

Il riordino delle cure primarie e del servizio sanitario regionale della regione Toscana

Una riorganizzazione complessiva del servizio sanitario con un potenziamento della medicina di iniziativa (copertura del 100% della popolazione entro il 2015); implementazione delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e Unità complesse di cure primarie (UCCP) e attribuzione del budget a livello aziendale; mantenimento della tradizionale continuità assistenziale fino alle ore 24 (da H24 a H16); utilizzazione delle ore liberate per impegnare i medici di ex guardia medica nella prevenzione, nella domiciliarità e nel *chronic care model* e loro passaggio a 38 ore.

Premessa

Il servizio sanitario può essere considerato un campo organizzativo di uno specifico settore della vita istituzionale (il sistema salute) dove attori istituzionali diversi (lo Stato, le regioni, gli erogatori pubblici e privati di servizi e prestazioni, il personale sanitario e i pazienti e le loro rappresentanze) interagiscono tra loro in quanto portatori di specifici (e conflittuali) interessi. In tale campo si riconoscono elementi *normativi*, *regolativi* e *culturali-cognitivi* (veri e propri pilastri) che, insieme alle attività e alle risorse loro associate, costituiscono la trama di significati condivisi e conferiscono “stabilità” al sistema. Il *pilastro normativo* rappresenta le “obbligazioni sociali” che impegnano i diversi attori a rispondere a reciproche aspettative per quanto riguarda ruolo, relazioni, comportamenti, etc. (rientrano tra queste il ruolo di autorità del medico, l’empowerment del paziente e quindi il rapporto medico paziente e i rapporti di potere che in esso ineriscono). Il *Pilastro regolativo* rappresenta sia la produzione legislativa della istanza istituzionale coinvolta (lo stato, la regione, il comune, la ASL) e sia i provvedimenti di natura disciplinare-sanzionatoria espressi da ordini e collegi nei confronti dei propri professionisti. Il *pilastro culturale-cognitivo* rappresenta infine la infrastruttura cognitiva *l’a-priori* culturale e il sistema concettuale che informa un determinato contesto societario in uno specifico periodo storico; credenze, valori e pratiche dominanti con valenza di tipo paradigmatico (tabella 1).

Tabella 1

Periodizzazioni delle diverse logiche istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale	
<i>Provvedimenti legislativi</i>	<i>Logica istituzionale</i>
Legge 833/1978	Universalismo
D.Lgs 502/1993	Efficienza
D.Lgs 229/1999	Appropriatezza
Legge Cost. N°3/2001	Federalismo

Concordiamo con quanti ritengono che siano gli aspetti culturali-cognitivi ad esercitare un ruolo di preminenza discendendo da loro sia la definizione dei *modelli organizzativi* (set di aspettative sulla cui base si dovrebbe strutturare un sistema che fornisce determinati servizi o funzioni) e sia la implementazione delle *logiche istituzionali* (pratiche materiali e costruzioni simboliche elaborate tanto dai singoli individui che dalle organizzazioni) che orientano e condizionano le politiche possibili (priorità, obiettivi, modalità di realizzazione). In tale approccio ciascun attore sociale

cerca di imporre nel campo organizzativo la propria logica (la “*dominanza medica*” da parte delle professioni mediche , il “*quasi mercato*” di stampo neoliberista da parte degli erogatori privati, la “*partecipazione*” e il “*contenzioso legale*” da parte dei pazienti) stabilendo dei rapporti reciproci improntati ora alla collaborazione ora al conflitto.

Assumiamo infine che la stabilità di un sistema è in funzione del grado di allineamento di questi tre pilastri (e delle logiche che li sottendono) e che il conflitto dipenda invece dalla “emergenza” di logiche tra loro incompatibili, eccessivamente frammentate o imposte da un regolatore gerarchicamente sovraordinato come nel caso delle regioni in condizioni di *default*

Le logiche istituzionali della regione Toscana

La Toscana rappresenta un caso “idealtipico” dal punto di vista dell’allineamento dei pilastri dello specifico campo organizzativo sanitario. Una lunga tradizione di valorizzazione sostanziale degli enti locali, di civismo e di partecipazione democratica alle scelte pubbliche, ha consentito che il sistema di welfare sapesse coniugare efficacia dei risultati e corretto uso delle risorse. Ma il merito della regione è anche e soprattutto quello di avere utilizzato la stabilità politica dell’amministrazione regionale per convertire il norma di legge, in ordinamento (*il pilastro regolatorio*) una logica di organizzazione sanitaria ispirata a precisi modelli (*il pilastro cognitivo-culturale*) di integrazione socio-sanitaria (le società della salute e le case della salute), di integrazione ospedale- territorio (HMO Kaiser permanente) e di presa in carico del paziente, specie sul versante delle cronicità (*chronic care model*) con il consenso dei cittadini e la sostanziale condivisione delle professioni sanitarie (*il pilastro normativo*)

