento e di incentivazione dell'Assistenza primaria più coerenti con la sostenibilità e la premialità di processi assistenziali che coinvolgono una pluralità di strutture e professionisti anziché di singole prestazioni.

Il tutto nell'ottica di rafforzare la logica di governo dei servizi territoriali, valorizzandone la cultura e offrendo strumenti e risorse per una riorganizzazione che non si limiti ai modelli organizzativi, ma consideri anche i processi assistenziali ed i meccanismi di raccordo tra professionisti e servizi.

COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO

Monitoraggio dei progetti regionali per l'attuazione degli obiettivi prioritari di Psn
Linea operativa: "Assistenza primaria, assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso"

GRUPPO DI INDIRIZZO STRATEGICO

Dott.ssa Angela Rita Panuccio

Ministero della salute

Dott.ssa Paolina Caputo

Ministero della salute

Dott.ssa Mariadonata Bellentani

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Dott.ssa Laura Conti

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Dott. Sandro Di Sabatino

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

GRUPPO DI LAVORO DI COORDINAMENTO SCIENTIFICO E AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Mariadonata Bellentani

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Dott.ssa Sara Catania

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Dott.ssa Leonilda Bugliari Armenio

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Dott.ssa Elisa Guglielmi

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Dott.ssa Laura Conti

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Dott.ssa Maria Albergo

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Dott.ssa Tiziana Maola

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Sig. Dario Fella

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Dott. Sandro Di Sabatino

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Prof. Gianfranco Damiani

Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Dott.ssa Giulia Silvestrini

Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Dott.ssa Valentina Vena

Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Prof. Gianluca Fiorentini

Scuola Superiore Politiche per la

Salute, Università di Bologna

Prof.ssa Cristina Ugolini

Scuola Superiore Politiche per la

Salute, Università di Bologna

Dott. Pierluigi Puccetti

Scuola Superiore Politiche per la

Salute, Università di Bologna

Dott. Matteo Lippi Bruni

Scuola Superiore Politiche per la

Salute, Università di Bologna

Dott.ssa Irene Mammi

Scuola Superiore Politiche per la

Salute, Università di Bologna

REFERENTI SCIENTIFICI, AMMINISTRATIVI E REGIONALI ABRUZZO

Referente scientifico

Dott.ssa Rosa Borgia

Referente amministrativo

Dott.ssa Maddalena Tabasso

Referente regionale

Dott. Rossano Di Luzio, Dott. Renato Lisio

BASILICATA

Referente scientifico

Dott. Giuseppe Montagano

Referente amministrativo

Dott.ssa Rocchina Giacoia

Referente regionale

Dott.ssa Carolina Di Lorenzo

CALABRIA

Referente scientifico

Dott. Ercole Mercuri

Referente amministrativo

Dott.ssa Caterina Azzarito

Referente regionale

Dott. L. Rubens Curia

Referente informatico per la partecipazione al

Caso studio

Dott. Michele Di Cello

CAMPANIA**Referenti scientifici**

Dott. Renato Pizzuti, Dott. Aurelio Bouché

Referente amministrativo

Dott.ssa Francesca Gaito

EMILIA ROMAGNA**Referente scientifico**

Dott. Andrea Donatini, Dott.ssa Clara Curcetti

Referente amministrativo

Dott.ssa Franca Serafini

LIGURIA**Referente scientifico**

Dott. Mauro Occhi

Referente amministrativo

Dott. Claudio Castagneto

Referente regionale

Dott. Francesco Quaglia

LOMBARDIA**Referente scientifico**

Dott.ssa Maria Antonietta Banchemo

Referente amministrativo

Dott.ssa Stefania Bozza

MOLISE**Referente scientifico**

Dott.ssa Rosa Iorio

Coordinatore scientifico

Dott.ssa Gianfranca Testa, Dott. Giancarlo Paglione

Referente amministrativo

Dott. Bruno Natale

Referente amministrativo per le attività di Monitoraggio

Dott.ssa Antonella Oriunno

PUGLIA**Referente scientifico**

Dott. Vito Piazzolla

Referente amministrativo

Dott.ssa Maria Teresa L'Abbate

SICILIA**Referente scientifico**

Dott. Giuseppe Noto

Referente amministrativo

Dott. Paolo Barone

Referente regionale

Dott. Francesco Paolo La Placa

TOSCANA**Referente scientifico**

Dott. Lorenzo Roti, Dott. Piero Salvadori

Referente amministrativo

Dott. Lorenzo Roti

Referente informatico per la partecipazione al Caso studio

Dott.ssa Elisabetta Mugnaini

VENETO**Referente scientifico**

Dott. Daniele Donato

Referente amministrativo

Dott. Giorgio Ninno

Referente informatico per la partecipazione al Caso studio

Dott.ssa Stefania Elvini

BIBLIOGRAFIA GENERALE

- AA.VV. *Relazione sullo stato sanitario del Paese*, Ministero della salute, 2011. <http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNewjsp?id=361>
- AA.VV. *Migliorare le prestazioni di pronto soccorso*. Asl Lecco. Prospettive Sociali e Sanitarie, 2003;9:5-9.
- Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria del 25 ottobre 2001, concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria", http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1747_allegato.pdf
- Accordo Stato-Regioni per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2001 <http://www.trovanorme.salute.gov.it/renderNormsanPd?anno=0&codLeg=40326&parte=1%20&serie=>
- Ackroyd-Stolarz S et al, *The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study*, *Bmj Qual Saf* 2011;20:564-9.
- Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, et al., *Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care*. *Academic Emergency Medicine*, 2004; 11(12):1302-10.
- Ameri M, Cremonesi P, Montefiori M. *Pronto soccorso e spesa sanitaria regionale*. *Politiche sanitarie*, 2011;12(4):190-8.
- Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K. *Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the "primary care patient" in the emergency department*. *Emergency Medicine Australia*, 2005;17:472-9.
- Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. *Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy*. *Public Health*, 2003;117:250-55.
- Carlsen F, Grytten J, Kjelvik J, Skau I. *Better primary physician services lead to fewer hospital admissions*. *European Journal of Health Economics*, 2007;8:17-24.
- Cooke M, Fisher J et al. *Reducing attendances and waits in emergency departments. A systematic review of present innovations*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO), 2005. <http://www.netscc.ac.uk/hsdr/>
- Coordinamento Nazionale Triage: Linee d'indirizzo per il triage in pronto soccorso. http://www.agenas.it/agenas_pdf/Monitor%2029.pdf. *Monitor*, 2012;29:45-54.
- Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E. *Primary care in the accident and emergency department: prospective identification of patients*. *BMJ*, 1995;311:423-6.
- DeLia D. *Potentially avoidable use of hospital emergency departments in New Jersey*. *Rutgers Center for State Health Policy*. The Institute for Health, Health Care Policy and Ageing Research. July 2006.
- Di Tommaso F, Falasca P, Rossi A, Lolli V, Calderone B, Nicoli A. *Pronto Soccorso: verso un uso responsabile*. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2008;21:4-6.
- Di Tommaso F, Falasca P, Calderone B, Nicoli A, Rossi A. *Cittadini al Pronto soccorso. I fattori che inducono all'utilizzo del servizio*. *Salute e territorio*, 2010;180:188-196.
- Di Tommaso F, Falasca P, Calderone B, Nicoli A, Berardo A, Rossi A. *Analisi dei fattori psico-sociali e sanitari che hanno indotto i cittadini all'uso non appropriato del pronto soccorso nella Ausl di Ravenna nel 2008*. *Notiziario Istituto Superiore Sanità*, 2010;23(2):iii-iv.
- Farchi S, Polo A, Franco F, Di Lallo D, Guasticchi G. *Primary paediatric care models and non-urgent Emergency Department utilization: an area-based cohort study*. *BMC Family Practice* 2010, 11:32

- Fiorentini G, Lippi Bruni M, Ugolini C. *Health Systems and Health Reforms in Europe: the Case of Italy*. Intereconomics, 2008;43:205-12.
- Francesconi L, Vencia F, Tellini S, Nante N. *Progetto di riorganizzazione di un pronto soccorso ospedaliero*. Mondo Sanitario, 2012;1-2:1-6.
- Geddes M. <http://www.saluteinternazionale.info/2012/03/il-pronto-soccorso-il-grande-imbuto-del-servizio-sanitario-nazionale/>, 2012.
- Grol R, Giesen P, van Uden C. *After-hours care in the United Kingdom, Denmark and the Netherlands: new models*. Health Affairs, 2006;25(6):1733-37.
- Hansagi H, Carlsson B, Olsson M, Edhag O. *Trial of a method of reducing inappropriate demands on a hospital emergency department*. Public Health, 1987;10:99-105.
- Harris MJ, Patel B, Bowen S. *Primary care access and its relationship with emergency department utilization*. British Journal of General Practice, 2011;December:787-93.
- Howard M, Goertzen J. *Emergency Department and Walk-in-Clinic use in models of primary care practice with different after-hours accessibility in Ontario*. Healthcare Policy, 2008;4(1):73-88.
- Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. *Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models*. BMC Health Services Research, 2009;9:105.
- Lang T, David, A, Diakité B, Agay E, et al. *Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect?* Journal of Epidemiology Community Health, 1996;50:45-62.
- Lega F, Mengoni A. *Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications*. Health Policy, 2008;88:326-38.
- Leibowitz R, Day S, Dunt D. *A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, patient and GP satisfaction*. Family Practice, 2003;20(3):311-17.
- Lowe RA, Localio AR, Schwarz DF et al. *Association between primary care practice characteristics and emergency department use in a Medicaid managed care organization*. Medical Care, 2005;3(8):792-800.
- Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Schwartz M, Charns MP. *Transformational change in health care systems: an organizational model*. Health Care Manage Rev, 2007;32(4):309-20.
- McCusker J, Roberge D, Lévesque JF et al. *Emergency Department visits and primary care among adults with chronic conditions*. Medical Care, 2010;48(11):972-80.
- McCaig L, Nawar EW. *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey 2004 Emergency Department Summary*. Advance Data, 2006;372:1-5.
- Mengoni A, Rappini V. *La domanda non urgente al Pronto Soccorso: un'analisi*. Mecosan, 2007; 62:61-82.
- Moineddin R, Meaney C, Agha M, Zagorski B, Glazier R.H. *Modeling factors influencing the demand for emergency department services in Ontario: a comparison of methods*. BMC Emerg Med., 2011;11:13.
- Moll van Charante EP, ter Riet G, Bindels P JE. *Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motive and characteristics*. Patient Education and Counselling, 2008;70:256-65.
- Moll van Charante EP, van Steewijk-Opdam P CE, Bindels P JE. *Our-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choice and referrals by general practitioners and ambulance services*. BMC Family Practice, 2007;8:46.
- Nati G, Ialongo A, Fucito G, D'Angelo E, De Lucia L, Valente F, Chiriatti A, Soleo F, Morosetti M. *Il management dei codici bianchi e verdi da parte dei Medici di medicina generale in un Pronto Soccorso di Roma: lo studio MAPS*. Rivista della Società Italiana di Medicina Generale, 2010;3:18-22.
- Northington WE, et al. *Use of an emergency department by nonurgent patients*. The American Journal of Emergency Medicine, 2005;23:131-7.
- O'Connell C. *Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature?* Fam Pract, 2000;17:462-1.
- Oredsson S et al. *A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments*. Scand J Trauma Resusc Emerg Med, 2011;19:43.
- Puig-Junoy J, Saez M, Martinez-Garcia E. *Why do patients prefer hospital emergency visits? A nested multinomial logit analysis for patient-initiated contacts*. Health Care Management Science, 1998;1:39-52.
- Roberts E, Mays N. *Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital A&E department?* Health Policy, 1998;44:191-214.
- Saugo M, Mantoan D, Toffanin R, Rubin R, Pellizzari M. *Accessi al Pronto Soccorso: Ruolo delle pratiche di Medicina Generale singole e associate dell'Azienda ULSS "Alto Vicentino"*. Bollettino informativo del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto, 2, giugno 2008:7-8.
- Saxena S, George J, Barber J et al. *Association of population and practice factors with potentially avoidable admission rates for chronic diseases in London*. J R Soc Med, 2006;99(2):81-9.
- Sempere-Selva T, Peirò S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, López-Aguilera I. *Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associate factors and reasons*. Ann Emerg Med, 2001;37:568-79.
- Shah NM, Shah MA, Behbehani J. *Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait*. Social Science & Medicine, 1996;42:1313-23.
- Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza (SI-MEU), *Analisi descrittiva delle strutture e dell'organizzazione dell'emergenza in Italia*, anno 2010, Reperibile al link: <http://www.simeu.it/file.php?file=dir&sez=articoli&id=238>
- Thompson C, Hayhurst C, Boyle A. *How have changes to out-of-hours primary care services since 2004 affected emergency department attendances at a UK District General Hospital? A longitudinal study*, Emergency Medicine, 2010;27:22-5.
- Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. *Does increased access to primary care reduce hospital readmissions?* New England Journal Medicine, 1996;334(22):1441-7.
- World Health Organization, *The World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever*, Geneva:WHO, 2008.

