

ATTIVAZIONE SPERIMENTALE DI UNITÀ TERRITORIALI PER L'ASSISTENZA PRIMARIA (UTAP)

DALLE FORME ASSOCIATIVE ALLE UTAP

Lo sviluppo nel Veneto delle forme associative per la Medicina di Assistenza Primaria è riconducibile, fondamentalmente, a due atti di programmazione: l'Accordo Regionale per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta del 28 agosto 1997 e l'Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata del 31 dicembre 2001.

L'Accordo Regionale per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta del 1997 prevedeva la costituzione di team di medici. Lo scopo di tale assetto organizzativo era quello di riunire i medici partecipanti in gruppi (generalmente con un numero di componenti variabile da 4 a 12) senza che vi fosse una condivisione di spazi ambulatoriali o di lavoro istituzionale. Era una sorta di rete territoriale di singoli professionisti che continuavano a lavorare individualmente con la consapevolezza di far parte di un gruppo. Non si trattava cioè di un legame strutturale ma funzionale.

Con l'Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata del 2001 sono state definite, sulla scorta delle esperienze avviate con i Team, le seguenti forme associative: medicina in associazione, medicina in rete e medicina di gruppo e forme associative miste.

Nel 2006 (dato in corso di verifica) l'appartenenza a forme associative ha riguardato 2.605 Medici di Assistenza Primaria su 3.544 ovvero il 74% circa, così ripartiti: n. 1.922 in Associazione, n. 84 in Rete, n. 599 in Gruppo. Il finanziamento delle forme associative per la Medicina Convenzionata nel Veneto ammonta a € 24.383.806, per confermare gli attuali livelli di qualità del Sistema. Tali forme associative costituiscono la rete territoriale per l'Assistenza Primaria della Medicina Convenzionata, punto di forza della programmazione socio-sanitaria della Regione Veneto.

Questo importante risultato esprime l'ampia diffusione, ma anche il consolidamento, delle forme associative nella realtà regionale e pone le premesse per l'implementazione di forme associative più evolute, quali le équipes territoriali ex art. 26 dell'A.C.N., ovvero di più elevata complessità, quali le UTAP, che sono finalizzate a: migliorare la qualità dell'assistenza, garantire l'appropriata erogazione dei servizi, la continuità dell'assistenza e l'efficace integrazione socio-sanitaria. Il perseguimento di tali obiettivi avviene attraverso lo sviluppo del governo clinico delle Cure Primarie, inteso come modalità di lavoro condiviso con i medici, nonché mediante una responsabilizzazione sugli obiettivi di compatibilità economica del sistema.

LE UTAP

Gli atti amministrativi con i quali è stato avviato il programma regionale per l'attivazione delle UTAP nel Veneto sono i seguenti:

- ⇒ DGR n. 4395 del 30/12/2005, Accordo regionale per i medici di medicina generale (MMG). Linee guida per la sperimentazione di forme organizzative più complesse: le équipes territoriali e le UTAP;
- ⇒ DGR n. 2686 del 7 agosto 2006, Assegnazione obiettivi ai direttori generali delle Aziende ULSS ed ospedaliere del Veneto ai fini del riconoscimento dell'integrazione del trattamento economico. Art. 3 bis comma 5 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Art. 1, comma 5, del d.p.c.m. 19 luglio 1995 n. 502

così come modificato dal d.p.c.m. n. 319 del 31 maggio 2001. (OBIETTIVO n. 2: ATTIVAZIONE DI ALMENO DUE UTAP IN OGNI AZIENDA SANITARIA).

Attraverso il combinato disposto della DGR n. 4395 del 30/12/2005 e della DGR n. 2686 del 7 agosto 2006, è stato possibile governare sia la fase di progettazione che quella relativa all'attuazione delle UTAP.

Le Aziende sanitarie che hanno già dato attuazione agli indirizzi regionali in materia, risultano dalla seguente tabella.

AZIENDA		TITOLO PROGETTO	TIPO	REFERENTE	DURATA PROGETTO	ASPETTI FINANZIARI	NS PROT.	NOTE
1	BELLUNO	N. 1 - UTAP Comelico - Sappada	UTAP aggregata	Dr. CANDEO Lorenzo	01/02/2006 - 31/01/2008	€ 160.000 al lordo dei benefint erogati direttamente ai MMG (10,10 € assistito x un tot. Di n. 9.281 assistiti	58080 - 31/01/07	
		N. 2 -UTAP Longaronese - Val Zoldana	UTAP aggregata	Dr. FACCHIN Piergiorgio	01/02/2007 - 31/01/2008	€ 175.000 al lordo dei benefit erogati direttamente ai MMG (10,10 € x assistito x un totot. Di n. 10.266 assistiti.		
2	FELTRE	N. 1 UTAP						E-MAIL IN MATTINATA
3	BASSANO D. G.	NESSUNA						DIFFICOLTA' CON I SINDACATI. SEGUIRA' INVIO DOCUMENTO ESPLICATIVO DELLA SITUAZIONE
4	THIENE	N. 1 - UTAP - "MediconTe" di Zugliano	UTAP integrata				e-mail	
		N. 2 - UTAP - "Medivalli" di Arsiero	UTAP integrata					
5	ARZIGNANO	1 - UTAP - ULSS 5- Cooperativa '81Assistenza	UTAP integrata				e-mail	

