

ALLEGATO 1

Delineazione di una struttura di primaria assistenza nel territorio che potrebbe essere denominata "Unità Primaria di Assistenza Territoriale *UTAP*."

Il processo di innovazione della sanità non potrà che avere come riferimento la persona, le sue esigenze, i suoi obiettivi.

La medicina delle specializzazioni, se da un lato ha permesso il raggiungimento di importantissime acquisizioni in campo diagnostico e terapeutico, dall'altro "riducendo" la persona a singolo organo o apparato, ne ha perso di vista l'unitarietà fisica e ne ha ignorato la specificità culturale, spirituale sociale e di contesto.

La medicina di famiglia ha per converso "modificato" il suo rapporto tradizionale con i propri assistiti sani e malati.

Ne è risultata una sofferenza in quella parte del ruolo del medico che, accanto alla cura è il "prendersi cura" del paziente, nel conteso dei servizi socio sanitari e della comunità che da sempre ha costituito un aspetto chiave del suo operare, e che oggi, la ristrettezza e l'instabilità dei nuclei familiari, e l'invecchiamento della popolazione sembrano ancora di più sollecitare al medico.

Se da un lato pertanto sarà importante sostenere lo sviluppo tecnologico sarà altrettanto importante fare in modo che il rinnovamento dell'organizzazione sanitaria consenta a queste conquiste e questi risultati di diventare supporto alla persona nella sua unitarietà spirituale e materiale.

Il recupero del governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari nel territorio e nella comunità, le scelte per un'azione di prevenzione e promozione della salute, di terapie e di un'assistenza costante legata alla conoscenza della persona in quanto tale, al suo ambiente, fa del medico di famiglia lo strumento fondamentale per consentire al sistema sanitario di recuperare la centralità dell'uomo e per fare sì che lo sviluppo tecnologico e della specialistica diventino strumenti per nuove frontiere nella qualità della vita.

- L'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale sarà condizionata da fenomeni che avranno peso crescente sugli assetti organizzativi dei servizi e sulla formazione degli operatori sanitari.

Questi sono:

- La spinta crescente sui servizi esercitata dalla prevalenza della patologia cronico degenerativa che pone il problema, già oggi e lo porrà maggiormente in futuro, della presa in carico dei pazienti da parte di una robusta rete di servizi territoriali in cui sia protagonista il Medico di Medicina Generale;
- La spinta verso la alta specializzazione quali ad esempio la genetica, i nuovi farmaci, la robotica in chirurgia, gli xeno-trapianti etc., che costituisce l'altra polarità dello sviluppo della medicina e dell'organizzazione sanitaria;

La consapevolezza che i determinanti della salute sono in larga parte fuori dal Servizio Sanitario e che la promozione della salute, gli stili di vita e quindi il protagonismo stesso dei cittadini per la gestione del proprio stato di salute sarà sempre più importante, con la necessità quindi di sviluppare le iniziative di educazione alla salute rivolte ai cittadini;

- Il gradimento da parte dei cittadini dei servizi erogati dal S.S.N. e conseguentemente l'attenzione da parte dei diversi livelli di responsabilità alla mancanza di miglioramento o al possibile deteriorarsi della qualità del S.S.N. evidenziato da problematiche quali ad es. le liste di attesa che richiederà ai servizi una attenzione sempre maggiore verso la qualità percepita dai cittadini;
- La necessità di migliorare il rapporto delle strutture del S.S.N. con i propri operatori medici e non quale fattore strategico per un miglior funzionamento dei servizi che richiederà l'implementazione di strumenti di governo nelle Aziende Sanitarie che favoriscono lo sviluppo del coinvolgimento e la valorizzazione della componente clinica dei servizi. Punto importante sarà l'organizzazione di un governo unitario della Sanità nel territorio espresso sia nella partecipazione alle scelte di programmazione, ma anche di gestione della AASSLL. Un uguale indirizzo dovrà avere la struttura degli onorari dei sanitari i cui contenuti dovranno essere sintonizzati con gli obiettivi di salute della programmazione, premiare la professionalità, la qualità e quantità del lavoro, con adeguato riconoscimento di ruolo nel sistema sanitario. Più poteri ai soggetti che operano, più responsabilità nella gestione dei programmi e budget condivisi.