APPENDICE

Schede di sintesi dei progetti regionali

REGIONE ABRUZZO

Riorganizzazione delle Cure Primarie con implementazione di Presidi Territoriali Integrati o di Nuclei di Cure Primarie per assistenza H 24 e con attivazione di ambulatori presso i Pronto soccorso ospedalieri per la gestione dei codici bianchi attraverso la messa in rete degli studi dei Mmg, dei pls e delle sedi di Continuità Assistenziale con gli ospedali e con le altre realtà sanitarie e sociali del territorio, compresa la riduzione delle liste di attesa, Sorveglianza sanitaria terremoto L'Aquila. Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie

		SPECIFICHE
PERIODO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		Durata 12 mesi Proroga eventuale Avvio entro il 31/12/2010
FASE DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		In fase attuativa
CONTINUITA' PROGETTUALE		Avvio Costituzione di Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) in vista di una eventuale riconversione degli ospedali di Tagliacozzo e Pescara
ADERENZA AGLI OBIETTIVI REGIONALI		Strategici: completa Operativi: parziale
MODALITA' ORGANIZZATIVA ALTERNATIVA O INTEGRATIVA SPERIMENTATA DAL PROGETTO		Servizi territoriali con sede ospedaliera Assimilabile al modello di Assistenza territoriale integrata (collaborazione tra più professionisti Presidio Territoriale di assistenza) La modalità organizzativa proposta di PTA rispecchia le Linee guida ministeriali del 11.05.2009
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE		MMG, PLS, MCA, personale medico specialista, personale sanitario non medico, personale non sanitario
ACCESSIBILITA'	GIORNI DI APERTURA SETTIMANALE	Tra 7D/7 e 5/7D
	ORARIO DI APERTURA GIORNALIERA	14/24H Solo il sabato 2H
	PRESENZA IN SEDE DI MEDICO E/O INFERMIERE	h24 MMG H12 lun.-ven. e 08:00-10:00 prefestivi
	COPERTURA TELEFONICA MEDICA E/O INFERMIERISTICA DURANTE L'ORARIO DI CHIUSURA	Presenza, Guardia medica aziendale Il servizio di copertura telefonica è garantito nella stessa sede per l'orario non assicurato dai MMG
FORMA ASSOCIATIVA		Presenza, strutturale
SISTEMI DI PRIORIZZAZIONE DELL'ACCESSO ALLA STRUTTURA VALUTATA		Presenza, con meccanismi interni Basati su: classi di priorità, gestione di liste d'attesa in accordo con specialisti ambulatoriali MMG e Ospedale
MECCANISMI OPERATIVI (PROCEDURE) DI COLLEGAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI		Presenza sul territorio Le Associazioni operano con: PUA distrettuale, CUP, Centro Prelievi, Poliambulatorio Specialistico, Consultorio Familiare, Ambulatorio Vaccinale. Postazione I18, Laboratorio Analisi e Servizio di radiologia presenti nel PTA di Pescara ed i PS presenti nel PTA di Pescara e Tagliacozzo. Percorsi per priorità delle prestazioni specialistiche e meccanismi facilitati di prenotazione. Coordinatori di branca specialistica. Servizio di coordinamento delle cure domiciliari
TARGET DI ASSISTENZA CUI SI RIVOLGONO I MECCANISMI OPERATIVI		Persona sana, paziente indifferenziato, paziente cronico, paziente non autosufficiente o fragile
STRUMENTI INFORMATIVI AUTOMATIZZATI: ARCHIVIO INFORMATIZZATO INTERNO ALLA STRUTTURA. SE SI SPECIFICARE SE C'È INTEGRAZIONE		Presenza, con archivi interni integrati ad uso esclusivamente clinico-assistenziale per il singolo assistito Sistemi gestionali delle prenotazioni; cartelle domiciliari informatizzate; sistemi gestionali del paziente condivisi dai PLS, MMG e MCA in sede di associazione ed in rete; sistemi gestionali della radiologia e del laboratorio analisi; banca dati rappresentata dall'anagrafe assistiti e dalle esenzioni ticket su base regionale. Oltre a quelli citati, i MMG e PLS dispongono di uno strumento informatico comune (cartella paziente) accessibile, dietro identificazione personale, a tutti i Medici dell'Associazione per tutti i pazienti assistiti ed aggiornata in tempo reale. Lo strumento è altresì condiviso dai Medici del Servizio di Continuità Assistenziale
STRUMENTI DI DIVULGAZIONE DEL SERVIZIO		Presenza Incontri con i cittadini del bacino di utenza (convegni e manifestazioni); incontri con le amministrazioni locali; opuscoli presenti negli ambulatori dei MMG e PLS; comunicati stampa e diffusione sul sito web aziendale e manifesti e pieghevoli
STRUMENTI DI VALUTAZIONE		Presenza, strumenti di valutazione previsti, ma non ben definiti Gli strumenti di valutazione risultano sostanzialmente indiretti ed applicabili soltanto nel medio e lungo termine. La riduzione dei codici bianchi e verdi al Pronto Soccorso (Avezzano, Tagliacozzo e Pescara - gli ultimi due rimasti attivi per sentenza del Tar); la riduzione dei ricoveri pediatrici specie nei fine settimana; la riduzione dei ricoveri ripetuti costituiscono gli indicatori più validi. L'accesso ai DRG dell'ospedale di Avezzano soprattutto ed ai dati dei 3 PS, citati ed il loro confronto con gli stessi dati storici potrebbe costituire una "rudimentale" metodologia di valutazione

REGIONE BASILICATA

Assistenza territoriale integrata per la Basilicata (ATIB)

		SPECIFICHE
PERIODO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		Durata > 24mesi Proroga annuale Avvio entro il 31/12/2010 Conclusione:31/12/2012
FASE DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		In fase attuativa
CONTINUITA' PROGETTUALE		Sviluppo
ADERENZA AGLI OBIETTIVI REGIONALI		Strategici: completa Operativi: parziale
MODALITA' ORGANIZZATIVA ALTERNATIVA O INTEGRATIVA SPERIMENTATA DAL PROGETTO		Servizi territoriali con sede territoriale
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE		MMG, PLS, MCA, personale medico specialista, personale sanitario non medico, personale non sanitario
ACCESSIBILITA'	GIORNI DI APERTURA SETTIMANALE	7/7D
	ORARIO DI APERTURA GIORNALIERA	24/24H
	PRESENZA IN SEDE DI MEDICO E/O INFERMIERE	h24
	COPERTURA TELEFONICA MEDICA E/O INFERMIERISTICA DURANTE L'ORARIO DI CHIUSURA	Il servizio non chiude
	FORMA ASSOCIATIVA	Presenza, strutturale
SISTEMI DI PRIORIZZAZIONE DELL'ACCESSO ALLA STRUTTURA VALUTATA	Presenza, con meccanismi interni	MMG, PLS e MCA in contatto telefonico con i PS e con i reparti ospedalieri per l'eventuale trasferimento dei pazienti dal territorio al P.O. e viceversa. Classi di priorità per alcune branche specialistiche
MECCANISMI OPERATIVI (PROCEDURE) DI COLLEGAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI	Presenza, con l'ospedale	MMG, PLS e MCA in contatto telefonico con i PS e con i reparti ospedalieri
TARGET DI ASSISTITI A CUI SI RIVOLGONO I MECCANISMI OPERATIVI	Paziente indifferenziato	
STRUMENTI INFORMATIVI AUTOMATIZZATI: ARCHIVIO INFORMATIZZATO INTERNO ALLA STRUTTURA. SE SI SPECIFICARE SE C'È INTEGRAZIONE	Assenza	Anagrafe sanitaria (dati anagrafici, esenzioni per patologia o invalidità); in corso di realizzazione un programma per la raccolta informatizzata dei dati
STRUMENTI DI DIVULGAZIONE DEL SERVIZIO	Presenza	Avvisi affissi nelle strutture sanitarie; comunicazione diretta del servizio da parte dei MMG
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	Presenza, impatto sul territorio, ma da definire meglio la metodologia.	Strumenti di valutazione previsti. Riduzione degli accessi impropri al PS aziendale; riduzione dei ricoveri fuori regione per le patologie di basso peso (DG), rilevati dai report annuali forniti dalla Regione riferiti all'anno precedente; produzione di percorsi assistenziali per almeno tre patologie; riduzione delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche collegate ai protocolli condivisi; realizzazione di quattro incontri annuali per la presentazione della relazione trimestrale

REGIONE CALABRIA

Progetto sperimentale per la realizzazione dell'Assistenza Territoriale Integrata "ATI"

		SPECIFICHE
PERIODO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	Durata 24mesi Proroga eventuale Avvio dopo il 01/01/2011	
FASE DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	In fase attuativa	
CONTINUITA' PROGETTUALE	Sviluppo	
ADERENZA AGLI OBIETTIVI REGIONALI	Strategici: completa Operativi: parziale	
MODALITA' ORGANIZZATIVA ALTERNATIVA O INTEGRATIVA SPERIMENTATA DAL PROGETTO	Servizi territoriali con sede territoriale	
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE	MMG, PLS, MCA, personale medico specialista, personale sanitario non medico, personale non sanitario	
ACCESSIBILITA'	GIORNI DI APERTURA SETTIMANALE	7/7D
	ORARIO DI APERTURA GIORNALIERA	24/24H
	PRESENZA IN SEDE DI MEDICO E/O INFERMIERE	h24
	COPERTURA TELEFONICA MEDICA E/O INFERMIERISTICA DURANTE L'ORARIO DI CHIUSURA	Il servizio non chiude
FORMA ASSOCIATIVA	Presenza, strutturale	
SISTEMI DI PRIORIZZAZIONE DELL'ACCESSO ALLA STRUTTURA VALUTATA	Presenza, con meccanismi interni	Elenco informativo (Agenda di lavoro) compilato dalla segreteria per ogni singolo professionista. Servizio prenotazioni e collegamento al CUP per attività specialistiche in sede Sistema Cat@hospital per le prestazioni non direttamente erogate
MECCANISMI OPERATIVI (PROCEDURE) DI COLLEGAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI	Presenza, con il territorio	Percorsi assistenziali per una più efficace integrazione socio-sanitaria; presa in carico da parte del MMG/PLS dei pazienti in dimissione protetta ospedaliera; percorsi diagnostico/terapeutici/socio-assistenziali per pazienti cronici, fragili e non autosufficienti; collaborazione con il dipartimento di nutrizione e metabolismo del Pol. Univ. di Catanzaro nello svolgimento del progetto "Diabete Calabria"; servizio prelievi esami di laboratorio in sede e domicilio; campagne di screening dei tumori femminili e del carcinoma del colon retto, per una gestione telematica delle prenotazioni e lo scarico automatico dei risultati
TARGET DI ASSISTENZA CUI SI RIVOLGONO I MECCANISMI OPERATIVI	Persona sana, paziente indifferenziato, paziente cronico, paziente non autosufficiente o fragile	
STRUMENTI INFORMATIVI AUTOMATIZZATI: ARCHIVIO INFORMATIZZATO INTERNO ALLA STRUTTURA. SE SI SPECIFICARE SE C'È INTEGRAZIONE	Presenza, con archivi interni integrati ad uso esclusivamente clinico-assistenziale per il singolo assistito	Scheda sanitaria informatica, software di gestione per programmazione quotidiana in sede e fuori. Collegamento con laboratorio analisi e con UOASP per risultati test screening e Diabete Calabria (condivisione dati clinici) cogestione del PDTA
STRUMENTI DI DIVULGAZIONE DEL SERVIZIO	Presenza	Targa informativa all'ingresso della sede; programma televisivo su network locale; poster informativi sulle modalità progettuali affissi in sala d'attesa ed in segreteria; Carta dei servizi
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	Presenza, indicatori di performance.	Software di sistema per gestione della Scheda Sanitaria Informatica Strumenti di valutazione previsti Indicatori: numero di Schede Sanitarie Informatiche realizzate nel periodo sul totale dei pazienti in carico; numero di accessi (codici bianchi e verdi) nel periodo, sul totale dei pazienti in carico; numero interventi di Telemedicina e di Teleconsulto nel periodo sul totale dei pazienti assistiti

REGIONE CAMPANIA

Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h24: riduzione accessi impropri nelle strutture di emergenza e gestione dei codici bianchi

			SPECIFICHE
PERIODO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	Durata >24mesi Avvio entro il 31/12/2010	Durata >24mesi Avvio dopo 01/01/2011	
FASE DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	In fase attuativa	In fase attuativa	
CONTINUITA' PROGETTUALE	Sviluppo	Sviluppo	È in fase di attuazione la realizzazione di un Ambulatorio codici bianchi presso l'AORN pediatrica Santobono Pausilipon, Centro regionale di III Livello per la emergenza urgenza pediatrica. I "Piani Attuativi" di riassetto della rete ospedaliera e territoriale relativi alle Aziende Sanitarie prevedono l'attivazione degli SPS nelle ASL di Benevento, di Caserta e di NA I Centro
ADERENZA AGLI OBIETTIVI REGIONALI	Strategici: completa Operativi: parziale	Strategici: completa Operativi: parziale	
MODALITA' ORGANIZZATIVA ALTERNATIVA O INTEGRATIVA SPERIMENTATA DAL PROGETTO	Servizi territoriali con sede ospedaliera	Servizi territoriali con sede territoriale	Ambulatorio per la gestione dei codici di minore gravità (bianchi) - Ambulatorio codici bianchi presso l'AORN pediatrica Santobono Pausilipon Centro regionale di III Livello per la emergenza urgenza pediatrica. Presidio ambulatoriale territoriale integrato (Strutture Polifunzionali per Salute - SPS)
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE	MCA	MMG, PLS, personale medico specialista, personale sanitario non medico e personale non sanitario	
ACCESSIBILITA'	GIORNI DI APERTURA SETTIMANALE	<5/7D	7/7D
	ORARIO DI APERTURA GIORNALIERA	12/24H	24/24H
	PRESENZA IN SEDE DI MEDICO E/O INFERMIERE	H12	h24
	COPERTURA TELEFONICA MEDICA E/O INFERMIERISTICA DURANTE L'ORARIO DI CHIUSURA	Assenza	Il servizio non chiude
FORMA ASSOCIATIVA	Assente	Presenza, strutturale	
SISTEMI DI PRIORIZZAZIONE DELL'ACCESSO ALLA STRUTTURA VALUTATA	Presenza, con il triage	Assenza	
MECCANISMI OPERATIVI (PROCEDURE) DI COLLEGAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI	Presenza, con il territorio	Assenza	Ambulatorio Territoriale di Continuità Assistenziale per la Gestione dei Codici Bianchi presso il presidio ospedaliero: la gestione dei codici bianchi è caratterizzata dallo sviluppo di sistemi di comunicazione di tipo informatico tra l'ambulatorio C.B. e i Presidi di Continuità Assistenziale del Territorio dell'ASL NA I Centro
TARGET DI ASSISTITIA CUI SI RIVOLGONO I MECCANISMI OPERATIVI	Paziente indifferenziato		
STRUMENTI INFORMATIVI AUTOMATIZZATI: ARCHIVIO INFORMATIZZATO INTERNO ALLA STRUTTURA. SE SI SPECIFICARE SE C'È INTEGRAZIONE	Assenza	Presenza, con archivi interni collegati ad uso medico di MMG nei modelli territoriali. Patient summary esclusivamente clinico-assistenziale per il singolo assistito	Messa in rete della scheda sanitaria informatizzata del medico di MMG nei modelli territoriali. Patient summary
STRUMENTI DI DIVULGAZIONE DEL SERVIZIO	Presenza	Presenza	Campagne di comunicazione finalizzati al corretto uso del servizio di emergenza; opuscoli; poster; siti web, comunicati stampa o altre modalità istituzionali; Carta di servizi
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	Presenza	Presenza	Metodologia non specificata

REGIONE EMILIA ROMAGNA

Linea progettuale I - Cure Primarie

Assistenza h24: riduzione degli accessi impropri al PS e miglioramento della rete assistenziale