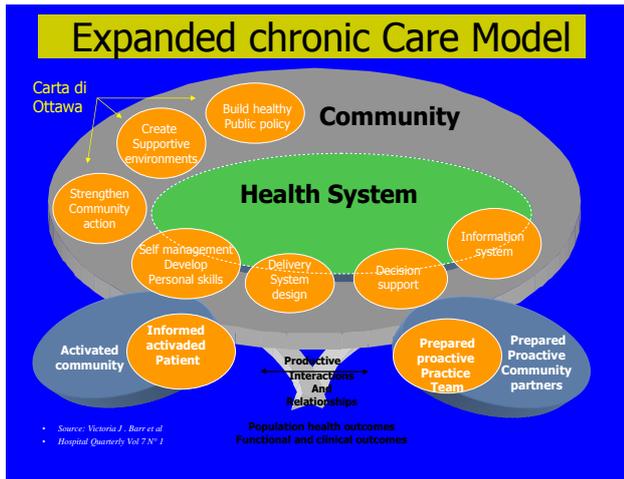
Nello specifico e nel dettaglio la Toscana è tra le regioni italiane quella che con maggiore convinzione ha preso atto della avvenuta transizione epidemiologica (con il passaggio delle malattie del periodo della industrializzazione a tappe forzate del paese a quelle della cronicità e della comorbilità) e ha adottato con determinazione una coerente logica istituzionale di ri-orientamento complessivo delle offerta sanitaria per quanto riguarda le attribuzioni del sistema ospedaliero, delle cure primarie (tabella 2) e del loro interfacciarsi in un sistema a rete.

Tabella 2

Sistema Ospedaliero e Sistema delle Cure Primarie: <i>caratteristiche differenziali</i>	
Sistema Ospedaliero “Paradigma dell’attesa” <i>la dimensione verticale</i>	Primary Care “Paradigma dell’iniziativa” <i>la dimensione orizzontale</i>
Polo della “Intensività tecno-assistenziale	Luogo della “Estensività socio-assistenziale”
Orientato alla produzione di prestazioni e alla soluzione dei problemi clinici	Orientato alla gestione di processi assistenziali e alla presa in carico (<i>chronic care model</i>)
Presidia l’efficienza	Presidia l’efficacia e i risultati
Tende all’accentramento per realizzare economie di scala	Tende al decentramento per valorizzare il capitale sociale e promuovere azioni di promozione della salute
Punta all’eccellenza e alla concentrazione delle conoscenze	Punta all’equità e alla diffusione e utilizzazione dei diversi saperi e del <i>self-care</i> e <i>family learning</i>

L'integrazione tra i due sistemi avviene attraverso la costruzione di un rete integrata i cui *nodi* sono i PUA, le strutture intermedie e di prossimità (case della salute) e le *maglie* sono i MMG, PLS e il personale con funzioni di Case manager

Tutto ciò facendo propri i principi organizzativi della già citata HMO *Kaiser Permanente* e quelli operativi dell' *expanded chronic care model* (vedi immagine successiva) in cui, con il recepimento dei principi della carta di Ottawa, si espande la dimensione comunitaria del precedente *chronic care model*



Il riordino del SSR previsto dalle delibere N 754, 1231 e 1235 del 2012

Il 2102 è stato per il servizio sanitario della regione Toscana un anno denso di provvedimenti legislativi. La regione infatti, prendendo spunto dalle misure di razionalizzazione della spesa contenute nella cosiddetta *spending review* (Legge 7 agosto 2012, n. 135), ha provveduto a una riorganizzazione complessiva del servizio regionale e ha proceduto a stipulare l'accordo integrativo regionale per la Medicina generale, embricando strettamente tra loro i due provvedimenti. Con l'accordo infatti le misure di riordino delle cure primarie sono diventate un obiettivo condiviso dai MMG il cui ruolo ha subito una ulteriore valorizzazione sul versante della espansione del *Chronic care model* e della gestione delle patologie croniche. Infine con la delibera 1235 (deliberata insieme all'accordo integrativo) sono state definite nel concreto le azioni di riordino e sono stati redatte le linee guida per ASL e aree vaste con i relativi piani operativi.