6	VICENZA	?						CONTATTATA TELEFONICAMENTE DEVE RICHIAMARE
7	PIEVE DI SOLIGO	N. 1 - UTAP DSS NORD Comune di Cappella Maggiore (TV)	UTAP integrata				e-mail	
		N. 2 - UTAP - DSS NORD Comune di Follina (TV)	UTAP integrata					
8	ASOLO	N. 1 - UTAP Comune di Crespano del Grappa	UTAP integrata				e-mail	IN FASE DI ATTIVAZIONE
		N. 2 - UTAP Comune di Valdobbiadene	UTAP integrata					PROGRAMMATA
9	TREVISO	N. 2 UTAP						SENTITO DR. FARONATO: PREVISTE 2 UTAP INCONTRI TUTTORA IN CORSO
10	S.DONA' DI PIAVE	N. 2 UTAP						SENTITO DR. CERESER: STILATO ATTO 1° AVVIO CON CARATTERISTICHE MINIME INVIATO ALLE MED. DI GRUPPO COME PROPOSTA PER N. 2 UTAP

12	VENEZIANA	N. 1 - UTAP Distretto n. 1 Centro Storico	UTAP integrata				e-mail	FASE STRATEGICA DI INDIVIDUAZIONE UTAP NEL TERRITORIO PER POI PASSARE ALLA FASE ESECUTIVA
		N. 2 - UTAP Mestre Terraferma	UTAP aggregata					
13	MIRANO	N. 1 - UTAP	UTAP integrata				e-mail	
		N. 2 -UTAP	UTAP aggregata					
14	CHIOGGIA	?						COMPETENTE IL DISTRETTO DI CHIOGGIA SIG.RA BOSCOLO FRIDA 041/5572100 CHE RIENTRA LUNEDI'
15	CITTADELLA	N. 1 - UTAP Distrettuale	ALTRO: in fase di valutazione				e-mail	
		N. 2 UTAP Distrettuale	ALTRO: in fase di valutazione					
16	PADOVA	?						CONTATTATA TELEFONICAMENTE DEVE RICHIAMARE
17	ESTE	N. 1 - UTAP	UTAP integrata				e-mail	
		N. 2 - UTAP	UTAP integrata					
18	ROVIGO	?						CONTATTATA TELEFONICAMENTE DEVE RICHIAMARE

19	ADRIA	N. 1 - UTAP Comune di Adria	UTAP integrata				e-mail	
		N. 2 - UTAP Comune di Taglio di Po	UTAP integrata					
20	VERONA	?						CONTATTATA TELEFONICAMENTE DEVE RICHIAMARE
21	LEGNAGO	N. 1 - UTAP	UTAP integrata				e-mail	
22	BUSSOLENGO	N. 1 - UTAP Comune di Caprino Veronese	UTAP integrata				telefonicamente	PROGRAMMAZIONE 2007
		N. 2 - UTAP comune di Valeggio sul Mincio	UTAP integrata					
TOTALE UTAP		25						

TRATTAMENTO ECONOMICO RICONOSCIUTO AI MMG E COSTI UTAP

- ⇒ indennità di Medicina di gruppo (€ 7 + € 3,10) = € 10,10
- ⇒ Patto aziendale (€ 3,10 + 1,35) = € 4,45
- ⇒ per gli obiettivi specifici previsti dal contratto UTAP = € 11,50

Totale € 26,05/assistito/anno x 15.000 assistiti x 42 UTAP = € **16.411.500**

Al netto delle indennità di Medicina di gruppo e Patto aziendale = € 11,50/assistito/anno x 15.000 assistiti x 42 UTAP = € 7.245.000

L'immobile in cui ha sede l'UTAP appartiene all'Azienda ULSS.

L'Azienda ULSS copre le spese per il call center professionalizzato.

MODELLO DI RIFERIMENTO PER L'ATTIVAZIONE DELLE UTAP

Il modello di riferimento adottato dalla diverse Aziende sanitarie, è quello sperimentato nella Azienda sanitaria n. 4 di Tiene, che qui si richiama.

UTAP “*MediconTe*” di Zugliano

1. Azienda sanitaria:

Azienda ULSS n. 4 Alto Vicentino

2. Titolo del progetto

UTAP “*MediconTe*” di Zugliano.

3. Linea progettuale nella quale il progetto si colloca: *DGR n. 4395 del 30/12/2005, Accordo regionale per i medici di medicina generale (MMG). Linee guida per la sperimentazione di forme organizzative più complesse: le equipe territoriali e le UTAP.*

3.1 UTAP integrata: con strutturato e organico “sistema di responsabilità” intrecciate tra componenti della Medicina di Assistenza Primaria, Azienda e Distretto. In particolare tra la componente medica sono state istituite due figure di Referenti, l'uno organizzativo e l'altro scientifico, che hanno il compito di coordinare, nello specifico ambito di competenza, il gruppo dei Medici di Assistenza Primaria, di gestire i rapporti con il Distretto socio-sanitario, l'Ospedale e la Direzione aziendale, nonché di mantenere uno stretto collegamento con le Amministrazioni Locali.

4. Referente

4.1 (omissis)

5. Durata del progetto

5.1 Il contratto con i Medici di Assistenza Primaria è stato stipulato con valenza **2006-2009**

6. Aspetti finanziari

6.1 Si possono annoverare i seguenti aspetti.

Ai Medici di Assistenza Primaria componenti l'UTAP è riconosciuta l'indennità di Medicina di gruppo (€ 7 + € 3,10 = € 10,10) e, come tutti i medici firmatari del "patto aziendale", concorrono per gli obiettivi e le incentivazioni previste dal Contratto annuale collegato al Patto.

Per gli obiettivi specifici previsti dal Contratto UTAP sono riconosciuti €11,50 per ogni assistito in carico a fronte della completa ed esaustiva realizzazione di tutti i risultati attesi. Il non raggiungimento comporta una proporzionale riduzione del premio.