A fronte della presenza già oggi e del probabile sviluppo di tali fenomeni nel prossimo futuro, si rende necessario l'avvio di un forte processo di innovazione che riposizioni su logiche nuove i diversi settori e i professionisti del S.S.N. recependo sul piano operativo gli indirizzi da tempo emanati a livello internazionale e nazionale OMS; P.S.N. 2002-2004.

Un aspetto di assoluta rilevanza in questo processo di riorientamento culturale ed organizzativo dei servizi è costituito dal ruolo e dall'organizzazione dei servizi territoriali e dell'assistenza primaria e in modo particolare dal ruolo del Medico di Medicina Generale, che attraverso una rinnovata centralità siano in grado di "cogestire" con gli specialisti ospedalieri i percorsi assistenziali dei pazienti.

Per i servizi territoriali l'enfasi va sulla capacità di "leggere" i bisogni assistenziali e di "governare" la domanda di prestazioni che si esprime sia verso la rete dei servizi territoriali stessi (specialistica, domiciliarità, residenzialità) che verso l'ospedale e gli altri poli dell'assistenza socio-sanitaria.

In tale prospettiva la continuità assistenziale (tra servizi territoriali e tra questi e l'Ospedale) diventa un obiettivo per l'organizzazione dei servizi e per l'operatività dei professionisti, particolarmente significativa per la "gestione" delle patologie cronico-degenerative.

Aspetto cruciale per la riorganizzazione dei servizi territoriali è costituito dal modello organizzativo della medicina di famiglia finalizzato agli obiettivi sopraindicati.

E' pertanto necessario prevedere una ridefinizione dell'assetto organizzativo della Medicina di Famiglia che permetta alla stessa l'assunzione di questa maggiore responsabilità nell'ambito del S.S.N.

In particolare il nuovo PSN afferma al punto 2.7 di pag. 28 che è necessario "promuovere il Territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari".

E testualmente continua affermando che "più in generale, si rende evidente la necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio spostando risorse e servizi che oggi ancora sono assorbiti dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica oggi non più sostenibile.

Ancora una volta quindi l'attenzione si sposta sui MMG e PLS, ai quali si deve però chiedere di giocare un ruolo maggiore che in passato.

Il nuovo PSN, è lo strumento per individuare un nuovo assetto dell'organizzazione della medicina nel territorio. Il rinnovo delle Convenzioni dei M.M.G. – P.L.S. – M.C.A. – Specialisti dovranno assumere come centrali questi obiettivi.

I problemi economici, le liste di attesa, il sottoutilizzo e l'utilizzo improprio di risorse nel sistema, impongono una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale.

La riorganizzazione del territorio si realizza con la costituzione di **Unità Territoriali di Assistenza Primaria UTAP**, formate dall'associazione di più medici convenzionati che operano in una sede unica e che garantiscano le ulteriori funzioni accanto a quelle già oggi svolte o previste dalla vigente convenzione anche nelle sue espressioni più avanzate come la Medicina di Gruppo, che sostanzino la continuità assistenziale.

Accanto alla tradizionale responsabilità individuale del singolo professionista rispetto ai propri assistiti, il nuovo modello organizzativo permetterà lo sviluppo di una responsabilità collettiva da parte dell'intero gruppo di professionisti su quanto "di più" è possibile garantire all'insieme degli assistiti dell'UTAP (accessibilità, fornitura di attività specialistiche, presa in carico per la continuità assistenziale, considerato anche il ruolo crescente che avrà l'assistenza domiciliare e quindi il Medico di Medicina Generale, maggiore gestione dei propri assistiti in alternativa al ricovero in ospedale etc.) considerato che questa unità sarà punto di riferimento per l'attività di specialisti per programmi di

assistenza distrettuale, ad essa sarà integrato il servizio di continuità assistenziale e sarà dotata di personale infermieristico e tecnico oltre che di personale amministrativo e di supporto.