		SPECIFICHE
PERIODO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	Durata > 24mesi Avvio entro il 31/12/2010	
FASE DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	In fase attuativa	
CONTINUITA' PROGETTUALE	Sviluppo	Rafforzamento ruolo ambulatorio di Nucleo di Cure Primarie (NCP) presso la Medicina di Comunità dell'Ospedale San Giuseppe di Copparo
ADERENZA AGLI OBIETTIVI REGIONALI	Strategici: completa Operativi: parziale	
MODALITA' ORGANIZZATIVA ALTERNATIVA O INTEGRATIVA SPERIMENTATA DAL PROGETTO	Servizi territoriali con sede territoriale	Assimilabile ad un modello di Assistenza territoriale integrata. Il Nucleo di Cure primarie rappresenta la parte territoriale principale di una rete integrata di servizi e a sua volta costituisce una rete clinica di professionisti ed è la struttura organizzativa di base del Dipartimento di Cure Primarie.
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE	MMG, PLS, MCA, personale medico specialista, personale sanitario non medico, personale non sanitario	
ACCESSIBILITA'	GIORNI DI APERTURA SETTIMANALE	Tra 7/7D e 5/7D
	ORARIO DI APERTURA GIORNALIERA	12/24H
	PRESENZA IN SEDE DI MEDICO E/O INFERMIERE	H12
	COPERTURA TELEFONICA MEDICA E/O INFERMIERISTICA DURANTE L'ORARIO DI CHIUSURA	Presenza, Guardia medica aziendale
	FORMA ASSOCIATIVA	Presenza, strutturale
SISTEMI DI PRIORIZZAZIONE DELL'ACCESSO ALLA STRUTTURA VALUTATA	Assenza	
MECCANISMI OPERATIVI (PROCEDURE) DI COLLEGAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI	Presenza, con il territorio	Possibile invio urgente indagini radiologica o al CUP dedicato o PDA per urgenze differibili Collegamenti con il livello specialistico: percorsi di riferimento per trattamento traumi e coliche renali; meccanismi facilitanti di prenotazione visite; protocolli assistenziali e organizzativi per la presa in carico di pazienti affetti da diabete, scompenso BPCO; audit clinici
TARGET DI ASSISTITA A CUI SI RIVOLGONO I MECCANISMI OPERATIVI	Paziente indifferenziato e paziente cronico	Malattie croniche considerate: diabete, ipertensione, scompenso cardiaco e BPCO
STRUMENTI INFORMATIVI AUTOMATIZZATI: ARCHIVIO INFORMATIZZATO INTERNO ALLA STRUTTURA. SE SI SPECIFICARE SE C'È INTEGRAZIONE	Presenza, archivi interni integrati ad uso clinico-assistenziale e di programmazione e monitoraggio della popolazione assistita.	Esistenza di sistema informativo di collegamento informatizzato che trasferisce informazioni sanitarie agli specialisti ambulatoriali SISTEMA SOLE integrazione tra: scheda sanitaria informatizzata; sistemi aziendali e sistemi applicativi di ospedale; laboratori; diagnostica per immagini e PS SISTEMA SOLE mette in comunicazione: medici; pediatri; strutture amministrative regionali; professionisti dei servizi ospedalieri
STRUMENTI DI DIVULGAZIONE DEL SERVIZIO	Presenza	Locandina; pieghevole e comunicato stampa, incontri con le rappresentanze dei cittadini (comitati consultivi misti)
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	Presenza, con reportistica di dati periodica	

REGIONE LIGURIA

Potenziamento delle Cure primarie e assistenza h24

		SPECIFICHE		
PERIODO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	Durata >24mesi Avvio entro il 31/12/2010	Durata >24mesi Avvio entro il 31/12/2010		
FASE DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	In fase attuativa	In fase attuativa		
CONTINUITÀ PROGETTUALE	Avvio	Sviluppo	Avvio Ambulatori codici di minor gravità gestiti dai MMG presso i PS. dei nosocomi della ASL 2 Sviluppo della medicina in associazione	
ADERENZA AGLI OBIETTIVI REGIONALI	Strategici: completa Operativi: parziale	Strategici: completa Operativi: parziale		
MODALITÀ ORGANIZZATIVA ALTERNATIVA O INTEGRATIVA SPERIMENTATA DAL PROGETTO	Servizi territoriali con sede ospedaliera	Servizi territoriali con sede territoriale		
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE	MMG, PLS, MCA	MMG, PLS, MCA, personale medico specialista, personale sanitario non medico e personale non sanitario		
ACCESSIBILITÀ	GIORNI DI APERTURA SETTIMANALE	7/7D	7/7D	
	ORARIO DI APERTURA GIORNALIERA	12/24H	12/24H	
	PRESENZA IN SEDE DI MEDICO E/O INFERMIERE	H12	H12	
	COPERTURE TELEFONICA MEDICA E/O INFERMIERISTICA DURANTE L'ORARIO DI CHIUSURA	Presenza, amministrativa	Presenza, amministrativa	
	FORMA ASSOCIATIVA	Presenza, strutturale	Presenza, strutturale	
	SISTEMI DI PRIORIZZAZIONE DELL'ACCESSO ALLA STRUTTURA VALUTATA	Assenza	Assenza	
	MECCANISMI OPERATIVI (PROCEDURE) DI COLLEGAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI	Presenza, con il territorio e con l'ospedale	Assenza	
	TARGET DI ASSISTENZA CUI SI RIVOLGONO I MECCANISMI OPERATIVI	Paziente indifferenziato e cronico		
	STRUMENTI INFORMATIVI AUTOMATIZZATI: ARCHIVIO INFORMATIZZATO INTERNO ALLA STRUTTURA. SE SI SPECIFICARE SE C'E' INTEGRAZIONE	Presenza, con archivi separati/non integrati	Presenza, archivi interni integrati ad uso clinico-assistenziale e di programmazione e monitoraggio della popolazione assistita.	SDO; Anagrafe sanitaria; Anagrafe esenzioni; Flusso farmaceutica territoriale; Flusso farmaceutica erogazione diretta; Flusso specialistica ambulatoriale; Flusso pacchetti ambulatoriali complessi; Flusso Pronto Soccorso; CEDAP; Flusso tempi di attesa, prenotato ed erogato; Flusso ADI e RSA. Non vi e' integrazione: disomogeneità tra le aziende in attesa di una standardizzazione del sistema su base regionale; fascicoli informatizzati ma non correlati con registri di patologia Sistema di PC in rete con server in house e software dedicato alla Medicina Generale. Non sono impiegati sistemi informativi specifici
	STRUMENTI DI DIVULGAZIONE DEL SERVIZIO	Presenza	Presenza	Siti aziendali; occasionale uso di strumenti cartacei nelle sedi distrettuali
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	Presenza, non ancora definiti	Presenza, non ancora definiti		

REGIONE LOMBARDIA

Ambulatorio codici minori (COLD): identificazione di un percorso per Pazienti afferenti al PS con codice a bassa priorità d'accesso

		SPECIFICHE
PERIODO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	Durata 24 mesi Avvio > 01/01/2011	
FASE DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	In fase di rimodulazione	
CONTINUITÀ PROGETTUALE	Avvio	Ambulatorio codici minori (COLD) in 2 aziende ospedaliere (A.O Niguarda Cà Granada e presidio di Cantù dell'A.O Sant'Anna di Como) e Rete dei poliambulatori ICP di Milano
ADERENZA AGLI OBIETTIVI REGIONALI	Strategici: completa Operativi: parziale	
MODALITÀ ORGANIZZATIVA ALTERNATIVA O INTEGRATIVA SPERIMENTATA DAL PROGETTO	Servizi ospedalieri	
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE	Personale medico specialista, personale sanitario non medico, personale non sanitario	
ACCESSIBILITÀ	GIORNI DI APERTURA SETTIMANALE	Tra 7/7D e 5/7D
	ORARIO DI APERTURA GIORNALIERA	12/24H
	PRESENZA IN SEDE DI MEDICO E/O INFERMIERE	H12
	COPERTURA TELEFONICA MEDICA E/O INFERMIERISTICA DURANTE L'ORARIO DI CHIUSURA	Assenza
	FORMA ASSOCIATIVA	Assenza
SISTEMI DI PRIORIZZAZIONE DELL'ACCESSO ALLA STRUTTURA VALUTATA	Presenza, con il triage	Protocolli di triage infermieristico, procedure di disponibilità diagnostica e di rientro nell'area di PS (hot), procedura di attivazione di agende dedicate nella rete dei poliambulatori milanesi, procedure di riaffido al MMG, procedure di pagamento ticket sanitario
MECCANISMI OPERATIVI (PROCEDURE) DI COLLEGAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI	Presenza, con il territorio e l'ospedale	
TARGET DI ASSISTENZA CUI SI RIVOLGONO I MECCANISMI OPERATIVI	Paziente indifferenziato	
STRUMENTI INFORMATIVI AUTOMATIZZATI: ARCHIVIO INFORMATIZZATO INTERNO ALLA STRUTTURA. SE SI SPECIFICARE SE C'E' INTEGRAZIONE	Presenza, con archivi interni non integrati	Utilizzo supporto informatico del PS con attribuzione di un codice di competenza che limiti gli accessi alla diagnostica e renda disponibili i percorsi in uscita. Viene accreditata per Niguarda un'apposita stazione di prenotazione su ICP
STRUMENTI DI DIVULGAZIONE DEL SERVIZIO	Assenza	
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	Presenza, con indicatori per ambulatorio e per l'area di emergenza-urgenza	INDICATORI PER L'AMBULATORIO % Pazienti ricoverati % Pazienti che tornano in PS entro 72 ore e sono ricoverati % abbandoni prima della visita % reclami scritti INDICATORI PER L'AREA EMERGENZA-URGENZA % riduzione del tempo di attesa visita secondo codice di gravità risp. standard % riduzione del tempo di permanenza in PS risp. all'anno precedente riduzione dell'attesa del mezzo di soccorso in PS risp. all'anno precedente INDICATORI GENERALI riduzione % delle prestazioni eseguite in urgenza per i codici bianco e 'azzurro'

REGIONE MOLISE

A.DI.TE.Assistenza Distrettuale Territoriale

		SPECIFICHE
PERIODO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	Durata 12 mesi Avvio > 01/01/2011	
FASE DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	In fase attuativa	
CONTINUITÀ PROGETTUALE	Avvio	Attivazione di due ambulatori codici bianchi (Isernia e Venafro)
ADERENZA AGLI OBIETTIVI REGIONALI	Strategici: completa Operativi: parziale	
MODALITÀ ORGANIZZATIVA ALTERNATIVA O INTEGRATIVA SPERIMENTATA DAL PROGETTO	Servizi territoriali con sede ospedaliera	Ambulatori a gestione distrettuale
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE	MCA, personale sanitario non medico, personale non sanitario	
ACCESSIBILITÀ	GIORNI DI APERTURA SETTIMANALE	Tra 7/7D e 5/7D
	ORARIO DI APERTURA GIORNALIERA	12/24H
	PRESENZA IN SEDE DI MEDICO E/O INFERMIERE	H12
	COPERTURA TELEFONICA MEDICA E/O INFERMIERISTICA DURANTE L'ORARIO DI CHIUSURA	Presenza, Guardia medica aziendale
	FORMA ASSOCIATIVA	Assenza
	SISTEMI DI PRIORIZZAZIONE DELL'ACCESSO ALLA STRUTTURA VALUTATA	Assenza
MECCANISMI OPERATIVI (PROCEDURE) DI COLLEGAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI	Assenza	Non ancora realizzato, ma previsto un raccordo funzionale con la Porta Unica di Accesso (interfaccia operativa dei percorsi attivati a livello territoriale) e raccordi con il livello specialistico territoriale ed ospedaliera
TARGET DI ASSISTENZA CUI SI RIVOLGONO I MECCANISMI OPERATIVI		Verranno attivati per: paziente indifferenziato, paziente cronico, paziente non autosufficiente o fragile
STRUMENTI INFORMATIVI AUTOMATIZZATI: ARCHIVIO INFORMATIZZATO INTERNO ALLA STRUTTURA. SE SI SPECIFICARE SE C'E' INTEGRAZIONE	Presenza, con archivi interni non integrati	Cartella sanitaria territoriale per il raccordo tra tutti i percorsi attivati sul territorio con piattaforma web (in corso di predisposizione) Software applicativo per la gestione e rilevazione degli accessi appositamente definito
STRUMENTI DI DIVULGAZIONE DEL SERVIZIO	Presenza	Opuscoli dedicati; pubblicazioni sul sito web aziendale; comunicati stampa
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	Presenza, con monitoraggio degli accessi al PS e rilevazione accessi da software	Strumenti di valutazione previsti Attività di monitoraggio mediante rilevazione dei codici bianchi registrati nei PS (utilizzo flussi EMUR inviati al Ministero). Attività di monitoraggio attraverso la rilevazione degli accessi estrapolati dal software applicativo appositamente definito. Elaborazione e distribuzione di questionari per la valutazione della Customer Satisfaction. Tasso accessi ripetuti. Rapporto prestazioni di urgenza e prestazioni di particolare impegno professionale. Numero di richieste prestazioni specialistiche. Educazione degli utenti al corretto utilizzo dei servizi di emergenza urgenza. Corretta valutazione dell'invio in PS dei pazienti non corrispondente ad una valutazione codici bianchi

REGIONE PUGLIA

Potenziamento delle forme evolute di associazione

SPECIFICHE

PERIODO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	Durata 24 mesi Avvio entro 31/12/2010	
FASE DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	In fase attuativa	
CONTINUITÀ PROGETTUALE	Sviluppo	
ADERENZA AGLI OBIETTIVI REGIONALI	Strategici: completa Operativi: parziale	
MODALITÀ ORGANIZZATIVA ALTERNATIVA O INTEGRATIVA SPERIMENTATA DAL PROGETTO	Servizi territoriali con sede territoriale	
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE	MMG, PLS, personale sanitario non medico, personale non sanitario	
ACCESSIBILITÀ	GIORNI DI APERTURA SETTIMANALE	Tra 7/7D e 5/7D
	ORARIO DI APERTURA GIORNALIERA	12/24H
	PRESENZA IN SEDE DI MEDICO E/O INFERMIERE	H12
	COPERTURA TELEFONICA MEDICA E/O INFERMIERISTICA DURANTE L'ORARIO DI CHIUSURA	Assenza
	FORMA ASSOCIATIVA	Presenza, strutturale
	SISTEMI DI PRIORIZZAZIONE DELL'ACCESSO ALLA STRUTTURA VALUTATA	Assenza
MECCANISMI OPERATIVI (PROCEDURE) DI COLLEGAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI	Presenza, con il territorio	PUA (Porta Unica di Accesso), Valutazione Multidimensionale per valutazione di bisogni sanitari e socio-sanitari complessi, Progetto Nardino per la presa in carico di pazienti cronici
TARGET DI ASSISTENZA A CUI SI RIVOLGONO I MECCANISMI OPERATIVI	Paziente indifferenziato, paziente cronico, paziente non autosufficiente o fragile	
STRUMENTI INFORMATIVI AUTOMATIZZATI: ARCHIVIO INFORMATIZZATO INTERNO ALLA STRUTTURA. SE SI SPECIFICARE SE C'E' INTEGRAZIONE	Presenza, con archivi interni non integrati	
STRUMENTI DI DIVULGAZIONE DEL SERVIZIO	Presenza	Poster e locandine informative affisse presso gli studi medici
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	Presenza, ma con indicatori non ancora definiti	