L'immobile in cui ha sede l'UTAP appartiene all'Azienda ULSS n. 4: trattasi di una ex sede distrettuale che era utilizzata per funzioni residuali del Distretto e che, dopo la "rigenerazione" per la destinazione di sede UTAP, viene ad assumere la valenza di "punto di riferimento" per i 7 Comuni coinvolti. La messa a disposizione di questa sede da parte dell'Azienda non costituisce però un beneficio aggiuntivo per i Medici in quanto il progetto di UTAP prevede che gli stessi continuino a mantenere, con oneri a proprio carico, gli ambulatori periferici e, se necessario, li potenzino.

L'Azienda ULSS n. 4 copre le spese per il call center professionalizzato e dedicato alla prenotazione degli accessi agli ambulatori dei Medici; anche qui tale onere, più che da ritenersi benefit per il Medico, è da considerarsi come costo inserito all'interno della scelta aziendale di erogare i LEA territoriali, perseguendo l'obiettivo della "sicura ed efficace presa in carico e continuità dell'assistenza", con la possibilità reale e documentale di verifica costante e dinamica. **Con questo strumento, che sviluppa tutta la sua efficacia proprio nell'assicurare una gestione h 12 per la Medicina di Assistenza Primaria ed una risposta h 24 organica con il completamento della Medicina di Continuità Assistenziale e la reperibilità infermieristica per l'ADI, si ritiene di aver individuato una delle più innovative soluzioni per la continuità dell'assistenza.**

7 Impianto progettuale (sintesi del contenuto del progetto)

7.1 Contesto (motivazioni del progetto; ambito di intervento; criticità da superare; valenza sanitaria dei risultati ottenibili):

Motivazioni del progetto.

Gli obiettivi generali perseguiti con questo modello si collocano nella filosofia aziendale e possono essere così declinati:

- **riaffidare al Medico di fiducia la funzione di Salute Pubblica intesa come risposta unitaria e globale ai bisogni di Salute di una Comunità;**
- **individuare un riferimento unico in un territorio, guidando la restituzione delle competenze alla Comunità in termini di governo e gestione della Salute, anche attraverso la promozione dell'integrazione organizzativa e professionale;**
- **garantire la continuità dell'assistenza tra le varie componenti della rete dei servizi territoriali e fra questi e l'Ospedale – ammissione e dimissione protetta.**

Ambito di intervento.

L'UTAP coinvolge 7 Comuni, per un bacino di utenza di 18.000 assistiti (adulti e bambini), 13 Medici di Assistenza Primaria e 1 équipe di Medici di Continuità Assistenziale. La sede di riferimento è a Zugliano, luogo baricentrico rispetto al territorio individuato, prescelto anche per la disponibilità di un fabbricato (ex sede di Distretto). La sede, opportunamente riadattata, consta di 6 studi medici, 1 sala prelievi, ambienti per l'équipe infermieristica dell'ADI, 1 ufficio amministrativo e 1 postazione per l'assistente sociale, 1 palestra per riabilitazione. Nei locali del piano superiore sono altresì locati i servizi per la gestione dei minori e del consultorio

familiare. Gli ambulatori accolgono anche la presenza di Specialisti ambulatoriali (psichiatra, ginecologo, psicologo, ecc.).

Criticità da superare.

Per quanto concerne la componente della Medicina Convenzionata, al momento attuale il progetto coinvolge 13 Medici di Assistenza Primaria (per una utenza di oltre 16.000 soggetti) ed una équipe della Continuità Assistenziale. Risulta ancora complesso il coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta, anche se sembrano emergere delle possibili aperture, e si configura in fase di approfondimento il potenziale ruolo degli Specialisti Ambulatoriali Interni, soprattutto in funzione del supporto allo sviluppo delle competenze dei Medici di Assistenza Primaria.

Valenza sanitaria dei risultati ottenibili.

Il modello organizzativo prevede una maggiore copertura assistenziale sia attraverso l'attivazione di un call center professionalizzato attivo per 12h/gg., sia attraverso la garanzia di una copertura ambulatoriale cumulativa, tra la sede di riferimento e gli ambulatori periferici, di 12h/gg, sia attraverso la garanzia della rintracciabilità o contattabilità del Medico di Assistenza Primaria per 12h/gg (dalle ore 8.00 alle ore 20.00).

Come già evidenziato precedentemente, l'attivazione del call center professionalizzato, con funzioni anche di Centrale Operativa per le cure domiciliari, rappresenta un efficace strumento di comunicazione fra gli operatori del territorio e supporta di fatto l'implementazione della Continuità dell'assistenza.

Tra i principali obiettivi previsti nel Contratto dell'UTAP vi è l'adeguamento della struttura del software in uso presso la componente medica al fine di raccogliere, nella forma del "fascicolo clinico", le informazioni sul paziente e produrre uno standard di elaborazione sullo stato di salute della popolazione assistita. È peraltro già attivato il potenziamento dello scambio informativo tra Medici di Assistenza Primaria ed Azienda ULSS, nel rispetto di un accordo formalizzato sulla privacy, che consente a ciascun Medico di Assistenza Primaria di consultare e ricevere i referti informatizzati, le informazioni in tempo reale su ricoveri e decessi, l'accesso alle cartelle cliniche, un interscambio diretto con il Distretto, l'Ospedale e gli altri poli della rete socio-assistenziale. È peraltro attiva la comunicazione al Medico di Assistenza Primaria delle refertazioni effettuate dal Medico di Continuità Assistenziale.