Va poi ulteriormente osservato come questo modello possa permettere il miglioramento della qualità delle cure attraverso lo sviluppo del governo clinico delle cure primarie (verifica tra pari utilizzo di linee guida etc. nell'ambito del gruppo) e maggiore efficacia nella responsabilizzazione finanziaria (gestione del budget).

Le UTAP dovranno organizzare il soddisfacimento di tutta l'attività ambulatoriale che oggi impropriamente si svolge all'ospedale, dovranno soddisfare la domanda specialistica di elezione a partire da quella più diffusa riportando le attese a livelli fisiologici con la presenza di specialisti. Dovranno organizzare la continuità assistenziale uniformando il team con la integrazione dei medici di continuità assistenziale. In ogni caso è essenziale che 24 ore su 24 ore e 7 giorni su 7 giorni, di fronte ad una domanda di salute ci sia la risposta o la organizzazione delle medesime sul territorio.

In generale obiettivi di questo riordino sono:

- La garanzia di una appropriata erogazione dei servizi a partire dai LEA;
- Un'efficace continuità assistenziale e presa in carico dei pazienti;
- Una più incisiva attività di promozione della salute e di educazione alla salute per i cittadini;
- La fornitura di attività specialistiche;
- L'abbattimento di liste d'attesa;
- La riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri;
- La attivazione dei percorsi assistenziali;
- Una più efficace integrazione socio sanitaria.

L'obiettivo prioritario è la realizzazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del medico dell'assistenza sanitaria di base. Un processo teso a fornire, l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersectorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo.

E' noto quanto sia importante il coordinamento degli interventi ed a tale scopo individuare nel territorio soluzioni innovative, organizzative e gestionali per orientare diversamente la domanda di prestazioni.

Il territorio incentrato sulle UTAP e sul responsabile del medesimo nella gestione delle ASL che saranno di regola singolarmente dislocate, anche se sono prevedibili aggregazioni di diverse UTAP, in base alla specificità territoriale servita, in particolare nei grandi centri urbani

densamente popolati, si collegheranno in rete con l'organizzazione distrettuale alla quale vanno riservate le attività MULTI-UTAP soprattutto relative ai servizi per i quali necessitano aggregazioni di utenti più ampie (60-100.000 utenti) e del sociale.

Il budget del territorio sarà strutturato fermo restando la individualità della convenzione con il sanitario, individuando un livello di responsabilità di Unità, e sarà incentrato sia sull'attività e le prestazioni effettivamente svolte che sulla frazione di "governo della domanda" individuandone modalità che identifichino l'effettivo ruolo svolto dai medici UTAP singolarmente o collettivamente.

Le UTAP per le parti comuni si danno un referente che si relaziona con il territorio, il distretto, l'ospedale e ogni altro polo della rete socio-sanitaria.

In linea generale si può affermare che questa è una impostazione che inverte il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata sull'ospedale che attende i cittadini ai servizi, a favore di una linea che identifica il territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio assistenziali dei cittadini. Il territorio è sempre stato considerato erogatore di servizi extraospedalieri, oggi bisogna riorganizzare l'offerta dei servizi e prestazioni nel territorio per configurare l'intervento ospedaliero come assistenza extraospedaliera sempre più riservata alle patologie acute. L'organizzazione sul territorio di strutture UTAP dimensionata su bacini di utenza adeguati, con attrezzature adeguate, hanno la capacità di rendere visibile nel territorio l'assistenza, di essere precisi punti di riferimento per i cittadini.

Le strutture delle cure primarie UTAP, la loro realizzazione deve tener conto di alcuni riferimenti quali:

- 1) Che diventano il punto di riferimento dell'assistenza territoriale;
- 2) Che sono il primo dei poli della rete integrata di assistenza Socio Sanitaria che ha come riferimento l'ULSS e il Comune;
- 3) Che diventano un interlocutore di dialogo con il distretto, l'ospedale e le altre strutture di assistenza presenti nel territorio;
- 4) Che il modello organizzativo è fortemente condizionato dalla dimensione della popolazione assistita per quantità e qualità.