REGIONE SICILIA

Realizzazione Punti di Primo Intervento (PPI)

		SPECIFICHE	
PERIODO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	Durata 24 mesi Avvio > 01/01/2011		
FASE DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	In fase attuativa	Realizzazione di 62 PPI (punti di primo intervento) entro un anno, collegati alla specialistica ambulatoriale, agli ambulatori infermieristici ed agli ambulatori di gestione integrata	
CONTINUITÀ PROGETTUALE	Avvio		
ADERENZA AGLI OBIETTIVI REGIONALI	Strategici: completa Operativi: parziale		
MODALITÀ ORGANIZZATIVA ALTERNATIVA O INTEGRATIVA SPERIMENTATA DAL PROGETTO	Servizi territoriali con sede territoriale	I PPI possono essere collegati con i PS secondo protocolli definiti, in alcuni casi assolvendo anche alla funzione di "Ambulatori Codici Bianchi".	
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE	MCA		
ACCESSIBILITÀ	GIORNI DI APERTURA SETTIMANALE	5/7D (in un caso 7/7D)	
	ORARIO DI APERTURA GIORNALIERA	12/24H	
	PRESENZA IN SEDE DI MEDICO E/O INFERMIERE	H12	
	COPERTURA TELEFONICA MEDICA E/O INFERMIERISTICA DURANTE L'ORARIO DI CHIUSURA	Assenza	È stato presentato un progetto relativo all'integrazione tra un call centre di Continuità Assistenziale e la Centrale Operativa 118
	FORMA ASSOCIATIVA	Assente	I PPI sono prevalentemente ubicati all'interno dei PTA o dei poliambulatori, di solito nella stessa sede del presidio di continuità assistenziale
SISTEMI DI PRIORIZZAZIONE DELL'ACCESSO ALLA STRUTTURA VALUTATA	Parziale presenza	I pazienti possono: a) accedere direttamente; b) essere inviati al PPI dal MMG; c) essere inviati al PPI dopo filtro del triage del PS ove adottati specifici protocolli.	
MECCANISMI OPERATIVI (PROCEDURE) DI COLLEGAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI	Presenza, con altri servizi del territorio	Integrazione con PUA alle Cure Primarie, ambulatori infermieristici, servizi specialistici e diagnostici	
TARGET DI ASSISTENZA CUI SI RIVOLGONO I MECCANISMI OPERATIVI	Paziente indifferenziato		
STRUMENTI INFORMATIVI AUTOMATIZZATI: ARCHIVIO INFORMATIZZATO INTERNO ALLA STRUTTURA. SE SI SPECIFICARE SE C'È INTEGRAZIONE	Presenza, archivi interni integrati ad uso clinico-assistenziale e di programmazione e monitoraggio della popolazione assistita.	I PPI registrano gli accessi su supporto cartaceo o elettronico. I PPI collegati ad alcuni Pronto Soccorso non sono collegati ad altri servizi in rete. È in fase ancora progettuale la cartella di distretto, che dovrebbe permettere il collegamento tra tutti i servizi distrettuali e - tramite "broker" - con la Medicina generale e gli ospedali, ma è prevista inizialmente solo per i pazienti cronici	
STRUMENTI DI DIVULGAZIONE DEL SERVIZIO	Presenza	Opuscolo e poster informativi in alcune aziende	
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	Presenza, con reportistica con indicatori di performance della struttura		

REGIONE TOSCANA

Progetto per l'implementazione del modello assistenziale Casa della Salute in Regione Toscana
- Casa della Salute di Empoli

		SPECIFICHE
PERIODO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		Durata >24 mesi Avvio entro il 31/12/2010
FASE DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		In fase attuativa
CONTINUITÀ PROGETTUALE		Sviluppo Sviluppo e possibile sperimentazione di Unità Complessa Cure Primarie (art. 26 ACN Medicina Generale)
ADERENZA AGLI OBIETTIVI REGIONALI		Strategici: completa Operativi: parziale
MODALITÀ ORGANIZZATIVA ALTERNATIVA O INTEGRATIVA SPERIMENTATA DAL PROGETTO		Servizi territoriali con sede territoriale Casa della Salute di Empoli
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE		MMG, PLS, MCA, personale medico specialista, personale sanitario non medico, personale non sanitario
ACCESSIBILITÀ	GIORNI DI APERTURA SETTIMANALE	7/7D
	ORARIO DI APERTURA GIORNALIERA	24/24H
	PRESENZA IN SEDE DI MEDICO E/O INFERMIERE	h24
	COPERTURA TELEFONICA MEDICA E/O INFERMIERISTICA DURANTE L'ORARIO DI CHIUSURA	Il servizio non chiude
	FORMA ASSOCIATIVA	Presenza, strutturale
SISTEMI DI PRIORIZZAZIONE DELL'ACCESSO ALLA STRUTTURA VALUTATA		Presenza, con meccanismi di prioritizzazione interni MMG: Appuntamento SCREENING E SANITA' DI INIZIATIVA: Inviti personalizzati VISITE SPECIALISTICHE: Appuntamenti CUP e codici di priorità (breve, differito, controllo) È previsto anche l'accesso giornaliero senza appuntamento. Per urgenze, essendo la struttura un "gruppo" della Medicina Generale, ciascun paziente si può rivolgere anche ad un altro medico se il suo dottore è molto impegnato o assente. Tutti condividono le cartelle cliniche dei pazienti
MECCANISMI OPERATIVI (PROCEDURE) DI COLLEGAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI		Presenza, con il territorio PDTA attivi in tutta la AUSL La Casa della Salute si inserisce tra tutte le strutture territoriali gestite e coordinate dal PUA-UVM
TARGET DI ASSISTENZA CUI SI RIVOLGONO I MECCANISMI OPERATIVI		Paziente cronico
STRUMENTI INFORMATIVI AUTOMATIZZATI: ARCHIVIO INFORMATIZZATO INTERNO ALLA STRUTTURA. SE SI SPECIFICARE SE C'È INTEGRAZIONE		Presenza, archivi interni integrati ad uso clinico-assistenziale e di programmazione e monitoraggio della popolazione assistita. Utilizzo di Millewin e scheda sanitaria informatizzata. Integrazione per visualizzazione di esami di laboratorio. Registri di fragilità e patologia. Per diabete e BPCO integrazione tra scheda MMG e infermieri
STRUMENTI DI DIVULGAZIONE DEL SERVIZIO		Assenza
STRUMENTI DI VALUTAZIONE		Presenza, con indicatori di performance e esito

REGIONE VENETO

Rafforzamento dell'assistenza territoriale tramite le Cure Primarie

		SPECIFICHE
PERIODO DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	Durata >24 mesi Avvio > 01/01/2011	
FASE DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	In fase attuativa	
CONTINUITÀ PROGETTUALE	Sviluppo	Sviluppo: - Rete delle Medicine di Gruppo Integrate - Attivazione di 3 AFT per ciascun Distretto Distretto che gestisce operativamente la filiera dell'assistenza
ADERENZA AGLI OBIETTIVI REGIONALI	Strategici: completa Operativi: parziale	
MODALITÀ ORGANIZZATIVA ALTERNATIVA O INTEGRATIVA SPERIMENTATA DAL PROGETTO	Servizi territoriali con sede territoriale	Aggregazioni Funzionali Territoriali e Medicine di Gruppo Integrate
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE	MMG, PLS, MCA, personale medico specialista, personale sanitario non medico, personale non sanitario	
ACCESSIBILITÀ	GIORNI DI APERTURA SETTIMANALE	Tra 7/7D e 5/7D
	ORARIO DI APERTURA GIORNALIERA	12/24H
	PRESENZA IN SEDE DI MEDICO E/O INFERMIERE	<H12
	COPERTURA TELEFONICA MEDICA E/O INFERMIERISTICA DURANTE L'ORARIO DI CHIUSURA	Presenza, Guardia medica aziendale
	FORMA ASSOCIATIVA	Presenza, funzionale
SISTEMI DI PRIORIZZAZIONE DELL'ACCESSO ALLA STRUTTURA VALUTATA	Assenza	
MECCANISMI OPERATIVI (PROCEDURE) DI COLLEGAMENTO CON GLI ALTRI SERVIZI	Presenza, con il territorio	Con progetti principalmente di ADI e rivolti a non autosufficienti. Possibilità di fissare appuntamenti tramite CUP per pz fragili
TARGET DI ASSISTITI A CUI SI RIVOLGONO I MECCANISMI OPERATIVI	Paziente indifferenziato, paziente cronico, paziente non autosufficiente o fragile	
STRUMENTI INFORMATIVI AUTOMATIZZATI: ARCHIVIO INFORMATIZZATO INTERNO ALLA STRUTTURA. SE SI SPECIFICARE SE C'È INTEGRAZIONE	Presenza, archivi interni integrati ad uso clinico-assistenziale e di programmazione e monitoraggio della popolazione assistita.	Rete orizzontale (collegamento tra i medici della forma associativa; condivisione delle informazioni cliniche degli assistiti) Rete verticale: integrazione con il sistema informativo dell'azienda sanitaria Il sistema informativo della Medicina di Gruppo Integrate verrà ulteriormente sviluppato nelle fasi successive del progetto.
STRUMENTI DI DIVULGAZIONE DEL SERVIZIO	Presenza	Comunicati stampa; ogni Medicina di Gruppo integrata dovrà dotarsi, per una corretta comunicazione con gli assistiti, di una Carta dei Valori e dei Servizi
STRUMENTI DI VALUTAZIONE	Presenza, da individuare	Un Organismo Tecnico individuerà metodologie e strumenti per la rilevazione delle attività svolte

RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI

Aspetti normativi su Assistenza primaria, Medicina generale e Pronto soccorso

130

I QUADERNI DI **MOX**

di **Leonilda Bugliari Armenio, Sara Catania, Mariadonata Bellentani**

Sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari, Agenas

Il dibattito politico e istituzionale sviluppatosi nell'ultimo decennio ha messo in luce la necessità di procedere ad un ammodernamento, razionalizzazione e crescita nel sistema delle Cure primarie, nonché alla definizione di un nuovo progetto di medicina del territorio. Il quadro risulta profondamente modificato con le iniziative legislative intervenute nel 2001 (modifica del titolo V, Parte II della Costituzione) e l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 che hanno disegnato un nuovo modello di collaborazione tra lo Stato e le Regioni. In realtà, il decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni fa parte da tempo degli obiettivi della sanità italiana ed era già presente fra le linee ispiratrici della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del Servizio sanitario nazionale (Ssn), come del riordino degli anni Novanta, nell'ambito del quale veniva riconosciuto alla Regione un ruolo fondamentale nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

La Legge costituzionale sopra citata ha introdotto i principi della potestà di legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni e della potestà regolamentare delle Regioni in materia di sanità.

Rientrano nella competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (art. 117, co. 2, lett. m), definiti secondo quanto stabi-

lito nel novembre 2001 a stralcio del Piano sanitario nazionale con le procedure previste dal Decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito poi nella Legge 16 novembre 2001, n. 405, ferma restando la tutela della salute che la Repubblica garantisce ai sensi dell'art. 32 della Costituzione. In altri termini, lo Stato formula i principi fondamentali, ma non interviene sulle modalità di attuazione di questi principi ed obiettivi, perché ciò diviene competenza esclusiva delle Regioni. Si consolida, in tal modo, un meccanismo di coordinamento tra Stato e Regioni che, se pur bisognoso dei necessari aggiustamenti suggeriti di volta in volta dall'esperienza attuativa, è destinato a caratterizzare la sanità del nostro Paese.

Il Ssn è nato nel 1978 attribuendo il valore fondamentale all'Assistenza primaria in attuazione alla Dichiarazione di Alma Ata. Nella Conferenza di Alma-Ata dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, svoltasi il 6-12 settembre 1978 in Kazakistan, si affermavano infatti alcuni importanti principi: "L'assistenza sanitaria primaria è la chiave di volta per il raggiungimento dell'obiettivo di dare a tutti i popoli del mondo un adeguato livello di salute...", ribadendo che "L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. ...Essa rappresenta il primo livello di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario in un quadro di effettiva partecipazione". A par-

tire dalla Dichiarazione di Alma Ata, molte sono state le dichiarazioni di centralità dell'Assistenza sanitaria primaria, che ha avuto nel tempo diverse fasi di evoluzione, ed ancora oggi l'Oms riporta all'attenzione dei diversi Paesi la necessità di richiamarsi fortemente a questo obiettivo.

Tale centralità si è sviluppata e rafforzata nel tempo con Carte e Dichiarazioni ufficiali internazionali da Ottawa nel 1986 a Lubiana 1996, a Bangkok 2005, fino alla recente Carta di Tallin dedicata agli *"Health Systems for Health and Wealth"* del 2008. Il Rapporto dell'Oms 2008 intitolato *"Primary Health Care. Now More Than Ever"* riprende i principi di equità, solidarietà e giustizia sociale già affermati nella Dichiarazione di Alma Ata e sostiene fortemente la necessità di implementarli, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, sulla base del principio *"salute come diritto, per ogni persona, come strumento fondamentale di eguaglianza e di sviluppo socio-culturale di ogni Stato"*.

Il Servizio sanitario nazionale, ispirandosi a questi principi, a partire dalla sua istituzione, prevedeva la necessità di garantire l'unitarietà della gestione e del governo dei servizi sanitari nell'Unità sanitaria locale e di portare i servizi il più vicino possibile al luogo di vita delle persone, con una medicina primaria diffusa sul territorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale.

La Legge n. 833/1978 ha di conseguenza proposto un modello di Assistenza primaria fondato sul "Medico generale" scelto liberamente dal cittadino e collegato allo stesso da un rapporto giuridico peculiare, il "convenzionamento".

Fin dal 1978 tutta la Medicina Generale viene inserita all'interno del "Distretto", ossia della articolazione organizzativa dell'Unità sanitaria locale sul territorio.

La funzione del Distretto è divenuta ben più ampia con la riforma del Servizio sanitario nazionale operata negli anni Novanta, che risulta fortemente improntata dalla ricerca di strumenti di maggiore efficienza e di razionalizzazione delle spese. Il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.

502, successivamente modificato dal Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ha fornito le prime indicazioni sul Distretto nell'ambito di un processo di riforma del Servizio sanitario basato sui principi di regionalizzazione ed aziendalizzazione.

Il Distretto cambia significato, collocandosi all'interno di Usl che si trasformano in Aziende e con dimensioni "di norma" provinciali, ben più ampie di quelle previste dalla Legge n. 833/1978. Il decreto contiene un solo riferimento al Distretto, all'art. 3, co. 5, dove stabilisce che *"spetta alla Regione disciplinare le modalità organizzative e di funzionamento delle Aziende Usl, definendo, tra l'altro, l'articolazione delle Usl in Distretti"*.