La valorizzazione delle competenze "vocazionali" dei Medici di Assistenza Primaria è esitata nell'attivazione della specialistica di I livello, realizzata in stretta collaborazione con le UO ospedaliere. Gli ambiti attualmente avviati riguardano la cardiologia, l'allergologia, la ginecologia. Per questi sono stati concordati specifici protocolli gestionali tra Ospedale e Medici Convenzionati, definendo ruoli, responsabilità ed individuando la tipologia di casistica da trattare. Va precisato che questa tipologia di consulenza specialistica non comporta alcun onere per il paziente ed è richiesta esclusivamente dal Medico curante al suo collega Medico di Assistenza Primaria "specializzato". A tale proposito vanno sottolineati i positivi e concreti risultati conseguiti nel processo di integrazione tra Medicina di Assistenza Primaria e Ospedale, con esiti non solo in termini di miglioramento dell'appropriatezza negli accessi al II livelli, ma anche in termini di accrescimento delle competenze, di miglioramento dei flussi comunicativi/informativi, di riconoscimento reciproco dei ruoli.

7.2 Obiettivi e risultati attesi (obiettivo complessivo del programma, suddiviso in obiettivi specifici, intermedi e finali, risultati attesi e relativi indicatori):

La aree-obiettivo perseguite sono cinque:

1. obiettivi di salute e sistema informativo epidemiologico

- 2. accoglienza dell'utenza**
- 3. formazione propria ed educazione dei pazienti**
- 4. valutazione di impatto**
- 5. performance e management**

Il dettaglio degli obiettivi specifici e la loro declinazione in indicatori e nei relativi risultati attesi sono esplicitati nel Contratto di budget sottoscritto dalla componente della Medicina di Assistenza Primaria dell'UTAP, del quale sono in corso le valutazioni della fine del primo anno di vigenza.

Risulta degno di nota riportare alcuni dei risultati finora conseguiti anche perché rappresentato alcune dimensioni che vanno a rappresentare, sia pure sotto forma di performance, i miglioramenti registrati in tutte le dimensioni degli obiettivi citati.

L'attività del call center per l'accesso all'ambulatorio dei Medici dell'UTAP si è rivelata davvero ingente ricevendo mediamente 1.450 chiamate alla settimana, mediamente 6.000 al mese. Il tempo medio di attesa delle chiamate gestite è di circa 15 secondi.

Relativamente all'attività specialistica di I livello agita dai Medici di Assistenza Primaria dell'UTAP in ambito cardiologico e allergologico, si annoverano 441 persone che hanno avuto accesso al servizio di cardiologia e 146 persone sottoposte al test per allergie da pollini ed alimentari, rilevando una migliore appropriatezza delle richieste di visite e di esami specialistici di II livello. Fondamentale in questo campo l'innovativa esperienza della stesura di protocolli operativi e linee guida con l'Ospedale. Rilevante anche il volume di utenza intercettata per quanto riguarda l'attività vocazionale che ha assicurato presso la sede UTAP dei lavaggi auricolari – 225 persone. L'aver intercettato e gestito più di 800 utenti evitando un accesso indistinto in Ospedale risulta un indubbio indice di grande successo dell'iniziativa. Per il 2007 sono già in cantiere soluzioni di questo tipo per problemi in ambito ginecologico e diabetologico.

Significativa risulta essere inoltre la performance per la gestione del paziente che abbisogna di una risposta "tempestiva" e che, attraverso la rintracciabilità del Medico, può in taluni casi evitare un accesso improprio al Pronto Soccorso. Dalle risultanze dei primi dieci mesi di gravidanza del call center e di disponibilità al contatto del medico sembra rilevarsi una capacità di efficace filtro degli accessi "impropri" (gli utenti UTAP presentano un incremento del ricorso al PS leggermente inferiore a quello dell'Azienda) al servizio di emergenza/urgenza; le diversità di comportamenti fra i medici e la significativa evidenza di una regressione di alcuni medici, tanto da prefigurare di aver individuato una possibile alternativa di miglioramento per la problematica dei codici bianchi, individuata anche come obiettivo di valutazione dei Direttori Generali, sembra poter garantire che tali risultati siano riproponibili come vincolo per gli altri medici.

Buone si configurano anche le performance a livello di tasso di ospedalizzazione che, grazie alla gestione molto efficace delle "dimissioni protette", la integrazione informativa garantita con costanza e qualità e l'obiettivo del potenziamento dell'attività domiciliare (gli utenti in gestione di ADI complessa sono raddoppiati – mediamente e costantemente in carico n. 9 utenti nel 2005, passati a n. 20 utenti nel 2006 - mentre sono significativamente diminuiti gli utenti di profili leggeri) hanno condotto ad un ulteriore miglioramento del tasso di ospedalizzazione incidendo direttamente sui ricoveri ripetuti di utenti complessi. La diminuzione dei ricoveri di questo tipo, invero molto ridotti nel 2006, depone a favore della qualità dell'assistenza domiciliare anche in funzione del fatto che la complessità dei casi gestiti in tutti i "profili" è notevolmente aumentata nel giro di pochi mesi.

Infine, anche assolvendo ad uno degli obiettivi posti nel Contratto di budget dell'UTAP, è stata realizzata un'indagine campionaria per rilevare l'utilità e la qualità percepita dall'utenza rispetto al modello UTAP nel suo complesso (sul call center, sul

contatto/rapporto con il proprio Medico, sulle novità introdotte dall'UTAP). I risultati conseguiti si presentano più che soddisfacenti e confermativi della bontà del modello e soprattutto rafforzano le seguenti scelte aziendali strategiche:

- ⇒ **il mantenimento degli ambulatori periferici oltre alla sede centrale di riferimento (l'80% degli assistiti ritiene più comodo l'ambulatorio periferico e soltanto il 7,3% la sede unica di riferimento);**
- ⇒ **il preservare il rapporto fiduciario tra assistito ed il proprio Medico (il 58% degli assistiti si rivolgerebbe ad un Medico diverso dal proprio ma soltanto per una visita che non può essere rimandata);**
- ⇒ **il garantire una contattabilità certa del proprio Medico di Assistenza Primaria nell'arco della giornata (l'80% è riuscito con facilità a parlare con il proprio Medico quando ne ha avuto bisogno e per il 79% il proprio Medico è stato sempre raggiungibile nell'arco della giornata);**
- ⇒ **il considerare centrale il coinvolgimento attivo delle Amministrazioni Locali e della cittadinanza.**

7.3 Strategia di comunicazione del progetto nei confronti di amministrazioni pubbliche, di cittadini ed operatori.

Nella fase di progettazione (anno 2004) e di sperimentazione (anno 2005) si è provveduto a formulare un progetto di massima che nel corso del tempo ha subito parecchie modificazioni. E' stato costituito un gruppo di lavoro "misto", composto da Medici di Assistenza Primaria, componenti aziendali e rappresentanza delle Amministrazioni Locali.

Il progetto è stato illustrato e condiviso nel corso di specifici incontri pubblici sia con i vertici regionali, sia con le Amministrazioni Locali, sia con le rappresentanze sindacali dei cittadini. Inoltre la pubblicizzazione del progetto è avvenuta anche a mezzo stampa.

Prima di dare avvio definitivo al progetto sono state organizzate, presso ciascuno dei Comuni coinvolti, delle serate aperte alla cittadinanza in cui sono state illustrate le finalità del modello UTAP e la sua organizzazione. L'impegno preso in quelle sedi era di effettuare, a distanza di un anno dall'avvio del progetto (fine 2006), una rilevazione dell'utilità e della qualità percepita dagli assistiti. Per il mese di febbraio 2007 sono già state calendarizzate le date delle serate aperte alla cittadinanza durante le quali saranno resi noti i risultati della suddetta rilevazione.

È comunque impegno dell'Azienda e dei Medici di Assistenza Primaria mantenere un canale informativo periodico con la Comunità locale, ritenendo che l'UTAP debba avere tra le sue finalità l'allargamento della partecipazione delle Amministrazioni Locali, degli assistiti e, in generale, dell'intera Comunità.

7.4 Articolazione del progetto (piano operativo del progetto, con la precisazione delle azioni e delle attività da svolgersi, tempi di svolgimento e soggetti coinvolti).

Come detto, la costituzione dell'UTAP "MediconTe" è avvenuta attraverso un percorso di analisi, di studio di fattibilità e di implementazione progressiva durato più di due anni. Il passaggio dalla fase progettuale alla fase di realizzazione sperimentale è avvenuto all'inizio del 2006, pertanto nel corso del 2007 si proseguirà con il monitoraggio delle attività e la verifica degli obiettivi previsti nel Contratto di Budget.

Va segnalato, comunque, che tra le azioni da completare nel corso del 2007, particolare rilievo assumono:

1. la messa a punto del "protocollo operativo" di gestione integrata fra Medici UTAP e Medici di continuità assistenziale senza implementare la funzione con nuovi medici

- ma con un modello di efficace integrazione informatico-informativa con l'equipe di C.A di Thiene;
2. la stesura del protocollo e la messa a punto del modello operativo per la gestione del paziente Diabetico e per il TAO;
 3. l'implementazione dell'integratore per i software dei Medici di Assistenza Primaria ed il sistema aziendale, con l'intento di portare definitivamente a regime il Sistema informativo/informatico integrato entro il primo semestre 2007. Da questa operazione ci si attendono indubbi miglioramenti sia nella performance qualitativa del rapporto medico paziente con la possibilità di alimentare il percorso in ingresso della prescrizione (flusso art. 50 più prenotazione prestazioni) che della refertazione (ipotesi di consegna referto al paziente da parte del proprio MAP);
 4. il potenziamento del personale di assistenza grazie anche all'assunzione di personale da parte della "cooperativa" costituita dai medici UTAP al fine di garantire la disponibilità di personale di assistenza in sede UTAP fino a coprire le 12 ore die (questo commisurato alla effettiva utilizzazione del personale di cui trattasi);
 5. la delega che la direzione intende dare al MAP di "rappresentare" il primo punto di riferimento per l'autorità sanitaria locale (Sindaco e amministrazione) nell'ambito del rispettivo territorio di afferenza (Comune).

Queste azioni sono quelle di maggiore spessore innovativo attese nel corso del 2007, fermo restando che, dallo sviluppo del progetto informatico, per fine anno, è attesa la disponibilità di un data warehouse, con base dati costituita dalla popolazione UTAP, dal quale saranno possibili le prime estrazioni di tipo statistico finalizzate a fornire un dettaglio di bisogno di quella popolazione, espressamente impostate sul punto di vista della Medicina Generale.

ALLEGATI

D.G.R. n. 4395 del 30/12/2005, Accordo regionale per i medici di medicina generale (MMG), B.U.R. n. 16 del 14.02.2006. Linee guida per la sperimentazione di forme organizzative più complesse: le équipes territoriali e le UTAP

Come precedentemente espresso, la continuità dell'assistenza (tra servizi territoriali e tra questi e l'Ospedale) rappresenta un obiettivo strategico per l'organizzazione dei servizi e per l'operatività dei professionisti. Le équipes e più ancora le UTAP, formate dall'aggregazione di più medici convenzionati, sostanziano questo concetto di continuità dell'assistenza. Esse vengono a rappresentare il riferimento unico di un territorio, ovvero una modalità di riappropriazione da parte del territorio di una propria struttura e la restituzione delle competenze alla Comunità in termini di Governo e Gestione della Salute. L'attivazione di un siffatto modello di risposta al bisogno si configura potenzialmente in grado di gestire con efficacia le necessità di salute di una comunità:

- mantenendo la persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio (fuori dall'ospedale e con rinvio, laddove non necessario, della istituzionalizzazione),
- individuando soluzioni efficaci per garantire la continuità e il ruolo degli altri operatori sanitari nella gestione sia della cronicità sia nel sostenere comportamenti in grado di promuovere stili di vita "sani", questo anche nell'ottica di una sperimentazione per un ruolo nuovo "allargato" delle cure primarie nel gestire (a livello locale) i problemi a diversa complessità,
- mantenendo a livello territoriale gli interventi di competenza dell'assistenza primaria,

- assicurando un approccio integrato socio-sanitario volto anche all'elaborazione, nella comunità locale, di nuovi modelli di integrazione del sanitario con il sociale.