E' chiaro dunque come la linea strategica della regione (da cui discende la storica stabilità del campo istituzionale) resti ferma al principio consolidato di definire con i professionisti (MMG) logiche istituzionali condivise, e di mettere mano alla organizzazione di servizi in forte coerenza con quanto assunto in sede di negoziazione. Una condizione che risente dunque di un clima particolare interessato al rafforzamento della medicina di iniziativa, caratteristicamente *labour-intense* e come tale tendente alla valorizzazione della risorsa umana. E tutto questo anche quando ad imporre una rimodulazione dell'offerta è il regolatore centrale come nel caso della *spending review* da cui prendono origine le delibere regionali. Ritornando ai contenuti dei tre provvedimenti (per quanto riguarda in modo particolare il processo di rimodulazione delle cure primarie) gli aspetti di nostro maggiore interesse possono così essere sintetizzati

1. **Delibera N 754 del 10-08-2012 (Azioni di indirizzo alle aziende e agli enti del SSR, attuative del D.L. 95/2012 e azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale)**

Con la delibera N 754 del 10-08-2012 la regione Toscana, ha perseguito un duplice obiettivo .

Il primo (di breve raggio) è stato quello di rendere immediatamente esecutivo quanto previsto dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, come convertito con Legge 7 agosto 2012, n. 135, con particolare riferimento al Titolo III “Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria » del citato D. L. che, all’articolo 15, detta “Disposizioni urgenti per l’equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica” (tabella 3);

Tabella 3

Campi di intervento previste dall ‘articolo 15 della legge 135/2012
<ul style="list-style-type: none">• spesa farmaceutica;• spesa per gli acquisti di beni e servizi;• dotazione di posti letto accreditati;• contratti per l’acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l’assistenza specialistica ambulatoriale e per l’assistenza ospedaliera;• remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale;• spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale;

Le azioni di razionalizzazione previste dalla delibera regionale- finalizzate a garantire in condizioni di riduzione delle risorse disponibili, il mantenimento dei livelli di assistenza *“con la consapevolezza della necessità d’interventi strutturali, in tempi brevi e certi per la salvaguardia del nostro sistema, ma con tutta l’attenzione a non compromettere le prospettive di lungo periodo”* - si sono basate (necessariamente) sui tre ambiti logici di azione:

- 1) Ulteriori azioni di razionalizzazione
- 2) Revisione dei modelli organizzativi
- 3) Revisione dei modelli produttivi

La declinazione di tali ambiti di intervento sono stati l’oggetto dell’allegato A (parte integrante della stessa delibera) con il quale sono stati definiti obiettivi e azioni coordinate immediatamente eseguibili (nei campi dei farmaci, presidi, apparecchiature elettromedicali, beni economati, prodotti informatici, consulenze e collaborazioni, formazione, coperture assicurative etc)

Il secondo obiettivo (di tipo strategico), declinato nell ’allegato B è stato quello di definire una serie di azioni di riordino (in una dimensione di tipo sistemico) dei diversi campi che strutturano il Sistema Sanitario Regionale:

1. Organizzazione Ospedale – Territorio
2. Emergenza – Urgenza
3. Servizi di Genetica
4. Laboratori
5. Sistema Trasfusionale
6. Privato Accreditato
7. Dipartimenti di Prevenzione
8. Prevenzione Individuale
9. Sistema Informativo e Dematerializzazione

In particolare per quanto riguarda il 1° punto (Organizzazione Ospedale – Territorio) - oggetto del nostro approfondimento - gli obiettivi indicati hanno riguardato:

- razionalizzazione della rete ospedaliera e dei loro modelli di funzionamento con implementazione della intensità di cura;

- riorganizzazione per l'alta specializzazione e la complessità dei percorsi ospedalieri sulla base delle soglie operative e delle masse critiche di casistica (favorendo la prosecuzione dei processi di integrazione in rete dei piccoli ospedali e la proiezione delle equipe clinico assistenziali specialistiche);
- interventi sulle RSA;
- potenziamento delle cure intermedie;
- riorganizzazione dei PUA e delle UVM;
- interventi di revisione su ruolo e funzioni dei MMG e continuità assistenziale;
- estensione della sanità di iniziativa;
- rimodulazione della spesa farmaceutica.