Ancora, l'attività della UTAP si inserisce in una programmazione distrettuale, ancorché rimanga una esigenza di unitarietà nella gestione del territorio quando il medesimo raggruppa più di un distretto.

In questa fase vogliamo ipotizzare una scelta piena dei medici verso questa riorganizzazione in modo volontario, lasciando ad una fase successiva processi di costruzione che possono trovare delle mediazioni se l'obiettivo è esplicito.

L'obiettivo è la concentrazione in un'unica sede operativa di tutti i medici e non medici della UTAP, sapendo che questo può incontrare problemi con altri operatori esterni, ad esempio le farmacie per effetto della loro dislocazione.

In questo caso è importante un coinvolgimento di queste strutture al processo di riorganizzazione prospettato cercando i presupposti per una forte collaborazione.

Alcune criticità, vanno assunte come parte dei problemi da risolvere, a partire dal come remunerare l'attività specialistica che può essere svolta dal medico dell'UTAP, così come è necessario concertare con i medici specialisti convenzionati la loro organica presenza nella UTAP, unitamente ai medici di Continuità Assistenziale. Dirimente in ogni caso è la disponibilità dei medici a coprire l'intero arco della continuità assistenziale compreso il fatto che l'onorario dei medesimi, dovrà corrispondere alla quantità e qualità di prestazioni svolte individualmente nelle Strutture associate fermo restando la possibilità in una logica di flessibilità di retribuire l'intero gruppo per obiettivi per il cui raggiungimento è necessario l'apporto di tutti i componenti dell'UTAP.

Questo rappresenta un punto fondamentale nell'equilibrio del sistema. L'unica strada perseguibile è data da uno scambio fra più potere da un lato nella redazione e organizzazione dei programmi e dei budget e dall'altro piena responsabilità nella gestione e nell'attuazione dei medesimi.

Una valutazione che ancora va posta alla nostra attenzione, e che un progetto di questa dimensione, destinato a mutare in modo significativo gli equilibri e i poteri nel sistema sanitario, richiede un tempo congruo per la sua realizzazione, passando anche attraverso fasi successive e specifiche sperimentazioni. In ogni caso possiamo parlare di un processo che partendo subito richiede un arco di 3-5 anni.

Un progetto di questa portata si troverà a dover superare prevedibili resistenze corporative, inerzie nei comportamenti, ideologismi radicati, nonché fare i conti con diversi gradi di preparazione professionale dei soggetti interessati, tutto ciò consiglia di avviare un percorso per gradi, procedere per alcune sperimentazioni prototipali, ipotizzando un'ampia flessibilità realizzativa nei diversi contesti locali pur nell'invarianza dell'obiettivo strategico di assegnare centralità di Sistema ai servizi territoriali.

Un capitolo di primaria importanza, sarà dato dal supporto formativo che il Sistema sarà in grado di garantire. A questo proposito, un programma di continuità formativa, **dovrà contenere un congruo numero di ore di diretta esperienza dei medici UTAP all'interno di strutture ospedaliere.** Il rinnovo delle convenzioni con i sanitari convenzionati, potrà individuare i criteri e i contenuti.

Ipotesi di strutture su 10.000 utenti.

Struttura:

- 6 ambulatori (4m. per 4m.)
- 2 locali adibiti a minilaboratorio per esami del sangue, ecografie, ECG, medicazioni , visite specialistiche (6 m. per 6 m.)

per 2.

- 1 ampia sala d'attesa (5m. per 8 m.).
- 1 locale per il personale di studio (3m. per 5m.).