Le Aziende, mediante accordi con le OO.SS., definiscono le modalità di attuazione delle forme associative complesse sulla scorta delle seguenti linee guida. In tale contesto individuano anche il sistema incentivante più appropriato al proprio modello organizzativo. Le risorse da destinare alle forme associative complesse non devono essere reperite all'interno del fondo ex art. 46.

Requisiti specifici per la forma organizzativa Équipe territoriale

L'équipe territoriale è disciplinata espressamente dall'art. 26 dell'A.C.N.; per il completamento della disciplina di cui all'art. 26 dell'A.C.N. si rinvia agli Accordi aziendali da sottoscrivere con le OO.SS..

Riferimenti normativi per la forma organizzativa UTAP

Relativamente alla sperimentazione organizzativa ai sensi dell'art. 25 della Legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5, si prendono come basi di riferimento:

- l'atto n. 2074 del 29/07/2004 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il cui allegato 2 riporta lo schema di riferimento per la costituzione dell'UTAP;
- la D.G.R. n. 2053 del 02/07/2004 "Progetto per l'attivazione di équipes territoriali delle Cure primarie (UTAP) nell'Azienda sanitaria n. 4.", a cui si rinvia per ulteriori approfondimenti.

Requisiti specifici per la forma organizzativa UTAP

- 1) le UTAP possono essere, indicativamente, da 4 a 8 ogni 100.000 abitanti;
- 2) ciascuna UTAP deve comprendere un congruo numero di Medici di Assistenza Primaria, i Pediatri di Libera Scelta, un numero di Specialisti in ragione delle esigenze (Liste di attesa), un numero di Medici di Continuità Assistenziale idoneo a contribuire ad assicurare la disponibilità del medico così come più sotto descritta, un numero di infermieri, personale di studio e amministrativo di collaborazione adeguato alle attività previste;
- 3) la sede è unica e comprende i locali idonei per gli studi dei Medici di Assistenza Primaria, per l'attività specialistica, per la continuità assistenziale, per il personale infermieristico, per il personale di studio e per la sosta di attesa dei pazienti, per funzioni di primo intervento ("piccole urgenze") e di medicazione, nonché per ogni altra eventuale attività prevista;
- 4) le UTAP garantiscono la continuità assistenziale 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
- 5) in tale ambito dovrà essere garantito il concetto più ampio di presa in carico dell'utente e dovranno essere definite funzioni, relazioni e compiti delle diverse figure convenzionate impegnate, partendo dalla valorizzazione dei servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;
- 6) l'insieme dei medici che operano nell'UTAP individuano un referente;
- 7) i medici dell'UTAP organizzano la presenza in modo da garantire unitariamente la capacità di assistenza continua in ragione delle esigenze specifiche di ogni territorio;

- 8) il personale non medico garantisce il supporto sanitario e organizzativo all'attività e agli obiettivi dell'UTAP;
- 9) l'UTAP promuove e gestisce in concreto, in rapporto alle esigenze, con gli altri poli della rete integrata l'assistenza domiciliare;
- 10) 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;
- 11) le attrezzature comprendono, oltre alle attrezzature di carattere sanitario adeguate per l'attività da svolgere, anche mezzi informatici collegati in rete all'interno e all'esterno con tutte le strutture operanti in zona e con i presidi ospedalieri delle Aziende ULSS di riferimento per consentire:
 - la messa in rete di tutte le UTAP con l'Azienda ULSS anche per rendere possibile la realizzazione di progetti regionali o aziendali di area preventiva o epidemiologica;
 - il collegamento al CUP ove presente;
 - la possibilità di ricezione dei referti laboratoristici e specialistici;
 - la possibilità di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti per le comunicazioni successive con il medico curante;
- 12) l'UTAP dialoga con il Distretto socio-sanitario di riferimento, con l'Ospedale, con gli altri poli della rete integrata, nonché con la direzione dell'Azienda ULSS;
- 13) pur essendo la sede dell'UTAP unica è possibile prevedere studi medici periferici, la cui apertura si configura strategica a seconda della conformazione orografica (es. aree montane ed a bassa densità di popolazione). Nella decisione del mantenimento degli studi periferici saranno pertanto da valutare la localizzazione della sede centrale e delle sedi periferiche, i collegamenti viari, la numerosità e la composizione della popolazione (presenza di ultra sessantacinquenni, disabili o soggetti vulnerabili). In caso di presenza capillare di studi periferici l'orario di apertura della sede centrale potrà essere strutturato in modo da tenere conto del vincolo degli studi periferici. Spetta comunque all'Azienda, al Comitato dei Sindaci del Distretto e ai componenti dell'UTAP la formulazione di accordi in merito all'eventuale mantenimento e/o chiusura degli studi periferici;
- 14) l'UTAP può configurarsi secondo le seguenti tipologie:
 - a) *UTAP integrata*: modello ad alta integrazione fra UTAP e Distretto nella condizione in cui l'Azienda ULSS metta a disposizione la sede dell'UTAP e definisca un accordo che, oltre a regolamentare l'uso della sede e delle attrezzature adeguate, individui forme di integrazione più avanzata fra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti e operatori delle équipes distrettuali; con specifici accordi possono trovare spazio, all'interno di tale modello, anche competenze di carattere assistenziale messe a disposizione dai Comuni (assistenti sociali ed équipes assistenziale). In questo caso, previa sperimentazione, il rapporto fra UTAP e Azienda/Distretto deve essere gestito tramite la stipula di specifico "contratto" pluriennale con il quale, previo parere vincolante del Comitato Aziendale della Medicina Generale, si definiscono fra le parti: obiettivi, risorse, standard organizzativi, risultati attesi, indicatori e modalità di verifica;
 - b) *UTAP aggregata*: modello di aggregazione di medici che si organizza in accordo con l'Azienda ULSS; nel qual caso la sede può essere individuata autonomamente e acquisita con propri mezzi dai medici stessi. Il rapporto con l'Azienda/Distretto socio-sanitario, previa sperimentazione, deve essere gestito in modo "formale" e "sostanziale" secondo uno specifico "contratto" con il quale, previo parere vincolante del Comitato Aziendale della Medicina Generale, si definiscono fra le parti: obiettivi, risorse, standard organizzativi, risultati attesi, indicatori e modalità di verifica;