2. Delibera N 1231 del 28/12/2012 Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.: approvazione schema di Accordo Regionale ai sensi degli art. 4, 14 e 13-bis ACN/2009

Con la delibera 1231 la regione Toscana ha provveduto a rinnovare l' Accordo con le organizzazioni Sindacali rappresentative della Medicina Generale¹ (Accordo integrativo regionale 2012) con l'obiettivo di *“migliorare la qualità delle prestazioni erogate dalla medicina generale e da tutti i*

¹ il precedente accordo era centrato sul ruolo della Medicina Generale nell'attuazione del PSR 2008-2010. In premessa, la regione aveva richiamato la sua volontà di *“condividere con la Medicina Generale (MG) gli obiettivi strategici fissati dal Piano Sanitario Regionale (PSR) per il triennio 2008-2010, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio 2008, attraverso un accordo che definisca il ruolo della Medicina Generale nel sistema socio-sanitario regionale e le interazioni tra questa e le altre componenti del sistema”* E' stata poi ribadita la centralità del MMG nella medicina di iniziativa e il modello di riferimento per la sua attuazione *“il modello di riferimento per l'attuazione della sanità d'iniziativa è costituito da una versione evoluta del Chronic Care Model (CCM) – definita expanded chronic care model - nella quale il singolo cittadino è calato nella più ampia dimensione della comunità e dove gli aspetti clinici, presi in carico dal medico di famiglia, sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti di salute. Tale modello prevede, a livello di cure primarie, un team multiprofessionale proattivo, nel quale il medico di famiglia, nello svolgimento del proprio ruolo clinico decisionale, è affiancato da infermieri ed altre figure di supporto, nell'ambito delle rispettive professionalità.*

I compiti che la regione aveva affidato al team sono stati quelli di attuare, *“sotto la supervisione del medico di famiglia, gli interventi resi necessari dai bisogni della specifica patologia e dal livello di rischio, con modalità che garantiscano il coordinamento degli interventi (sia all'interno del team, sia nei confronti di altri livelli del sistema socio-sanitario) e la continuità del percorso di salute del paziente tra territorio e ospedale. Coordinamento e continuità sono realizzati mediante l'applicazione di protocolli operativi per le diverse patologie croniche (percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali), condivisi a livello aziendale”*. Nell'ambito del team il MMG riveste e mantiene il ruolo di responsabile in quanto il *“MMG esercita... una funzione di supervisione sulle attività del team assistenziale, quale figura che mantiene un ruolo centrale determinato dal rapporto di libera scelta che lo lega al cittadino utente”*

Gli strumenti ritenuti indispensabili per un corretto funzionamento del team sono stati identificati nel

- l'uso delle proprie *cartelle cliniche informatizzate* dalle quali poter trarre le informazioni necessarie per:
 - il monitoraggio delle patologie croniche ed il patient summary, ovvero un set predefinito di informazioni relative agli assistiti in carico, così come definito dal progetto Carta Sanitaria Elettronica;
 - la pianificazione personalizzata degli interventi;
 - l'educazione ed il supporto dei pazienti al self-management;
 - lo sviluppo di competenze gestionali e l'utilizzo continuo dell'audit nell'ambito del team.
- l'*audit*, inteso come un momento di confronto tra componenti del team, nel quale

riportare eventuali dissensi interni o disallineamenti, sia a livello comportamentale che relazionale, e nel quale giungere, alla ricomposizione di conflitti di ruolo ed a chiarimenti su dinamiche di contrasto, al fine di trasformare possibili criticità in opportunità di crescita professionale ed espressioni di dinamismo del sistema

Dal punto di vista della attuazione nel testo era stata prevista l'aggregazione funzionale dei MMG in moduli le cui caratteristiche strutturali erano

- a) una popolazione di riferimento di circa 10.000 assistiti;
- b) una sede unica o principale (tra due o più sedi) per lo svolgimento dell'attività del team1;
- c) la presenza di un infermiere e un operatore socio sanitario con formazione complementare in area sanitaria in rapporto alla popolazione di riferimento (1/10.000);
- d) una infrastruttura informatica in grado di consentire la registrazione dei dati di attività da parte di tutti i componenti del team;
- e) la formazione specifica del personale di cui al punto precedente sui percorsi assistenziali condivisi a livello aziendale, con la partecipazione della Medicina Generale;
- f) il supporto da parte dell'azienda sanitaria di riferimento per le altre figure professionali coinvolte, secondo quanto previsto dai percorsi assistenziali.

Nell'accordo veniva prevista una fase di avvio a tutto il 2010 e una fase di regime alla prima metà del 2011 e veniva rivisto il sistema di remunerazione prevedendo un compenso massimo a regime pari a € 4,5 ad assistito per anno, in relazione a:

- partecipazione al progetto *“Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa”* a regime (estensione a tutti i cittadini della Toscana ed a tutte le patologie croniche previste dal PSR)
- realizzazione delle attività previste dall'accordo medesimo

servizi territoriali, consentendo così di contribuire a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al DEA, di garantire una assistenza migliore ai pazienti affetti da cronicità”.