Personale medico e di supporto:

Minimo 6 medici di famiglia	Massimo 8 medici di famiglia
Minimo 1 pediatra	Massimo 2 pediatri
Massimo 2 persone di studio	Massimo 3 persone di studio
Minimo 2 infermieri	Massimo 4 infermieri
Minimo 1 guardia medica	Massimo 2 guardie mediche.
1 unità amministrativa per le attività di gestione amministrativa	

Attrezzature:

- 1) Mezzi informatici collegati in rete all'interno e all'esterno con tutte le strutture operanti in zona e con i presidi ospedalieri delle ULSS di riferimento, in particolare il modello informativo dovrà prevedere:
 - L'informatizzazione delle cartelle cliniche;
 - La messa in rete di tutti i gruppi con l'azienda sanitaria anche per rendere possibile la realizzazione di progetti regionali o aziendali di area preventiva o epidemiologica;
 - Collegamento al CUP;

- Possibilità di ricezione dei referti laboratoristici e specialistici;
- Possibilità di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti per le comunicazioni successive con il medico curante.
- 2) Mini laboratorio per esami di Routine
- 3) Elettrocardiografo
- 4) Ecografo
- 5) Frigoriferi
- 6) Sterilizzatrici
- 7) Per prestazioni di maggiore complessità e per bacini più ampi l'UTAP sarà strettamente collegata secondo percorsi preferenziali con i poliambulatori territoriali e ospedalieri.
- 8) Pronto Soccorso medico e chirurgo di base.

Uno schema di

UTAP

Unità Territoriale di assistenza Primaria

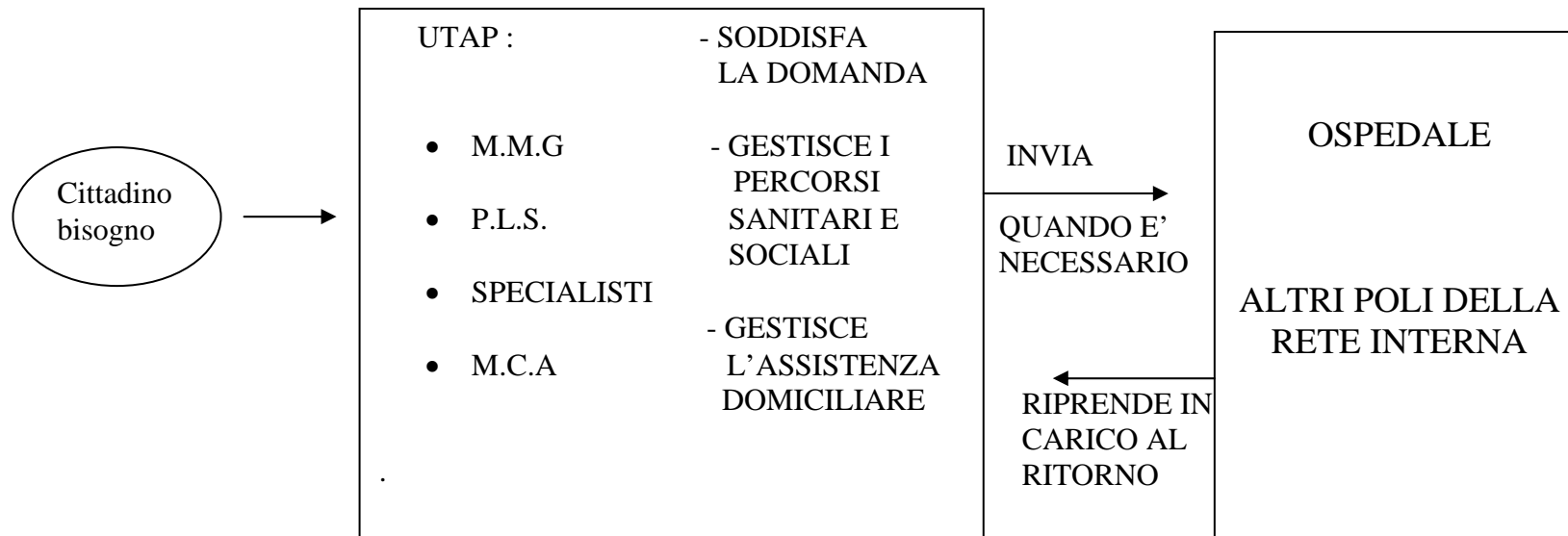
Giugno 2003

I RUOLI dell'UTAP

Modelli di riferimento delle UTAP: Aspetti Generali

La realizzazione di strutture UTAP deve partire da tre assunti chiave:

- L'UTAP è il primo dei poli della rete integrata di assistenza Socio Sanitaria (Integrazione ULSS- Comuni)
- L'UTAP si organizza in via generale attraverso l'aggregazione di 10-20.000 utenti potendosi prevedere su centri urbani densamente popolati l'aggregazione di più UTAP. Si rapporta con il distretto, con l'ospedale e gli altri poli della rete integrata.
- L'UTAP diventa il punto di riferimento dell'assistenza territoriale. Ne intercetta la domanda, la soddisfa per quanto è possibile, ne governa i successivi eventuali percorsi sanitari e sociali, in un'ottica di APPROPRIATEZZA.
- Il modello di organizzazione delle UTAP, è strettamente correlato dalla dimensione della popolazione assistita.



Modelli di riferimento dell'UTAP: Aspetti Generali

- La popolazione servita, costituisce l'elemento di riferimento per la costituzione dell'UTAP;
- Vanno considerate in modo diverso il numero di assistiti in presenza di zone ad alta o bassa densità di popolazione;
- Il modulo base è parametrato su 10.000 assistiti e comprende da 6 a 8 M.M.G., da 1 a 2 P.L.S. un numero di specialisti in ragione delle esigenze (Liste di attesa), 1 a 2 M.C.A.;
- Il modulo base comprende da 2 a 4 infermieri, da 2 a 3 persone di studio, 1 unità amministrativa;
- La Struttura è unica e comprende adeguati locali, per gli studi dei M.M.G., per l'attività specialistica, per la continuità assistenziale, per attività di mini laboratorio (esami del sangue, ecografie, ECG, medicazioni, per il personale infermieristico, per il personale di studio e per la sosta di attesa dei pazienti) e per funzioni di pronto-soccorso di base.

Modelli di riferimento dell'UTAP: Aspetti Generali.

- Le attrezzature, comprendono mezzi informatici collegati in rete all'interno e all'esterno con tutte le strutture operanti in zona e con i presidi ospedalieri delle ULSS di riferimento:
 - La messa in rete di tutte le UTAP con l'Azienda Sanitaria anche per rendere possibile la realizzazione di progetti regionali o aziendali di area preventiva o epidemiologica;
 - Collegamento al CUP;
 - Possibilità di ricezione dei referti laboratoristici e specialistici;
 - Possibilità di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti per le comunicazioni successive con il medico curante;

- Mini laboratori per esami di routine
- Elettroencefalografo;
- Ecografo;
- Frigoriferi;
- Sterilizzatrici;
- Per prestazioni di maggior complessità e per bacini più ampi l'UTAP sarà strettamente collegata secondo percorsi preferenziali con i poliambulatori territoriali e ospedalieri.
- In centri urbani densamente popolati si potrà prevedere l'aggregazione in un'unica sede di più UTAP.