Il riferimento previsto nella riforma del 1992 fa assumere una funzione del tutto nuova al Distretto, che come i presidi ospedalieri e il dipartimento di prevenzione, dovrà essere un centro di governo e non solo di erogazione di servizi; dovrà, pertanto, portare i servizi il più possibile vicino ai luoghi di vita delle persone e cercare di dare risposta ad un bisogno di integrazione socio-sanitaria che nel D.lgs. n. 502/1992 non è affrontata in modo specifico. La definizione dei Distretti come articolazioni delle Usl senza specificarne le caratteristiche organizzative ha rappresentato un limite che in molti casi ha determinato l'istituzione di Distretti sanitari sul piano formale senza prevedere un'effettiva autonomia operativa e gestionale.

Il D.lgs. n. 502/1992, nell'intento di separare la funzione politica da quella direzionale, esclude i Comuni dalla gestione delle Aziende sanitarie come era previsto dalla Legge n. 833/1978.

Lo stesso D.lgs. n. 502/1992, all'art. 8, disciplinava il rapporto tra il Ssn e i professionisti convenzionati, confermando l'impianto di fondo legato alla stipula di appositi accordi collettivi nazionali e prevedendo alcune novità, tra cui l'individuazione di una parte di compenso variabile, collegata non alla quota capitaria per assistito ma al conseguimento di concordati obiettivi di tutela della salute, nonché al rispetto di concordati li-

velli di spesa per assistito, tenendo conto dei livelli di spesa direttamente indotti dallo stesso Mmg/Pls e di quelli indotti da altri professionisti e strutture specialistiche e di ricovero. Si prevedeva anche la promozione di forme gradualità di associazionismo medico. Tutti questi elementi dovevano trovare uno sviluppo negli Accordi collettivi nazionali e anche negli Accordi decentrati di livello regionale.

Nascevano, nel decennio successivo alla riforma, esperienze significative di Distretto in diverse Regioni, che miravano anche ad individuare strumenti per rendere più effettiva l'integrazione con la Medicina generale.

In quest'ambito grande importanza hanno assunto gli Accordi collettivi nazionali stipulati nel 1996 (si fa riferimento al DPR n. 484 del 22 luglio 1996 per la Medicina generale e al DPR 613 del 21 ottobre 1996 per la Pediatria di libera scelta). Tuttavia, malgrado l'enfasi della letteratura e della normativa nazionale e regionale, spesso i Distretti risultavano articolazioni deboli, contrassegnate dall'eterogeneità nelle funzioni e dei modelli organizzativi adottati a livello locale, ma soprattutto da una comune difficoltà di riconoscimento di ruolo e risorse rispetto all'ospedale, la cui centralità nel sistema sanitario risultava di fatto incontrastata.

Il processo di riforma della sanità italiana si è di fatto concentrato, fino agli anni 1998-1999, sullo sviluppo della aziendalizzazione (costituzione delle Aziende Usl e delle Aziende ospedaliere), nell'intento di trarre dall'economia imprenditoriale i principi di management, sottolineando le potenzialità di questi principi nello sviluppo del sistema sanitario.

È un processo che ha coinvolto principalmente i dipendenti delle aziende sanitarie, mentre le categorie professionali legate da rapporto convenzionale sono state influenzate solo in parte da questi cambiamenti.

Di conseguenza, fino alla seconda metà degli anni Novanta, l'Italia si è contraddistinta da un modello di Assistenza primaria centrato sulla singo-

la figura del medico generalista, scelto liberamente dal paziente e incaricato di fornire l'assistenza di base, compresa la prescrizione dei farmaci, nonché di guidare il paziente nell'accesso alle prestazioni specialistiche ed ospedaliere, di promuovere la salute e più in generale di coordinare gli interventi assistenziali attraverso rapporti personali e continuativi con i propri assistiti.

Il Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e s.m.i., segna una svolta per la sanità del territorio attribuendo al Distretto l'autonomia indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di salute. La parte del decreto riferita ai servizi territoriali è divenuta componente determinante degli strumenti normativi per il completamento dell'aziendalizzazione.

Il D.lgs. n. 229/1999 – pur demandando alle Regioni l'organizzazione distrettuale – rappresenta il primo quadro organico di riferimento legislativo sul Distretto, al quale dedica una serie di norme definendone alcuni principi fondamentali (art. 3 quater e ss.), dotando il Distretto di una forte connotazione organizzativa e valorizzando la riorganizzazione della medicina nel territorio. L'art. 3 quinquies prevede che le Regioni disciplinino l'organizzazione del Distretto in modo da garantire l'Assistenza primaria e la continuità assistenziale mediante l'approccio multidisciplinare tra Mmg, pls, servizi di guardia medica e presidi specialistici ambulatoriali. Rilevante è il collegamento tra Medici di Medicina generale e i pediatri di libera scelta con le strutture ospedaliere e specialistiche al fine di garantire ai pazienti un corretto percorso assistenziale. Il D.lgs. n. 229/1999 sviluppa le indicazioni già contenute nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, con il chiaro intento di rafforzare le funzioni del Distretto, sia come punto di riferimento per i cittadini per l'accesso ai servizi della Asl sia come nodo essenziale ed unificante della rete dei servizi sanitari e socio-assistenziali territoriali; nonché come "luogo naturale" dell'integrazione socio-sanitaria.

Negli anni successivi alla riforma del 1999, particolare rilevanza assume la modifica del Titolo V,

Parte II, della Costituzione, avvenuta con la Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 la quale ha favorito una forte diversificazione nell'organizzazione sanitaria a livello regionale con un maggior riconoscimento dell'autonomia regionale e locale al livello più alto dell'ordinamento. La definizione e le scelte sul Distretto e sull'Assistenza primaria, come ogni altro aspetto dell'organizzazione dei servizi sanitari, spettano alle Regioni, e l'attenzione si sposta su come garantire ai cittadini, dovunque essi si trovino, le prestazioni sanitarie e sociosanitarie rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (Lea).

La necessità di implementare la rete assistenziale ha rappresentato negli ultimi anni uno dei principali obiettivi del Servizio sanitario nazionale che ha visto le scelte di programmazione sanitaria finalizzate da un lato al cambiamento del ruolo dell'ospedale e dall'altro alla riorganizzazione delle attività assistenziali territoriali attraverso l'individuazione di modelli organizzativi basati sull'integrazione professionale.

Sul tema del riordino dell'Assistenza primaria, la programmazione nazionale sta sviluppando una serie di priorità, evidenziate in alcuni documenti, quali gli Accordi Stato-Regioni sugli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale (Accordo 25 marzo 2009 per l'anno 2009; Accordo 8 luglio 2010 per l'anno 2010; Accordo 20 aprile 2011 per l'anno 2011). In particolare, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2011, ad integrazione del precedente Accordo Stato-Regioni del 20 aprile 2011, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011, ha previsto l'implementazione della continuità delle cure mediante l'integrazione del servizio di Continuità Assistenziale con il Sistema 118 per lo sviluppo di nuovi percorsi organizzativi integrati con l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri, razionalizzare le risorse presenti sul territorio e rispondere ai bisogni di salute della popolazione. L'integrazione del servizio di Continuità Assistenziale con il Sistema 118 dovrà consentire di intercettare preventivamente i codici

bianchi e verdi e di inviarli, laddove possibile, ai servizi distrettuali (Medicina generale, assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale, farmacia) assicurando al cittadino la continuità dell'assistenza.

Più recentemente i temi del riordino delle Cure primarie e del sistema di emergenza/urgenza sono all'esame di appositi tavoli nazionali. Tale riordino riguarda la promozione di forme associative "evolute" della Medicina generale, che implicano il lavoro in équipe multi professionali per la gestione delle persone con bisogno sociosanitario complesso; il coordinamento di tali forme associative nell'ambito della governance del Distretto; la garanzia di una rete differenziata di servizi sul territorio con assistenza h24 per fornire una risposta più appropriata e ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso.

A tal fine è intervenuta la Legge 8 novembre 2012, n. 189 (di conversione del Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158) che, nel modificare l'art. 8, co. 1 del D.lgs. n. 502/1992 in materia di disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali, ha definito i principi fondamentali per il riordino del sistema dell'Assistenza Territoriale.

In particolare, l'art. 1 della legge n. 189 del 2012 sul riordino dell'Assistenza territoriale prevede che le Regioni organizzano l'Assistenza primaria secondo modalità operative monoprofessionali denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e forme organizzative multiprofessionali denominate unità complesse di Cure primarie (UCCP); queste ultime erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Ssn, degli infermieri, delle ostetriche, delle tecniche della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Le Regioni, nel disciplinare le UCCP, privilegiano la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base e aperti h24, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

Le Regioni, attraverso sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria nonché la partecipazione attiva all'implementazione della ricetta elettronica. Le AFT e le UCCP erogano l'Assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Ssn. Le Regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, nelle medesime strutture sulla base della convenzione nazionale, anche di personale dipendente del Ssn in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'Assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.

Il personale convenzionato è costituito dai Medici di Medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i Medici di Medicina generale è istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali.

Le attività e le funzioni disciplinate dall'Accordo Collettivo Nazionale sono individuate tra quelle previste nei Lea nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Ssn, fatto salvo quanto previsto dalle singole Regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale. Nell'ambito del Patto della salute vengono definite modalità, criteri e procedure per valorizzare, ai fini della formazione specifica in Medicina generale, l'attività remunerata svolta dai medici in formazione presso i servizi dell'azienda sanitaria e della medicina convenzionata. L'art. 1 della legge n. 189 prevede, inoltre, l'adeguamento degli Accordi Collettivi Nazionali che disciplinano i rapporti con i Mmg, pls e gli specialisti ambulatoriali e dei relativi accordi regionali attuativi, nonché la possibilità per le Regioni – previo confronto con le organizzazioni sindacali – di avviare processi di mobilità del personale dipendente dalle aziende sanitarie con ricollocazione del personale presso altre aziende sanitarie della Regione anche al di

fuori dell'ambito provinciale al fine di riorganizzare la rete assistenziale.

OBIETTIVI PRIORITARI NEI PIANI SANITARI NAZIONALI

La tematica degli obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale (Psn) è stata affrontata anche da tutti i Piani sanitari nazionali emanati a partire dai Psn 1994-1996 e 1998-2000, nei quali il Distretto viene caratterizzato come un centro di servizi e prestazioni in cui la domanda di cure viene affrontata in modo unitario e globale. Un essenziale momento di passaggio è costituito dal Psn 1998-2000 che inserisce il Distretto nell'ambito delle fondamentali strategie di cambiamento del Servizio sanitario nazionale, chiarendo alcuni degli aspetti di maggiore incertezza sull'identità e sul ruolo del Distretto, nonché sul modello organizzativo e funzionale dello stesso.

Il Psn 1998/2000, centrato sulla prevenzione e sulla esigenza di equilibrio tra i livelli di Assistenza territoriale, di prevenzione e di ospedalità, ha dato forte impulso alla deospedalizzazione e alla creazione di una reale rete di servizi territoriali, tanto da operare un sostanziale passaggio in quanto prevede che al territorio vadano dedicate più risorse di quelle previste per l'ospedale e per rafforzare l'unitarietà degli interventi sul territorio; per la prima volta ricomponne tutte le attività territoriali in un unico Livello essenziale di assistenza (Lea distrettuale) superando la logica del Psn 1994-1996 che prevedeva tre livelli: assistenza sanitaria di base; specialistica semiresidenziale e territoriale; residenziale per non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati. La scelta di ricondurre ad unitarietà tutte le attività territoriali nel livello distrettuale, superando la ripartizione in tre livelli delle attività territoriali prevista dal precedente Piano sanitario nazionale, intende agevolare l'effettiva realizzazione di una rete dei servizi territoriali centrata sul Distretto. Il Piano va oltre questa indicazione, prevedendo che si operi un nuovo equilibrio tra attività e risorse dedicate all'ospedale e quelle dedicate al Distretto: per la pri-

ma volta si prevede che al territorio vanno dedicate più risorse di quelle previste per l'ospedale. Il Psn 2003-2005 approvato con D.P.R. 23 maggio 2003 è il primo Piano dopo il riassetto istituzionale dei poteri tra Stato, Regioni ed Enti locali operato con la riforma del Titolo V, Parte II della Costituzione che individua principi e obiettivi fondamentali del sistema sanitario, riconoscendo che spetta alle Regioni e agli Enti locali lo sviluppo e l'organizzazione del sistema operativo per realizzarli.

Per i servizi sanitari territoriali, il Psn individua due obiettivi di specifico rilievo:

1. “*promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari*”;
2. “*promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili*”.

Il Piano, con il primo obiettivo, rileva la necessità di superare la logica di sanità ospedalocentrica e a tal fine prevede l'individuazione di un nuovo assetto dei servizi territoriali, che individui anche soluzioni innovative, organizzative e gestionali per orientare diversamente la domanda di prestazioni e garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Lea. Il Piano indica alcuni elementi essenziali del nuovo assetto: una medicina del territorio riportata al centro del sistema con i Medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta chiamati a partecipare agli obiettivi di salute e a governare i percorsi di cura; un sistema di offerta di servizi territoriali corretta e razionale; una stretta integrazione tra servizi sanitari e sociali; una reinterpretazione del rapporto tra territorio ed ospedale affrontando i connessi temi delle liste di attesa, il sottoutilizzo e l'utilizzo improprio di risorse nel sistema. Con il secondo obiettivo, invece, prevede lo sviluppo di interventi preventivi volti a limitare le disabilità e il potenziamento delle cure domiciliari ed altre forme di sostegno alla famiglia.

Inoltre, il Psn 2003-2005 ed ancor più il successivo Psn 2006-2008, chiedono al sistema la capa-

bilità di innovarsi, a partire dalla Primary care, tradotta come “Cure primarie”, che mira a cogliere tutta la ricchezza del concetto nel mondo anglosassone e che comprende l'integrazione socio-sanitaria e le diverse tipologie di assistenza (da quella domiciliare a quella semiresidenziale e residenziale).

Il Ministero della Salute periodicamente definisce obiettivi prioritari di Psn sostenute da specifiche risorse finanziarie fino al 3% del Fondo sanitario nazionale ai sensi dell'art. 1, co. 34, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 cui le Regioni accedono previa presentazione di specifici progetti. In particolare, l'Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004, nel fornire indicazioni per la formulazione dei progetti da parte delle Regioni, allega un documento tecnico con indicazioni orientative sulla costituzione delle Unità territoriali di assistenza primaria (Utap). Questa è intesa come organismo operativo distrettuale e struttura territoriale ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.