Attraverso l'accordo “la Medicina Generale e la Regione Toscana si impegnano a garantire a coloro che usufruiranno dei percorsi offerti dalle Aziende Sanitarie equità di accesso, anche attraverso la definizione di PDTA aziendali e la medicina di iniziativa. In particolare si impegnano a garantire le prestazioni in tempi consoni alle condizioni cliniche del cittadino anche attraverso la loro diretta erogazione nelle AFT e UCCP”. Nell'accordo viene anche definita una nuova organizzazione della continuità assistenziale che ha già sollevato perplessità ma che invece rappresenta una sperimentazione importante e un modo per superare con una prospettiva certa la dicotomia ancora presente tra assistenza primaria e continuità assistenziale. Viene infine prescritto per ciascuna ASL l'obbligo di procedere alla stipula dell'accordo aziendale con la MG (ai fini della attribuzione del budget) essendo possibili anche accordi integrati di Area Vasta (AIAV).

Al 1° punto dell'accordo è posta la necessità di superare la vecchia logica dell' équipes territoriali (ET) e i moduli del precedente accordo regionale indirizzando il sistema verso forme evolute di aggregazione le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e Unità complesse di cure primarie (UCCP) (tabella 4)

Tabella 4

	Mono – professionali	Multi - professionali	Funzionali	Strutturali
ET (in via di superamento)		X	X	
AFP	X		X	
UCCP		X		X

Le aggregazioni funzionali territoriali

Le AFT sono un raggruppamento funzionale, mono-professionale di Medici di Medicina Generale (MMG) le cui caratteristiche salienti sono riportate nella successiva tabella 5.

Dalla data della loro istituzione, Le AFP ricomprendono le forme di aggregazione di cui all'art 54, comma 3 (forme associative, che costituiscono modalità organizzative e forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, etc.) dell'ACN e pregresso AIR, e sostituiscono, se presenti, anche i team–equipe, previsti dall'art. 26 stesso (equipes territoriali), facendo decadere la pre-esistente organizzazione ed i relativi referenti/coordinatori medici.

Nelle AFT sono presenti sia *attività di tipo fiduciario* (l'assistenza primaria propriamente detta nei confronti dei propri assistiti) e sia *attività di tipo orario* (la guardia medica dei gironi prefestivi e dei giorni festivi) Per questo ultimo tipo di attività l'accordo conferma che, in via transitoria e in attesa che quanto previsto dalla L. 189/12 circa le attività della AFT ed il ruolo unico sia recepito e normato da un accordo fra Sisac e le OO.SS. della Medicina Generale, l'orario di attività della ex continuità assistenziale rimarrà quello previsto dall'ACN in vigore.

Tabella 5

Caratteristiche delle AFP	
Obiettivo	affidare ai medici della AFT, secondo obiettivi definiti e concordati con l'Azienda Sanitaria, la tutela della salute della popolazione di riferimento
Ambito	30.000 abitanti (di norma)
Professionisti presenti	<ul style="list-style-type: none"> • Medici a rapporto di fiducia e/o orario • Un coordinatore MMG eletto dagli altri

	MMG
Compiti:	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza ambulatoriale ed domiciliare • SDI • governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili (budget) • Prevenzione • Empowerment degli assistiti • Diagnostica di primo livello

La continuità assistenziale H16

Tuttavia in via sperimentale la continuità assistenziale di tipo tradizionale potrà essere limitata a un arco di ore ricompreso fra le 20 e le 24, che sono le ore nelle quali vengono effettuate la quasi totalità delle visite domiciliari. Dalle ore 24 alle ore 8 il SSR garantirà le urgenze (tramite il 118 e il circuito ospedaliero). Tale organizzazione sarà realizzata attraverso obiettivi intermedi concordati a livello aziendale.

Le ore liberate, nel comparto a rapporto orario, saranno utilizzate dall'AFT in attività diurne (A titolo di indicazione generale, dovranno essere indirizzate alla presa in carico di assistiti ricoverati in reparti di cure intermedie e nei ricoveri temporanei a bassa intensità assistenziale, oppure, in collaborazione con l'attività del medico di fiducia dell'assistito, per il supporto dell'assistenza ai pazienti in dimissione complessa, per l'assistenza ai cittadini nelle fasi terminali della vita (in particolare pazienti oncologici) ed in tutte quelle attività che hanno lo scopo di evitare ricorsi impropri agli ospedali ed in particolare al DEA). Gli orari diurni saranno organizzati di norma in turni di 8 ore, dalle 8 alle 16 e dalle 16 alle 24. I medici a rapporto orario passeranno progressivamente a 38 ore settimanali, rispettando il monte orario complessivo definito dal precedente AIR della continuità assistenziale.