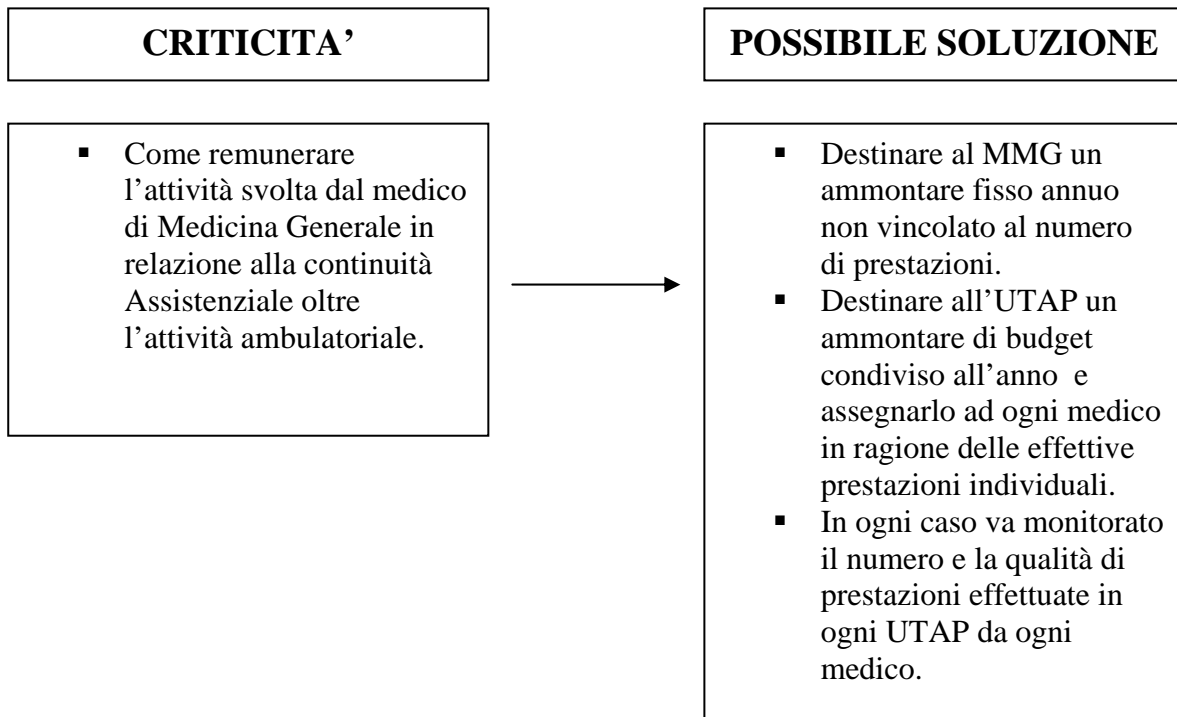
Modelli di riferimento dell'UTAP: Rapporti con gli altri poli della rete integrata.

- L'UTAP è la struttura primaria nel territorio che intercetta il fabbisogno, lo soddisfa per quanto è possibile e governa i successivi percorsi sociali e sanitari.
- L'UTAP dialoga con il distretto sanitario di riferimento, con l'ospedale, con gli altri poli della rete integrata, con il responsabile del territorio nella direzione dell'Azienda Sanitaria.
- Il Distretto Sanitario è una Struttura multi UTAP e svolge attività che necessitano di una concentrazione di assistiti di più di una UTAP sulla scorta di quanto definito dalle programmazioni Regionali.

Modelli di Riferimento dell'UTAP: Ruoli – Criticità.

Ruolo degli specialisti

- Il numero e la quantità di attività nell'UTAP è strettamente legata al fabbisogno dei rispettivi territori (Liste di attesa) e alle risorse potenziali presenti nell'UTAP.
- E' inoltre ipotizzabile in ragione delle singole realtà organizzare l'attività specialistica nelle diverse UTAP per specifiche specialità con ambulatori dedicati per patologia in modo trasversale.



Modelli di riferimento dell'UTAP: Aspetti chiave

Disponibilità dei medici nell'arco della giornata.

- L'UTAP garantisce la continuità assistenziale 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.
- L'insieme dei medici che operano nell'UTAP si danno un referente.

- I medici UTAP organizzano la presenza in modo da garantire unitariamente la capacità di assistenza continua in ragione delle esigenze specifiche di ogni territorio.
- Il personale non medico garantisce il supporto sanitario e organizzativo all'attività e agli obiettivi UTAP.
- L'UTAP promuove e gestisce in concreto, in rapporto alle esigenze, con gli altri poli della rete integrata l'assistenza domiciliare.
- L'UTAP orienta l'attività di assistenza primaria in un ottica di promozione della salute, della qualità della vita di prevenzione e di **APPROPRIATEZZA** delle prestazioni.