Il successivo Psn 2006-2008 approvato con il D.P.R. 7 aprile 2006 afferma che un importante ambito di rinnovamento del Ssn è la riorganizzazione delle Cure primarie delle quali va accelerato il processo di riassetto organizzativo e funzionale che comporti un maggiore coinvolgimento dei Medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli all'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio.

Il Piano sottolinea, inoltre, la necessità di completare l'offerta dei servizi nel raccordo ospedale-territorio, con il rafforzamento delle cure intermedie (*intermediate health care*) e lo sviluppo, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'ospedale di comunità.

Con lo stesso Psn 2006-2008 si mira a rafforzare l'integrazione del Mmg/pls nel sistema promuovendo lo sviluppo delle forme aggregative

innovative della Medicina generale, quali le équipe territoriali e i nuclei o Unità di Cure primarie fino alle Unità territoriali di assistenza primaria (Utap), ispirandosi chiaramente al modello del “*Primary care trust*”. Il Piano, inoltre, stabilisce che le Regioni attribuiscano ancora più risorse finanziarie all’Assistenza Territoriale, fino a raggiungere questi parametri tendenziali: 51% assistenza distrettuale; 44% assistenza ospedaliera; 5% prevenzione.

L’ultimo atto normativo di riferimento è rappresentato dal Documento di proposta di Psn 2011–2013, approvato dalla Conferenza Unificata il 22 settembre 2011 (in fase di definizione), il quale sottolinea la centralità delle Cure primarie e delle strutture territoriali.

In particolare, la proposta di Psn 2011–2013 precisa che la funzione delle Cure primarie deve essere riconosciuta sia nelle strategie aziendali che nella programmazione regionale.

Il Documento di Psn 2011–2013 prevede, inoltre, che spetti alla programmazione regionale la definizione dei modelli organizzativi delle Cure primarie più rispondenti ai bisogni del proprio territorio.

Ai fini del miglioramento della qualità delle Cure primarie nel Distretto, il Psn 2011–2013 prevede il ricorso a:

- Leve di governance (dimensione strategica) quali:
- strumenti di programmazione territoriale/distrettuale (PAL/PAT);
 - accordi con la medicina convenzionata;
 - processo di valutazione e di miglioramento continuo delle Cure primarie.
- Leve di gestione (dimensione operativa), quali:
 - forme organizzative, tra le quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (ACN 2009 e ACN 2010), che comprendono al proprio interno le medicine di gruppo;
 - sistema di monitoraggio;
 - processi d’integrazione sia a livello di coordinamento (percorsi diagnostico-terapeutici, integrazione tra ospedale e territorio, integrazione socio-sanitaria) sia a livello informati-

co/informativo (ACN 2009 e ACN 2010);
– formazione continua.

Lo stesso Documento di Piano per quanto riguarda la continuità delle cure e l’integrazione ospedale-territorio promuove la costituzione di team multidimensionali per la gestione della cronicità, precisando che il medico di Medicina Generale è parte integrante e fondamentale del team. Anche nella gestione integrata delle cronicità il Mmg è il principale referente e corresponsabile della presa in carico e del percorso diagnostico terapeutico più appropriato per il paziente stesso. La gestione della cronicità può prevedere un’organizzazione territoriale che comprenda la possibilità di disporre posti letto territoriali/servizi residenziali gestiti da Mmg e personale infermieristico, all’interno di apposite strutture di Cure intermedie, e al contempo percorsi dedicati per il ricovero ospedaliero.

Il coordinamento e l’integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale vengono garantiti dal Distretto al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle Cure primarie (Mmg e altre professionalità convenzionate).

Il Distretto rappresenta, inoltre, l’interlocutore degli Enti locali ed esercita tale funzione in modo coordinato con le politiche aziendali.

INDICAZIONI DEI PATTI PER LA SALUTE

Una scelta che caratterizza il Patto per la salute 2006–2009, di cui all’Intesa Stato-regioni del 5 ottobre 2006 che – nell’intento di rafforzare l’Assistenza Territoriale come “secondo pilastro della sanità” – al fine del miglioramento delle prestazioni del Ssn, richiede un significativo rafforzamento dell’attività di prevenzione, la riorganizzazione e il potenziamento delle Cure primarie, nonché lo sviluppo dell’integrazione socio-sanitaria, a cominciare dall’assistenza ai non autosufficienti.

Tra le tematiche di particolare rilevanza per il Servizio sanitario, il Patto per la salute 2006-2009 ribadisce che per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino/paziente – oltre a generalizzare le già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Utap – è necessario promuovere ulteriori forme e modalità erogative dell'insieme delle Cure primarie, attraverso l'integrazione dei medici di famiglia tra di loro e con la realtà distrettuale, con i medici della continuità assistenziale e con i medici del 118, anche allo scopo di migliorare le varie forme di assistenza domiciliare.

Il Patto per la salute 2010-2012 di cui all'Intesa Stato-regioni del 3 dicembre 2009 all'art. 9 dispone che nelle singole Regioni e Province autonome – al fine di promuovere un'adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti – la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei Lea; inoltre, l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale effettuata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

La proposta di definizione del nuovo Patto per la Salute 2013-2015 ha il fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza e i servizi resi ai cittadini, riequilibrare l'ospedale e il territorio e assicurare l'equilibrio economico in un contesto di risorse scarse. Tra le linee di indirizzo definite dalle Regioni (a gennaio 2012) vi è il *riordino del settore delle Cure primarie*, per il quale le Regioni e le Province autonome, condividendo il modello multi professionale funzionale all'erogazione dell'Assistenza primaria, si impegnano ad adottare provvedimenti in merito a: realizzazio-

ne/consolidamento delle équipe multi professionali territoriali; realizzazione di strutture territoriali di riferimento e ambulatori a gestione infermieristica per le patologie croniche; la riconversione di piccoli ospedali; l'organizzazione del servizio di continuità assistenziale attraverso l'integrazione con il servizio di Emergenza/Urgenza.

ACCORDI COLLETTIVI NAZIONALI DELLA MEDICINA GENERALE

Gli Accordi Collettivi Nazionali della Medicina generale (ACN) da tempo evidenziano l'importanza della forma associativa della Medicina generale. L'ACN 23 marzo 2005 opera una svolta in quest'ambito prevedendo che il lavoro in squadra sia non più eventuale ma parte integrante della Medicina generale, al fine di rispondere più efficacemente al bisogno di salute della popolazione. In realtà anche gli Accordi per i pediatri di libera scelta promuovono le forme innovative di aggregazione della medicina primaria, basate sulla integrazione assistenziale e sulla responsabilizzazione clinica e gestionale dei professionisti, coerentemente con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

I più recenti ACN hanno introdotto, accanto alle forme tradizionali di associazionismo (associazione semplice, medicina in rete, medicina di gruppo) altre forme aggregative. Queste hanno caratteristiche diverse dalle prime soprattutto perché non nascono dalle scelte dei singoli medici di associarsi, ma nascono dalla programmazione regionale, a cui si unisce l'adesione da parte dei medici e talora di altre figure professionali.

In questa sede si forniscono alcune indicazioni sulle forme organizzative, tuttora in via di realizzazione nelle diverse Regioni, individuate dagli Accordi: *Équipe territoriali*, *Unità Territoriali di Assistenza Primaria*, *Aggregazioni Funzionali Territoriali*, *Unità Complesse di Cure Primarie*.

Équipe territoriale

È una forma associativa della Medicina generale introdotta dall'ACN del 2005, è intesa sia come

strumento attuativo della programmazione sanitaria, sia come momento organizzativo della Medicina generale e delle altre discipline presenti nel Distretto per la erogazione dei Lea e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale.

L'equipe territoriale è di tipo funzionale, in quanto non prevede la costituzione di una sede unica o di una sede di riferimento, in ambito distrettuale. Si organizza su un bacino di utenza definito in sede regionale o locale; i professionisti partecipanti devono condividere e sviluppare obiettivi di tutela della salute soprattutto per le principali patologie a lungo decorso e con valenza socio-sanitaria; si costituisce non come una libera associazione dei professionisti del territorio, ma come scelta della programmazione sanitaria, anche se concordata con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative ed implementata tramite gli accordi regionali e aziendali (con apposite incentivazioni sia per l'adesione sia per il conseguimento degli obiettivi di tutela della salute). Essa coinvolge non solo i Medici di Medicina generale, ma possibilmente le diverse figure professionali operanti nel Distretto quali pediatri di libera scelta, medici di Continuità Assistenziale e operatori di centri di salute ai quali si possono aggiungere anche medici specialisti dei dipartimenti territoriali e ospedalieri, unità valutative di supporto, professionisti degli staff e dei centri interaziendali di supporto.

Unità Territoriali di Assistenza Primaria

L'ACN del 2005 prevede anche la possibilità, per le Regioni, di attivare in forma sperimentale le cosiddette Utap, previo accordo con le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari. L'Utap è un organismo operativo distrettuale ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale le cui funzioni sono svolte in coordinamento col Distretto sulla

base di obiettivi predefiniti nel Programma di attività territoriali. Essa prevede la creazione di una sede unica, sostitutiva dei singoli studi professionali (eventualmente messa a disposizione del Distretto), con spazi e dotazione tecnologica adeguati, e un'organizzazione tra diversi professionisti sanitari che gestiscono direttamente diverse attività, da sviluppare gradualmente, per garantire la continuità assistenziale e un sistema di filtro rispetto all'accesso improprio in Pronto Soccorso. Alcuni autori rilevano che si tratterebbe di un centro polivalente di assistenza, dove si organizza e si eroga, con modalità integrate, la medicina di famiglia, l'assistenza domiciliare, si garantisce la continuità assistenziale (almeno nelle 12 ore e possibilmente nelle 24 ore giornaliere nei 7 giorni settimanali) e si svolgono, in integrazione con gli specialisti del territorio, una serie di attività anche specialistiche.

Tutte queste funzioni sono svolte in coordinamento con il Distretto e sulla base degli obiettivi di salute definiti dalla programmazione distrettuale (Programma delle attività territoriali). In realtà, l'Utap rappresenta un modello ancora in costruzione e, pertanto, aperto a diverse modalità di realizzazione; le sperimentazioni in atto in questa fase privilegiano una sede di tipo comune, che mantiene anche i singoli studi professionali, in ragione alle esigenze di prossimità del servizio al cittadino.

I vari modelli di Utap realizzati ed implementati nelle diverse Regioni e Province autonome risultano essere differenti tra loro; infatti, si passa da modelli come Veneto e Liguria in cui le Utap assumono la valenza di un soggetto autonomo con funzione di gestione, produzione ed erogazione di attività e prestazioni proprie del Distretto, a modelli che svolgono una funzione di integrazione e completamento della rete di offerta sanitaria sul territorio, come in Emilia Romagna e Toscana.

Successivamente gli Accordi Collettivi Nazionali stipulati nell'anno 2009 hanno definitivamente sancito l'obbligatorietà dell'appartenenza dei

medici convenzionati a forme organizzative evolute di medicina associativa: le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e le Unità complesse di cure primarie (Uccp).

Spetta alle Regioni, in accordo con le Organizzazioni sindacali, regolamentare le modalità per la realizzazione delle Aft e delle Uccp (quest'ultime tramite l'adozione di accordi regionali).

Aggregazioni Funzionali Territoriali (Aft)

Le Aft sono forme associative considerate obbligatorie in quanto “realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli Medici di Medicina Generale per il conseguimento degli obiettivi di assistenza” (Art. 26 bis, Acn 23 marzo 2005 s.m.i.). Le modalità operative sono definite dagli Accordi integrativi regionali, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso Acn, sulla base di alcuni criteri: riferimento territoriale, di norma intra-distrettuale con popolazione assistita non superiore a 30.000 e, comunque, con un numero di medici, di norma, non inferiore a 20 inclusi i titolari di convenzione a quota oraria. Le Aft sono formate dai soli medici convenzionati e sono di tipo funzionale ossia non richiedono la costituzione unica o una sede di riferimento. Ciò a differenza delle Uccp a cui partecipano diverse figure professionali (tra cui medici, infermieri, ecc.) e che richiedono una sede unica o di riferimento.

Le Aft sono aggregazioni funzionali di professionisti distinte per Mmg, pls, specialisti ambulatoriali per conseguire obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e aziendale. In essa i medici:

- condividono buone pratiche, *peer review*, ricerca e altro;
- accettano il monitoraggio e la verifica degli obiettivi da parte del Distretto;
- operano nei propri studi, sono individuati in ambito infradistrettuale e adottano percorsi di integrazione con i medici di continuità assistenziale e ospedale;

- assistono una popolazione non superiore a 30.000 abitanti e comunque con un numero di medici non inferiore a 20.

Unità complesse di cure primarie (Uccp)

I recenti Accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati (per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale - Acn 23 marzo 2005 e s.m.i.; con i Pediatri di libera scelta - Acn 15 dicembre 2005 e s.m.i.; con gli Specialisti ambulatoriali convenzionati - Acn 23 marzo 2005 e s.m.i.), introducono l'Uccp come modalità organizzativa o associativa di tipo innovativo con alcune caratteristiche: è di tipo strutturale, in quanto organizzata con sede unica o con una sede di riferimento; è finalizzata ad assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul territorio di competenza; è prevista l'adesione obbligatoria dei professionisti convenzionati.

Le Uccp sono Gruppi di medici convenzionati (Mmg, pls, mca, specialisti ambulatoriali e altri professionisti sanitari del territorio) costituite per garantire i Lea, la presa in carico dell'utente, l'integrazione socio-sanitaria, il passaggio alla medicina d'iniziativa, l'assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7.

In esse in medici:

- erogano prestazioni sanitarie, nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza;
 - sono aggregati secondo i bisogni della popolazione, le caratteristiche oro-geografiche e demografiche;
 - operano in sede unica o con sede di riferimento, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale.
- In particolare, l'Uccp diviene obbligatoria per i Medici di Medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli Specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati solo se attivate mediante appositi Accordi regionali da stipulare con le organizzazioni sindacali dei medici convenzionati. Tali Accordi, pertanto, diventano determinanti per l'attivazione delle Uccp, la loro organizzazione, le risorse per la dotazione strutturale, strumentale e di personale nonché per le modalità di funzionamento.

A seguito dei predetti Accordi si opera un cambiamento molto importante per l'area della medicina convenzionata prevedendo l'obbligatorietà del lavoro in team tramite le Aft e le Uccp. Rimangono confermate anche le precedenti forme associative, sia quelle tradizionali (semplice, di rete, di gruppo) sia quelle che nascono dalla programmazione e unitamente alla condivisione dei professionisti (territoriali e Utap), anche se come si desume dalla norma finale citata l'intento appare essere quello di pervenire ad una maggiore semplificazione e riorganizzazione unitaria della medicina associativa.