Le Unità complesse di cure primarie (UCCP)

Le UCCP sono un'aggregazione strutturale multi-professionale di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che operano, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento le cui caratteristiche salienti e i relativi *standard minimi* sono riportate nella successiva tabella 6. Entro sei mesi la regione effettuerà un censimento esatto delle UCCP presenti (in numero approssimativo di circa una dozzina) ed entro la stessa data dovrà essere costituito il fondo economico.

Entro 12 mesi dalla data della deliberazione dell'intesa dovranno invece essere presentati i piani aziendali di implementazione delle UCCP.

Gli altri punti dell'accordo

Un altro dei punti di rilievo dell'AIR è l'implementazione della medicina di iniziativa con il passaggio da un modello orientato per patologie a quello orientato alla gestione del paziente cronico con bisogni assistenziali complessi. L'obiettivo è quello di garantire la copertura di tutta la popolazione toscana andando in progress fino a raggiungere tale livello nel 2015 (20% annuo).

Un ulteriore punto è la ripartizione in quota parte delle risorse liberate dall'applicazione obbligatoria a livello aziendale degli accordi sulla farmaceutica e diagnostica già concordati a livello regionale

L'accordo a livello aziendale AIR: il Budget

Entro 3 mesi dalla data della deliberazione dell'accordo regionale ciascuna Azienda USL è tenuta alla stipula dell'accordo aziendale con la MG. Gli accordi aziendali dovranno contenere:

- a. la discussione e la implementazione di un budget a livello di AFT, di UCCP e aziendale basato sui contenuti degli obiettivi e degli indicatori del presente accordo
- b. il meccanismo di utilizzo delle risorse liberate attraverso l'applicazione obbligatoria a livello aziendale degli accordi sulla farmaceutica e diagnostica concordati a livello regionale:

Tabella 6

Caratteristiche delle UCCP	
Obiettivo	effettuare in maniera integrata tutte quelle attività utili ad affrontare prima di tutto la cronicità in tutte le sue varianti
Sedi possibili	<ul style="list-style-type: none">○ Presidio distrettuale integrato○ Casa della Salute (CDS)○ Riconversione di presidi ospedalieri o territoriali○ Strutture comunali o comunque pubbliche○ Strutture messe a disposizione da società di servizio della Medicina Generale, cooperative mediche○ Strutture del Volontariato○ Strutture provenienti dal privato
Professionisti presenti	<ul style="list-style-type: none">● Medici di Medicina Generale (con eventuale presenza di Pediatri di Famiglia)● Infermieri (siano essi dipendenti AUSL o altro Datore di lavoro)● Amministrativi (siano essi dipendenti AUSL o altro Datore di lavoro)● Assistenti Sociali e/o Operatori Socio Sanitari (siano essi dipendenti AUSL, Comunali o in Cooperativa...)● Specialisti:<ul style="list-style-type: none">○ presenti fisicamente○ in alternativa che sia presente una attività specialistica di telemedicina (es. lettura da remoto di un ECG)○ o in alternativa che sia presente una "diagnostica di primo livello)
Compiti:	<ul style="list-style-type: none">○ Erogare ai cittadini le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)○ Erogare assistenza sanitaria e diagnostica di 1° livello anche al fine di ridurre l'accesso improprio al PS○ Mettere in atto i principi del chronic care model (CCM) tipo expanded e della sanità di iniziativa per la presa in carico globale del paziente cronico ed effettuare tutte le attività tipiche della prevenzione primaria e secondaria (educazione sanitaria, stili di vita, AFA...).○ Raccordarsi con l'AFT per quanto riguarda la gestione del budget assegnato e degli

	<p>obiettivi da raggiungere</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fornire prestazioni sociosanitarie integrate, con particolare riguardo alla domiciliarietà e residenzialità, nell'ambito degli obiettivi concordati dall'Azienda con l'AFT, con l'obiettivo, in questo caso, di ridurre al minimo la necessità di istituzionalizzare i cittadini. ○ Garantire una presa in carico dei pazienti per le problematiche sanitarie non differibili per tutto l'arco della giornata
--	--

3. Delibera N 1235 del 28-12-2012 DGR 754/2012, allegato B "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale". Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo

Con la delibera N 1235 del 28-12-2012 la regione ha approvato le linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste (allegato A) e il relativo piano operativo (allegato B) in riferimento all'allegato B " della stessa delibera 754/2012 ("Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale") stanziando una somma di € 20.000.000,00 al fine di supportare l'adozione delle azioni di riordino delineate dall'allegato A, di cui € 13.000.000,00 da riservare all'implementazione delle azioni concernenti il riassetto del territorio.