- 15) per assicurare una corretta relazione fra soggetti giuridicamente riconosciuti si rende necessario che venga definita la forma societaria che intende assumere l'UTAP e si realizzi la conseguente designazione di un rappresentante legale della stessa;
- 16) stante il vincolo delle risorse previste per la gestione dell'Assistenza Primaria, le risorse utilizzate per l'UTAP devono derivare da processi di razionalizzazione del sistema e non devono essere reperite all'interno del fondo ex art. 46;
- 17) l'UTAP deve prevedere l'accesso allo studio tramite un efficiente sistema di prenotazione. Tale servizio deve funzionare come minimo per 12 ore giornaliere (8.00-20.00) e di sabato mattina (8.00-12.00), deve garantire la risposta alla chiamata entro le 12 ore ed essere valutabile attraverso specifici standard di attività (es. tempo medio di attesa per una visita e/o tempo che intercorre tra l'orario di prenotazione e di effettivo ingresso nello studio);
- 18) la programmazione degli accessi allo studio, la richiesta delle visite domiciliari, la reiterazione di ricette, le richieste di contatto telefonico programmato, le richieste di consulto diretto con il medico, proposti attraverso un servizio di segreteria/call center, devono essere finalizzati a garantire:
 - l'accesso programmato allo studio del proprio medico con un tempo di attesa per la visita in studio stabilito come standard di servizio dalla relativa "carta dei servizi", una sicura contattabilità per il ritiro delle ricette reiterate ed un sicuro contatto telefonico programmato. Inoltre deve essere in grado di dare certezza della effettuazione della eventuale visita domiciliare;
 - la possibilità per l'assistito di un accesso allo studio di altro medico in caso di bisogno;
- 19) l'utilizzo di un software unico o di strumenti di cooperazione applicativa in grado di assicurare un aggiornamento in tempo reale della situazione dell'assistito e di prevedere le modalità operative di integrazione informativa tra Azienda ULSS, medici dell'UTAP e Medici di Continuità Assistenziale, nonché con soggetti esterni alla rete aziendale (es. Comuni, Case di riposo, ecc.);
- 20) lo sviluppo di un progetto integrato di raccolta del consenso e di gestione del trattamento dei dati in conformità alle prescrizioni del Codice Privacy, in particolare nella prospettiva di attivare flussi informativi su refertazioni direttamente dallo studio del medico;
- 21) l'impegno ad erogare le prestazioni di primo livello, individuate in accordo con l'Azienda ULSS, su alcune specialità direttamente gestite dai Medici di Medicina Generale componenti l'UTAP e in possesso della relativa competenza vocazionale e/o specialità. L'accordo deve prevedere le forme di integrazione con le specialità dell'Ospedale e le forme di aggiornamento dei professionisti atte a garantire l'effettiva appropriatezza delle prestazioni;
- 22) è ipotizzabile, in ragione delle singole realtà, organizzare attività specialistica nelle diverse UTAP per specifiche specialità, con ambulatori dedicati per patologia in modo trasversale.

Spetta alle Aziende e alle OO.SS. applicare i suesposti criteri secondo le specificità locali. Inoltre, nella fase sperimentale dell'attivazione dell'UTAP, l'Azienda, d'intesa con le OO.SS., potrà individuare diverse modalità di definizione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria.

In sede di accordo con l'Azienda ULSS vengono individuati indicatori di qualità per l'UTAP.

In relazione alle indicazioni tecniche, che saranno fornite da un apposito gruppo di lavoro, sulla possibilità di attuare UTAP nel Veneto, questa Amministrazione si riserva di impartire indirizzi per la realizzazione delle stesse UTAP nelle Aziende sanitarie della Regione. Lo stesso gruppo funzionerà da “tavolo di monitoraggio” dell’evoluzione del sistema.”