Documento di “Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale” – (Documento del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 11 maggio 2009)

Gli ultimi Accordi per la Medicina Generale con le forme di associazionismo hanno introdotto elementi di novità con l'intento di indurre ad una maggiore presa in carico di problematiche ora af-

frontate in sede di Pronto Soccorso; ciononostante il fenomeno dell'iperafflusso non è stato completamente risolto.

La scelta di forme associative complesse della Medicina Generale è confermata anche dal Documento del Ministero del Welfare (ora Ministero della Salute) che, al fine di contenere tale fenomeno, con le maggiori Organizzazioni sindacali di riferimento ha predisposto un Documento che, pur non avendo valore giuridico, costituisce un riferimento utile per lo sviluppo di ulteriori modalità organizzative che prendano atto dell'evoluzione della domanda di salute ritenendo necessario adottare azioni di riorganizzazione del servizio di Pronto soccorso e, contemporaneamente, dell'assistenza sanitaria territoriale – attraverso modelli organizzativi diversificati e ad elevata flessibilità – con ulteriore sviluppo delle integrazioni multiprofessionali, adattabili ai diversi contesti territoriali: metropolitano, urbano ed extraurbano. Rispetto ai temi della gestione dei codici bianchi e alla continuità dell'assistenza, il medico di Medicina Generale è oggi chiamato a svolgere un ruolo importante e più ampio. Affinché il Mmg possa effettivamente assumere il ruolo di

LIVELLO OSPEDALIERO	LIVELLO TERRITORIALE
<p>a) Ambulatorio per la gestione dei codici di minore gravità (bianchi)</p> <ul style="list-style-type: none"> ospedali con iperafflusso di utenti oltre 25.000 accessi/anno, gestiti da MCA e/o da MMG, con responsabilità organizzativa distrettuale 	<p>a) Il Presidio Ambulatoriale Distrettuale</p> <ul style="list-style-type: none"> gestiti dai medici di continuità assistenziale per effettuazione di visite e prestazioni sanitarie collocati strategicamente in strutture individuate dalle Asl
<p>b) Punti di Primo Intervento (PPI)</p> <p>In aree territoriali disagiate o prive di servizi sanitari, per garantire una prima risposta sanitaria di emergenza-urgenza fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'Ospedale di riferimento, e per fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità. Si distinguono in:</p> <ul style="list-style-type: none"> Punti di Primo Intervento situati nell'ambito di Presidi delle Aziende Sanitarie Locali, individuati dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera Punti di Primo Intervento temporanei, fissi o mobili, organizzati per esigenze stagionali in località turistiche ed in occasione di manifestazioni di massa, sportive, culturali e religiose 	<p>b) Assistenza Territoriale Integrata</p> <p>Collaborazione tra più professionisti:</p> <ul style="list-style-type: none"> funzionalmente con rete telematica (es. équipe territoriali) con nuovi percorsi di ammissione protetta con canali preferenziali per l'ammissione protetta nelle strutture territoriali o in ospedale per acuti.
	<p>c) Ambulatorio territoriale integrato</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 attività correlate, quali raccolta prelievi, prenotazione di prestazioni specialistiche e/o di ricovero degli assistiti, valutazioni connesse all'ADI

principale riferimento sul territorio per il cittadino, l'associazionismo sembra essere la scelta più appropriata.

Il Documento di Linee guida indica alcuni modelli organizzativi da realizzare in ambito ospedaliero e/o territoriale che possano contenere il fenomeno rispondendo alle esigenze sanitarie del cittadino, ben sapendo che nessun modello organizzativo è in grado da solo di risolvere con efficacia il problema.

I modelli individuati (vedi tabella) costituiscono

alcune fattispecie, già riscontrabili in alcune realtà locali, che possono essere ulteriormente sviluppati. Il richiamo ai modelli ospedalieri è unicamente finalizzato a promuoverne la transitoria implementazione, quale approccio "tattico" iniziale al problema, e che essi pertanto debbono essere considerati modelli utilizzabili nella sola fase di transizione. I modelli territoriali, invece, costituiscono le vere risposte cui far riferimento per una definitiva sistematizzazione della problematica assistenziale in questione.

Quadro sinottico delle norme principali

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 Istituzione del servizio sanitario nazionale	Necessità di portare i servizi il più vicino possibile al luogo di vita delle persone, con una medicina primaria diffusa sul territorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale Medicina Generale inserita all'interno del "Distretto" quale articolazione organizzativa dell'Unità sanitaria locale sul territorio Modello di Assistenza primaria fondato sul Medico generale scelto liberamente dal cittadino (Art. 25)
Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421	Trasformazione delle Usl in Aziende; Distretto con dimensioni di norma provinciali (Art. 3, co. 5)
D.P.R. 01 marzo 1994 Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996	Finalità del Distretto di realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi erogati, allo scopo di consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione
D.P.R. 23 luglio 1998 Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000	Unitarietà del Lea distrettuale: definisce un unico livello di assistenza sanitaria distrettuale che comprende le aree dell'assistenza sanitaria di base, specialistica semiresidenziale e territoriale, residenziale per non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati Sviluppo dell'assistenza domiciliare e integrazione sociosanitaria come parte integrante delle attività territoriali
Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 Norme per la razionalizzazione del Ssn, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419	Riorganizzazione della medicina nel territorio; forte connotazione organizzativa del Distretto; valorizzazione dell'area sociosanitaria (Art. 3 quater e ss.)
DPCM 29 novembre 2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza	<i>Livello di Assistenza distrettuale</i> : attività che si svolgono sul territorio e distinzione delle tipologie di assistenza domiciliare e di assistenza semiresidenziale e residenziale
D.P.R. 23 maggio 2003 Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2003-2005	Necessità di superare definitivamente la centralità ospedaliera e di innovare il sistema distrettuale partendo dal cittadino, attraverso l'innovazione del sistema di tutela della salute sul territorio mediante il medico di medicina generale, attraverso una "rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili", nonché la "promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari"
D.P.R. 07 aprile 2006 Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008	Promuove lo sviluppo di interventi integrati finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà del percorso assistenziale e la diffusione di strumenti istituzionali di programmazione negoziata fra i Comuni associati e tra questi e le Asl
Intesa Stato-regioni 5 ottobre 2006 Patto per la salute 2006-2009	Potenziamento del territorio come secondo pilastro del Ssn
Intesa Stato-regioni 3 dicembre 2009 Patto per la salute 2010-2012	Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti (Art. 9)
Proposta di definizione del nuovo Patto per la Salute 2013-2015	Riordino del settore delle Cure primarie
Documento di proposta di PSN 2011-2013	Centralità delle Cure primarie e delle strutture territoriali

SEGUE DA PAG. 141 - Quadro sinottico delle norme principali

ACN 23 marzo 2005, ACN 29 luglio 2009, ACN 8 luglio 2010 Accordi Collettivi Nazionali della Medicina Generale	Introduzione delle forme associative (associazione semplice, medicina in rete, medicina di gruppo)
ACN 15 dicembre 2005, ACN 29 luglio 2009, ACN 8 luglio 2010 Accordi Collettivi Nazionali della Pediatria di Libera Scelta	Gli ACN stipulati nell'anno 2009 hanno definitivamente sancito l'obbligatorietà dell'appartenenza dei medici convenzionati a forme organizzative evolute di medicina associativa: AFT e UCCP
ACN 23 marzo 2005, ACN 29 luglio 2009, ACN 8 luglio 2010 Accordi Collettivi Nazionali della Specialistica ambulatoriale	
Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009 sugli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2009	Gli Accordi Stato-Regioni sugli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2009, 2010 e 2011 dedicano particolare attenzione alla linea progettuale: Cure primarie
Accordo Stato-Regioni 8 luglio 2010 sugli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2010	L'Accordo per l'anno 2009 riservava alle Cure primarie il 25% delle risorse totali. Tale vincolo del 25% delle risorse totali è stato confermato dai successivi Accordi per gli anni 2010 e 2011
Accordo Stato-Regioni 20 aprile 2011 sugli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2011	
Accordo Stato-Regioni 27 luglio 2011 a integrazione dell'Accordo 20 aprile 2011	Tra gli obiettivi prioritari di PSN nell'ambito dei quali le Regioni propongono i propri progetti al Ministero della Salute per l'approvazione e il finanziamento, è inserito l'obiettivo "Continuità delle cure in un sistema integrato. Integrazione del servizio di Continuità Assistenziale con il Sistema 118"
Documento del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali 11 maggio 2009 Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in h 24: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale	Individuazione di alcuni modelli organizzativi da realizzare in ambito ospedaliero e/o territoriale che possano contenere il fenomeno rispondendo alle esigenze sanitarie del cittadino
Legge 8 novembre 2012, n. 189 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute	Definizione dei principi fondamentali per il riordino del sistema dell'Assistenza territoriale

Aspetti normativi del sistema dell'emergenza urgenza

di Leonilda Bugliari Armenio, Sara Catania, Mariadonata Bellentani

Sezione Organizzazione dei Servizi Sanitari, Agenas

143

I QUADERNI DI **MORFOR**

Nella fase attuale, il processo di rinnovamento dell'Assistenza primaria è reso urgente dal grande cambiamento demografico della popolazione, con un aumento delle patologie croniche, della fragilità e della non autosufficienza, che non possono trovare nell'ospedale un'adeguata risposta sanitaria e sociale.

I cambiamenti sociali, economici e culturali di questi ultimi trent'anni comportano, quindi, la necessità di interventi di politica sanitaria che impongono al territorio di caratterizzarsi come soggetto attivo in grado di intercettare il bisogno sanitario e di farsi carico in modo coordinato, unitario e continuativo delle necessità sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini.

Uno dei principali obiettivi del Servizio sanitario nazionale (Ssn) è garantire la continuità delle cure:

- tra i diversi professionisti ospedalieri e territoriali (ad es. con lavoro in team, elaborazione ed implementazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi, ecc.);
- tra i diversi livelli di assistenza, soprattutto nei rapporti tra ospedale e territorio;
- del trattamento terapeutico quando necessario.

Il modello assistenziale orientato alla continuità delle cure prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie, nonché il monitoraggio mediante

adeguati strumenti di valutazione di appropriatezza delle fasi di passaggio tra i vari *setting* assistenziali.

Uno degli obiettivi del Ssn è l'implementazione della rete assistenziale, con la definizione dei nodi e delle interrelazioni funzionali. Si tratta di un complesso sistema di integrazione/continuità che è caratterizzato da un mix di servizi differenziati tra loro in rapporto ai bisogni degli assistiti e anche al livello di integrazione tra componenti sanitarie e sociali delle competenze professionali coinvolte.

A tal fine, ha un ruolo strategico la costituzione di *reti assistenziali a baricentro territoriale*.

Il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale vengono garantiti dal Distretto al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle Cure primarie (Medici di medicina generale e altre professionalità convenzionate). Il Distretto rappresenta, inoltre, l'interlocutore degli Enti Locali ed esercita tale funzione in modo coordinato con le politiche aziendali.

La normativa del sistema di emergenza-urgenza trova un primo, fondamentale, riferimento nel Regio Decreto n. 1631 del 30 settembre 1938 (c.d. Legge Petraghiani) che ha istituito le prime norme generali per l'ordinamento dei servizi sa-

nitari e del personale sanitario degli Ospedali e nelle successive Istruzioni per le costruzioni ospedaliere (Decreto del Capo del Governo del 20 luglio 1939), che ne completano il contributo innovatore apportato alla questione ospedaliera.

Queste normative prevedevano che tutti gli Ospedali devono far funzionare un servizio di Pronto Soccorso indipendente per assicurare alle urgenze provenienti dall'esterno la presenza di personale libero da impegni di assistenza ai ricoverati. Tale necessità è stata confermata dalla Legge 12 febbraio 1968, n. 132 (c.d. Legge Mariotti) che, all'art. 19 prevede che gli ospedali, oltre a soddisfare le esigenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera, devono avere anche un servizio di Pronto Soccorso con adeguati mezzi di trasporto. L'obbligo è stato puntualmente ripreso dal decreto attuativo sull'ordinamento interno dei servizi ospedalieri, DPR 27 marzo 1969, n. 128, e non è stato oggetto di ulteriori variazioni.

La Legge 23 dicembre 1978, n. 833, nell'istituire il Ssn, prevede che *“gli stabilimenti ospedalieri sono strutture delle Unità sanitarie locali”* e conferma che gli ospedali devono essere dotati dei requisiti minimi stabiliti dall'art. 19 della Legge n. 132/1968. In seguito, la Legge 23 ottobre 1985, n. 595 *“Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88”* all'art. 10 stabilisce una serie di disposizioni in materia di organizzazione degli ospedali, stabilendo per la prima volta parametri tendenziali di riferimento (allora fissati in 6,5 posti letto per mille abitanti). La stessa norma al co. 4 indica che i piani sanitari regionali devono potenziare i servizi di Pronto Soccorso e, a tal fine, possono in certi limiti derogare il divieto di *“procedere alla costruzione di nuovi ospedali e all'ampliamento di quelli esistenti”*.

Negli anni Novanta si introduce, per la prima volta nell'ordinamento giuridico, un vero e proprio sistema dell'emergenza-urgenza, disciplinato dal D.P.R. 27 marzo 1992: *“Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”*, che ha individuato le condizioni per assicurare questo tipo di

attività uniformemente su tutto il territorio nazionale, attraverso un complesso di servizi e prestazioni adeguatamente articolate a livello territoriale ed ospedaliero, con il coordinamento della Centrale operativa.

Il provvedimento prevede un'organizzazione articolata su due livelli:

1. un sistema di allarme sanitario, assicurato dalla centrale operativa, cui fa riferimento il numero unico telefonico nazionale “118”;
2. un sistema di accettazione e di emergenza sanitaria che prevede il servizio di Pronto Soccorso e il dipartimento di emergenza. Lo stesso decreto stabilisce, all'art. 5, la codificazione degli interventi di emergenza, demandando al Ministro della Sanità il compito di stabilire i criteri e requisiti cui debbano attenersi le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella definizione di tali codificazioni, anche ai fini delle registrazioni necessarie per documentare le attività svolte e i soggetti interessati.

In seguito, il Decreto del Ministro della Sanità del 15 maggio 1992 ha definito i criteri e i requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza individuando i seguenti elementi dell'intervento di emergenza da sottoporre ad una codifica uniforme sull'intero territorio nazionale:

1. la chiamata dell'utente alla Centrale Operativa “118”;
2. la risposta dell'operatore alla richiesta pervenuta, con particolare riguardo alla tipologia del mezzo di soccorso attivato;
3. l'intervento degli operatori del mezzo di soccorso;
4. l'esito dell'intervento di soccorso.

In attuazione del decreto 27 marzo 1992 sono state adottate le Linee guida n. 1/1996 sul sistema di emergenza sanitaria, approvate da un apposito Atto di intesa tra Stato e Regioni del 17 maggio 1996.