L'allegato A della delibera N 1235 del 28-12-2012 (Indirizzi alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste per il riordino del sistema sanitario regionale)

L'allegato A definisce per ciascuno dei diversi campi: obiettivi, sub-obiettivi, azioni, strumenti, indicatori e strumenti.

Quattro sono gli obiettivi riconosciuti:

1° obiettivo	Riassetto delle Cure Primarie e nuovo ruolo dei professionisti	Rimodulazione dell'organizzazione distrettuale	Integrazione delle Cure Primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera a medio- bassa intensità
2° obiettivo	Razionalizzazione rete ospedaliera		
3° obiettivo	Ridefinizione della rete ospedaliera		
4° obiettivo	Ridefinizione modelli Organizzativi ospedalieri		

Per quanto attiene al 1° obiettivo vengono definiti ulteriori 6 sub- obiettivi con relative azioni (tabella 7)

Tabella 7

Sub obiettivi	Azioni
Sviluppo del ruolo dei professionisti delle Cure primarie e della loro integrazione	Promozione modelli organizzativi complessi; Continuità assistenziale H16 (H24)
Riassetto dei presidi distrettuali attraverso la definizione di un "piano regolatore" aziendale	Definizione Piano regolatorio e standard strutture Aggregazione in sede unica
Appropriatezza e buon uso delle risorse da parte dei prescrittori	Elaborazione raccomandazioni per uso di farmaci indagini specialistiche e diagnostica per immagini
Sviluppo strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale del cittadino	ADI +10%; Ecografia internistica 1° livello Telemedicina
Estensione della Sanità di Iniziativa e ulteriore sviluppo dell'Expanded Chronic Care Model	Implementazione della Sanità d'iniziativa (+ 20% di copertura della popolazione all'anno
Sviluppo sistema delle cure intermedie come alternativa che consenta l'utilizzo corretto delle risorse	Adeguamento ad uno standard indicato di PL di cure intermedie per 1000(ospedale di comunità, hospice,

E vengono definiti strumenti sotto forma di indicazioni (uso del farmaco , della diagnostica di laboratorio, potenziamento ADI, adozione atto territoriale, etc) indicatori di tipo numerico o di altro tipo e i diversi livelli (regionale o aziendali) di negoziazione con i professionisti coinvolti (MMG, PLS, OOSS del comparto)

L'allegato B della delibera N 1235 del 28-12-2012 PIANO OPERATIVO PER IL RIORDINO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

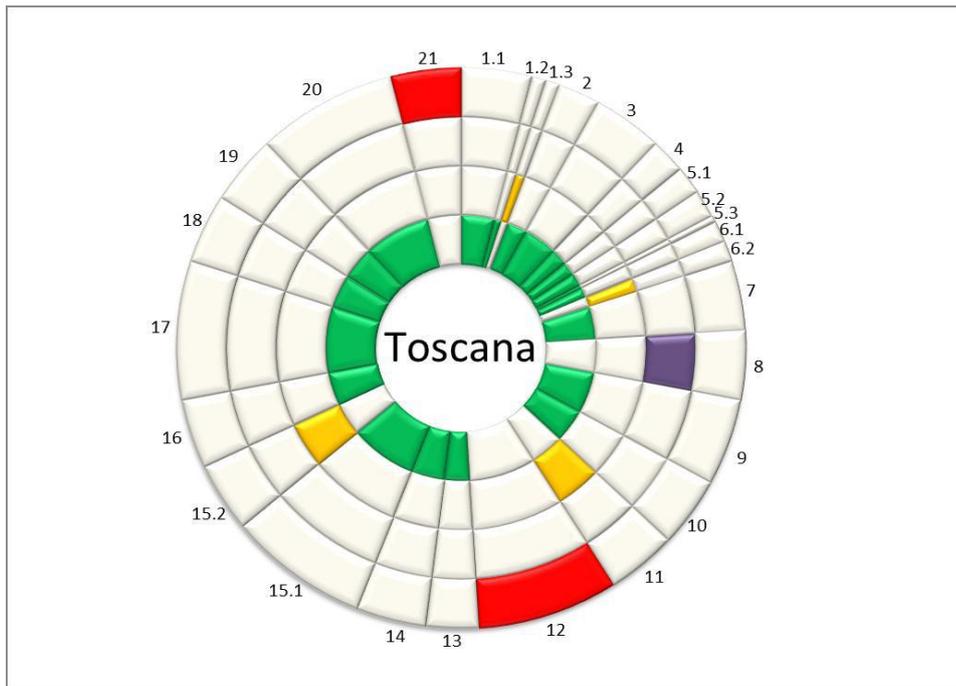
L'allegato B indica attraverso apposite tabelle le principali azioni attuative degli indirizzi di cui all'allegato A per le diverse aree del SSR. Per ciascuno dei sub-obiettivi vengono definiti azioni, tempi e livelli di responsabilità (tabella 8)

Tabella 8

Sub obiettivi	Azioni / responsabilità
1) Sviluppo del ruolo dei professionisti delle Cure primarie e della loro integrazione	Accordi regionali con MMG, PLS e specialisti ambulat. entro 1 mese. Livello REGIONE
2) Riassetto dei presidi distrettuali attraverso la definizione di un "piano regolatore" aziendale	Definizione standard regionali, 3 mesi. Livello REGIONE Ridefinizione sedi, 3 mesi dagli standard. Livello ASL
3) Appropriatelyzza e buon uso delle risorse da parte dei prescrittori	Definizione raccomandazioni, 2 mesi. Livello REGIONE Accordo con MMG e altri, 3 mesi. Livello REGIONE Accordi aziendali 3 mesi. Livello ASL
4) Sviluppo strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale del cittadino	Accordo MMG e altri 2013. Livello REGIONE Accordi aziendali 3 mesi. Livello ASL
5) Estensione della Sanità di Iniziativa e ulteriore sviluppo dell'Expanded Chronic Care Model	Revisione percorsi, 3 mesi. Livello REGIONE Adeguamento percorsi aziendali, 3 mesi. Livello ASL
6) Sviluppo sistema delle cure intermedie come alternativa che consenta l'utilizzo corretto delle risorse	Definizione standard di PL. 3 mesi. Livello REGIONE Atto aziendale per individuazione PL, 3 mesi. Livello ASL Adeguamento delle dotazioni di PL, 3 mesi. Livello ASL

Considerazioni conclusive

Nel nostro lavoro abbiamo cercato di dimostrare come la sanità sia un campo istituzionale in cui l'allineamento dei 3 pilastri istituzionali (regolativo, normativo e cognitivo-culturale) sia il requisito per conferire stabilità al sistema. Quello che fa la differenza in termini di qualità dei servizi e risultati di salute ottenuti è tuttavia la specifica logica istituzionale adottata (che varia a seconda dei diversi contesti regionali). Nel caso della Toscana - i cui risultati di salute sono ottimi come certificato dal Comitato LEA relativamente alla valutazione dei 21 indicatori di performance stabilita a livello nazionale, con la eccezione degli indicatori 12 relativo alla spesa farmaceutica territoriale e 21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso, (vedi il rosone dedicato alla Toscana)



parte del successo ottenuto, anche in termini di equilibrio finanziario, è derivato dalla adozione dell' *expanded chronic model*. Un modello di implementazione delle cure primarie che discende dalla consapevolezza che l'avvenuta transizione epidemiologica impone un diverso paradigma assistenziale. Tale consapevolezza è assente nelle regioni in disavanzo strutturale (Lazio, Campania e Sicilia) dove il modello assistenziale è rimasto fondamentalmente immutato negli ultimi decenni e dove i temi della centralità della assistenza ai pazienti con patologie croniche e delle cure primarie vengono trattati come "miti razionali" a cui le regioni si adeguano solo ed esclusivamente per "isomorfismo mimetico". La lezione della Toscana è invece quella di avere tradotto in *azioni* dei principi teorici in cui si riconoscono la gran parte degli attori istituzionali: il regolatore istituzionale, i professionisti della salute e gli organi di rappresentanza dei cittadini. Da questa azione di concertazione alla cui base c'è uno specifico assunto teorico, fortemente implementato sulle best practices a livello internazionale, ne è derivata una ingegnerizzazione del sistema coerente, modulabile ed adattabile nel tempo. Un modello sensibile alle nuove necessità assistenziali, di ottimo livello seppur perfezionabile, che dovrebbe essere tenuto in grande considerazione dalle regioni le cui performances sono al di sotto degli standards di riferimento.

Roberto Polillo