Le Linee guida forniscono indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza, tenendo conto dell'evoluzione legis-

lativa nonché dell'esperienza maturata da numerose Regioni. L'attribuzione alle Regioni di maggiori competenze e responsabilità nell'ambito della pianificazione e della organizzazione dei servizi sanitari, l'avvio delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere, nonché le nuove modalità di gestione e la riorganizzazione della rete ospedaliera, imponevano, quindi, anche nel sistema dell'emergenza, una rivalutazione critica dei risultati raggiunti e l'aggiornamento degli indirizzi organizzativi. In questo contesto, venivano, inoltre, considerate la disomogeneità dell'articolazione della rete ospedaliera sul territorio nazionale e le differenze nello stato di attuazione del riordino previsto dal D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.. L'obiettivo generale della riorganizzazione della rete ospedaliera è quello di adeguare il numero di posti letto esistenti ai parametri normativi e di ricondurre gli ospedali per acuti alle funzioni proprie, con una più precisa definizione ed una netta separazione della funzione di assistenza a lungo termine intra ed extra ospedaliera. La riorganizzazione della rete ospedaliera rappresenta il contesto ed il punto di riferimento della pianificazione e articolazione territoriale del sistema di servizi per l'emergenza-urgenza, che comporta altresì una definizione delle funzioni dei servizi territoriali, compreso il servizio di guardia medica, e dei suoi rapporti con la struttura ospedaliera. Le Regioni e le Province autonome, tenendo conto delle indicazioni fornite dal Documento di Linee guida, promuovono – nell'ambito dei propri programmi di riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi di emergenza-urgenza – tutte le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi concordati, finalizzati al miglioramento qualitativo e ad una maggiore omogeneità funzionale dei servizi, su base nazionale.

In particolare, le Linee guida disciplinano nel dettaglio l'organizzazione del Sistema sanitario di emergenza-urgenza con una serie di servizi territoriali ed ospedalieri, articolati come segue:

1. un sistema di allarme sanitario, dotato di nu-

mero telefonico di accesso breve e universale in collegamento con le centrali operative;

2. un sistema territoriale di soccorso;
3. una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati.

Per quanto riguarda le modalità di risposta all'emergenza-urgenza, le Linee guida n. 1/1996 prevedono un'articolazione su quattro livelli di operatività:

1. Punti di primo intervento;
2. Pronto Soccorso ospedaliero;
3. Dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione di I livello;
4. Dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione di II livello.

Il D.P.R. 14 gennaio 1997 ha individuato i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private. Il decreto individua anche i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per il Pronto Soccorso ospedaliero, specificando che l'unità organizzativa deputata all'emergenza deve assicurare gli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotata la struttura e deve poter eseguire un primo accertamento diagnostico strumentale e di laboratorio, nonché gli interventi necessari alla stabilizzazione dell'utente; deve, inoltre, garantire il trasporto protetto. Con l'Accordo 25 ottobre 2005 il Ministro della salute, i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano concordano sull'opportunità di definire criteri e indirizzi uniformi su alcuni specifici aspetti del sistema di risposta all'emergenza-urgenza sanitaria, in conformità a quanto previsto dalle Linee guida del 1996 e convengono che il Ministro della salute fornisca alle Regioni e alle Province autonome gli indirizzi ed i criteri generali contenuti nei documenti di linee-guida relativi al triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso per gli utenti che accedono direttamente in Pronto Soccorso), chirurgia della mano e microchirurgia

gia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria.

INDICAZIONI DELLA PIANIFICAZIONE SANITARIA NAZIONALE IN MATERIA DI EMERGENZA-URGENZA

Il Psn 2003-2005, approvato con D.P.R. 23 maggio 2003, inserisce tra gli obiettivi strategici il potenziamento dei servizi di urgenza ed emergenza. In particolare, al punto 2.7. bis prevede la riorganizzazione strutturale dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti d'emergenza e accettazione, l'integrazione del territorio con l'Ospedale, nonché l'integrazione della rete delle alte specialità nell'ambito dell'emergenza per la gestione del malato critico e politraumatizzato; indica, inoltre, anche la necessità di tener conto delle peculiarità del sistema di emergenza-urgenza per le Isole minori e le località montane disagiate.

Il Psn 2006-2008, approvato con D.P.R. 7 aprile 2006, rileva l'importanza di definire, all'interno di un sistema adattivo complesso quale quello sanitario, reti assistenziali integrate – sia in ambito intraregionale per garantire efficienza nella risposta, sia in ambito interregionale e nazionale – per permettere un utilizzo ottimale del servizio offerto, ma anche rete per alcuni servizi (malattie rare) per i quali conviene individuare alcuni centri altamente qualificati o anche rete come scelta delle Regioni di condividere alcune strutture per l'erogazione di alcuni servizi, tramite accordo tra Regioni.

Il Piano prevede anche la necessità di potenziare le reti già esistenti, allargandone la competenza territoriale. Tra queste un ruolo particolare è rivestito dalla rete dell'emergenza-urgenza con le sue interconnessioni con la rete per il trauma, le grandi ustioni, la neuroriabilitazione, la rete per i trapianti, la rete per le malattie rare. Tra gli obiettivi da raggiungere per la salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza vi è la riorganizzazione dei Servizi di emergenza-urgenza pediatrica.

Per quanto attiene alle maxiemergenze, si sottolinea la necessità di individuare modelli di co-

operazione che prevedano intervento congiunto di Regioni, amministrazioni centrali statali quali i Ministeri e la Protezione civile, organizzazioni nazionali governative e non, evitando rischi di sovrapposizioni o attriti istituzionali.

Il Documento di proposta di Psn 2011-2013, approvato dalla Conferenza Unificata il 22 settembre 2011 (in fase di definizione), prevede che tra le varie reti occorre affrontare per prima la rete dell'emergenza urgenza, in termini di risposta territoriale ed ospedaliera del modello di emergenza-urgenza delineato dalla normativa del 1992. Accanto ad elementi di novità di livello europeo e di livello nazionale – quali l'istituzione del nuovo numero unico di emergenza "112", la definizione degli standard europei dei mezzi di soccorso, l'organizzazione delle maxiemergenze in risposta al pericolo di eventuali attacchi terroristici, l'istituzione della nuova scuola di specializzazione in Medicina d'emergenza-urgenza nonché l'avanzamento della tecnologia – sono emersi elementi di difformità nell'organizzazione del sistema che richiedono una rivisitazione. In particolare, emerge:

- la necessità di rivedere i bacini di riferimento delle centrali operative 118 con la previsione di un territorio di competenza sovra provinciale, come già realizzato in alcune Regioni, o regionale, laddove la popolazione residente non raggiunga il milione di abitanti, ad eccezione delle aree metropolitane;
- l'opportunità di privilegiare modelli organizzativi aperti che perseguano l'integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali in una logica a rete sotto tutti gli aspetti e garantite opportunità di sviluppo professionale per tutto il personale operante nel sistema;
- la necessità di procedere alla definizione di standard nazionali per il miglioramento della risposta alle situazioni di emergenza-urgenza all'interno del sistema ospedale, con priorità per l'arresto cardio-circolatorio.

Sul versante ospedaliero è necessario:

- promuovere la diffusione della metodologia del

trriage ospedaliero, individuando un modello da adottare a livello nazionale e individuando sistemi di informazione all'utenza sui tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde);

- allestire percorsi alternativi al Pronto Soccorso con l'eventuale istituzione di ambulatori gestiti da Medici di Medicina Generale che garantiscono una risposta sanitaria a problematiche non di emergenza-urgenza possibilmente 24ore/24, con la possibilità di usufruire in tempo reale delle consulenze specialistiche;

- attivare l'Osservazione breve (OB) da contenere di norma entro le 24 ore dalla presa in carico, quale strumento ritenuto indispensabile per ridurre ricoveri e dimissioni improprie.

Particolare importanza viene anche data alla realizzazione e al completamento della rete delle patologie acute ad alta complessità assistenziale, Sindrome Coronarica Acuta, Ictus, Trauma, Urgenze Pediatriche ed Ostetrico-Ginecologiche e alla domanda in emergenza-urgenza pediatrica che, presentando caratteristiche cliniche ed epidemiologiche peculiari, necessita di risposte specifiche e adeguate.

INDICAZIONI DEI PATTI PER LA SALUTE IN MATERIA DI EMERGENZA-URGENZA

Il Patto per la salute 2006-2009, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006, tra le tematiche di particolare rilevanza per il Ssn prevede la definizione di indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera definite prendendo in considerazione standard di dimensionamento complessivo della rete, compiti e funzioni da attribuire ai presidi in ragione della loro collocazione, maggiore o minore dimensione e caratteristiche istituzionali con particolare riferimento all'affidamento di funzioni di erogazione di particolari prestazioni di elevata qualificazione ed alla diffusione delle funzioni di emergenza e urgenza.

L'art. 6 del Patto per la Salute 2010-2012, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, pre-

vede una razionalizzazione della rete ospedaliera ottenuta attraverso l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri, con la promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e, in generale, dal ricovero all'assistenza residenziale e domiciliare, per cui i ricoveri saranno volti a casi importanti a cui si fornirà un'assistenza altamente qualificata.

Nel co. 5 dello stesso articolo si prevede l'estensione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza, con il passaggio da 43 DRG, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, alle liste contenute negli elenchi A e B allegati allo stesso Patto della Salute. Le Regioni dovranno, a tal fine, stabilire i valori soglia entro cui ammettere i ricoveri ordinari, prevedere le tariffe da attribuire alle prestazioni e definire le misure da adottare per le prestazioni extrasoglia.

Nel disegno della rete ospedaliera bisogna tenere conto di una serie di requisiti determinanti per una buona sanità, prevedendo l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dell'emergenza-urgenza la quale richiede che presso i presidi esista una dotazione specialistica e strumentale tale da garantire la qualità delle prestazioni per pazienti gravi.

I provvedimenti generali di riorganizzazione della rete ospedaliera, di cui all'art. 6 del Patto per la salute, e quelli di riorganizzazione e di miglioramento della qualità dell'impiego del personale sanitario, di cui all'art. 12, sono adottati dalle amministrazioni regionali, nel rispetto della loro autonomia organizzativa e nell'ambito delle disposizioni recate dal medesimo art. 12 e dagli standard operativi e di riorganizzazione delle reti ospedaliere, pubbliche e private, stabilite con le intese di cui all'art. 16 del medesimo Patto per la salute.

La proposta di definizione del nuovo Patto per la Salute 2013-2015 ha il fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza e i servizi resi ai cittadini, riequilibrare l'ospedale e il territorio e assicurare l'equilibrio economico in un con-

testo di risorse scarse. Per il riordino del settore delle Cure Primarie, tra le linee di indirizzo definite dalle Regioni (a gennaio 2012) emerge la necessità di rivedere l'organizzazione del servizio di continuità assistenziale attraverso l'integrazione con il Servizio di Emergenza/Urgenza, affinché possa rappresentare una valida ed affidabile alternativa all'accesso alle strutture ospedaliere di emergenza.

Il processo di riorganizzazione deve essere realizzato attraverso l'integrazione con il Servizio di Emergenza/Urgenza prevedendo, ove di interesse regionale, la collocazione della sede della Continuità assistenziale presso i Pronto Soccorso ospedalieri, per la gestione dei codici bianchi.

CAMPAGNA INFORMATIVA I 18, MINISTERO DELLA SALUTE - AGENAS

Nell'ottica dell'implementazione dell'Assistenza Territoriale e al fine di contenere il ricorso inappropriato ai servizi di emergenza-urgenza, è stata realizzata una Campagna informativa nazio-

nale, frutto della collaborazione tra Ministero della Salute e Agenas, diretta a tutta la popolazione, con particolare riferimento ai giovani ed agli stranieri.

Il progetto per la realizzazione della campagna informativa ha avuto i seguenti obiettivi:

- diffondere a livello nazionale la cultura dell'emergenza-urgenza;
- sensibilizzare ed informare i cittadini sul corretto utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza attraverso una Campagna informativa *ad hoc*;
- illustrare alla popolazione le caratteristiche e le modalità d'accesso ai servizi di emergenza-urgenza;
- informare su cosa fare e cosa non fare in attesa dei soccorsi.

La campagna informativa ha avuto il fine di favorire una maggiore capacità del cittadino nella gestione delle risorse/servizi, nel *decision-making* e nella risoluzione dei problemi, nonché quella di favorire, di conseguenza, l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati.

Quadro sinottico delle norme principali

Regio Decreto 30 settembre 1938, n. 1631 - Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali

Decreto del Capo del Governo 20 luglio 1939 - Approvazione delle istruzioni per le costruzioni ospedaliere

Legge 12 febbraio 1968, n. 132 - Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera

DPR 27 marzo 1969, n. 128 - Ordinamento interno dei servizi ospedalieri

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del Servizio sanitario nazionale

Legge 23 ottobre 1985, n. 595 - Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario triennale 1986-88

D.M. Trasporti e navigazione 17 dicembre 1987, n. 553 - Normativa tecnica e amministrativa relativa alle autoambulanze

D.P.R. 27 marzo 1992 - Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza

D.M. Sanità 15 maggio 1992 - Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza

Legge 23 ottobre 1992, n. 421 - Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 - Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421

Atto di Intesa tra Stato e Regioni 17 maggio 1996 - Approvazione delle Linee guida (n. 1/1996) sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992

D.P.R. 14 gennaio 1997 - Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private

D.M. Trasporti e navigazione 20 novembre 1997, n. 487 - Regolamento recante la normativa tecnica ed amministrativa relativa alle autoambulanze di soccorso per emergenze speciali

SEGUE NELLA PAG. DI FIANCO

SEGUE **Quadro sinottico delle norme principali**

Legge 3 aprile 2001, n. 120 - Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero

Accordo 25 ottobre 2001 - Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: «Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria»

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome 4 aprile 2002 - Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome concernente "Linee-guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesi"

Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 27 febbraio 2003 - Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: "Linee-guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici"

Deliberazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 22 maggio 2003 - Atto d'intesa tra Stato e Regioni approvazione: "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza"

D.P.R. 23 maggio 2003 - Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2003-2005

D.P.R. 7 aprile 2006 - Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008

Intesa Stato-regioni 5 ottobre 2006 - Patto per la salute 2006-2009

D.M. Salute 17 febbraio 2006 - Modificazione del D.M. 1° agosto 2005, nella parte relativa all'approvazione della scuola di specializzazione «di Medicina d'Emergenza-Urgenza»

D.M. Salute 17 dicembre 2008 - Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza – Flusso EMUR

Intesa Stato-regioni 3 dicembre 2009 - Patto per la salute 2010-2012

D.M. Salute 18 marzo 2011 - Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni di cui all'articolo 2, comma 46, della Legge n. 191/2009

Proposta di definizione del nuovo Patto per la Salute 2013-2015

Documento di proposta di PSN 2011-2013