**L’UTAP- Centro per la Salute:
un modello organizzativo integrato con la Comunità Locale
per il completo sviluppo delle Cure Primarie**

Principi ispiratori

I principi ispiratori che sottendono all’implementazione di modelli di UTAP- Centro per la Salute possono essere così enucleati:

- attribuire **centralità al cittadino, alla sua famiglia ed al territorio**, spostando la logica dalla prestazione alla presa in carico della persona nella sua globalità, garantendo non solo risposte ai bisogni ma anche accrescendo la consapevolezza dei cittadini come soggetti attivi delle proprie scelte (in una logica di “personalizzazione della cura”);
- realizzare la **continuità dell’assistenza**, passando da un’ottica ospedalocentrica allo sviluppo di una rete dei servizi territoriali ed individuando come passaggi strategici in questo processo il potenziamento della medicina delle cure primarie e l’integrazione tra sociale e sanitario. Ciò non di meno, garantire un’assistenza h24 richiede:
 - in prima istanza il **riconoscimento del ruolo e della responsabilità del Medico di famiglia**, la cui attività deve essere funzionalmente coordinata con quella degli altri professionisti operanti nel territorio (colleghi Medici di Assistenza Primaria, Medici di Continuità Assistenziale, Infermieri, Assistenti Sociali, ecc.) ed anche in ambito ospedaliero (Medici Specialisti);
 - l’implementazione di **un sistema informativo informatizzato** quale risorsa strategica atta a migliorare e a semplificare la comunicazione entro il “sistema” e l’informazione del “sistema”: in quest’ottica la rete informatica viene ad assumere la valenza di strumento per mettere in relazione più persone tra di loro e supportarne il coordinamento della loro attività;
- affermare **la rilevanza della prevenzione** come investimento per la qualità della vita e del benessere delle persone;
- assegnare **un ruolo attivo alle Amministrazioni Locali** nella programmazione e nel monitoraggio dei risultati: è vero infatti che una programmazione efficace non può che partire dal “locale” e non può prescindere dalla valutazione periodica dell’impatto non solo economico ma anche di qualità percepita sui servizi. In quest’ambito lo sviluppo di processi di partecipazione dei cittadini, sia in sede di programmazione locale sia in sede di valutazione dell’efficacia delle politiche pubbliche, può di fatto costituire una impalcatura del **welfare di comunità**;
- migliorare progressivamente la qualità dei servizi e delle risposte erogate, senza incrementare il volume delle risorse impiegate ma migliorandone l’utilizzo secondo **un piano di “ottimizzazione” fondato proprio su standard qualitativi**. Peraltro qualificare un sistema significa in primo luogo qualificare le professionalità che in esso operano e

quindi riconoscere nell'investimento formativo una leva strategica di cambiamento e di evoluzione.

L'UTAP o "Centro per la Salute" può di fatto rappresentare lo strumento in grado di introdurre una simile innovazione ed apportare un significativo cambiamento, venendo dunque a configurarsi come una *nuova frontiera* per il Sistema Sanitario Nazionale.

Una buona pratica della Regione Veneto: l'UTAP-Centro per la Salute dell'Azienda ULSS n.4 Alto Vicentino

L'UTAP-Centro per la Salute "MediconTe" di Zugliano (VI), realizzata presso l'Azienda ULSS n.4 Alto Vicentino, viene di fatto a rappresentare:

- un *modo di lavorare integrato* tra diverse figure professionali (Medici di famiglia, Medici di Continuità Assistenziale, Infermieri, Assistenti Sociali, Amministrativi, ecc.);
- un *miglioramento dei servizi offerti e delle risposte erogate* (potenziamento dei percorsi di presa in carico e dei processi comunicativi, maggiore copertura assistenziale, ecc.);
- una *modalità di partecipazione attiva*, da parte delle Amministrazioni Locali e da parte dei cittadini, sia nella programmazione locale che nella valutazione dei risultati.

Il modello coinvolge:

- n° 7 Comuni e le relative Amministrazioni Locali;
- una Comunità di 18.000 assistiti (adulti e bambini);
- n° 13 Medici di famiglia;
- n° 1 équipe di Medici di Continuità Assistenziale;
- l'Azienda ULSS n.4 Alto Vicentino nelle sue dimensioni distrettuali (équipe infermieristica ADI, riabilitatore, assistente sociale, personale amministrativo);

Le peculiarità organizzative e funzionali di questo modello di UTAP-Centro per la Salute possono essere così enunciate:

A) Sede centrale di riferimento e Ambulatori periferici

È stata attivata una *sede centrale di riferimento* sita a Zugliano (VI), luogo prescelto perché baricentrico rispetto al territorio individuato e per la disponibilità di un fabbricato (ex sede distrettuale), la cui logistica è stata opportunamente riadattata e cablata (sono presenti: n° 6 studi medici, n° 1 sala prelievi, ambienti per l'équipe infermieristica dell'ADI, lo sportello amministrativo, un ufficio per l'assistente sociale, un ambulatorio per vaccinazioni pediatriche, una palestra per la riabilitazione, n° 1 sala riunioni).

In concomitanza sono stati mantenuti tutti i 18 ambulatori periferici dei Medici di famiglia componenti l'UTAP-Centro per la Salute e situati nei Comuni o nelle frazioni degli stessi, e questo a garanzia:

- di una presenza capillare su un territorio "sparso" (con zone a bassa densità di popolazione) e, conseguentemente, del consolidamento del legame con la Comunità;
- di una copertura oraria di apertura cumulativa tra la sede centrale di riferimento e gli ambulatori periferici pari a 12 ore giornaliere, con gestione coordinata degli accessi attraverso un servizio di call center professionalizzato (che funge da Centrale Operativa);
- di un efficace e costante flusso comunicativo tra la sede centrale di riferimento e gli ambulatori periferici collegati attraverso linea ADSL alla rete informatica aziendale.

B) Modalità di accesso dell'utenza e di risposte erogate

È stato dapprima sperimentato e poi messo a regime un servizio di call center professionalizzato, attivo per 12 ore al giorno, dal lunedì al venerdì nella fascia oraria 7.45-20.00 e il sabato nella fascia oraria 8.00-12.00. Il medesimo servizio, che funge anche da Centrale Operativa, garantisce la ricezione delle chiamate nelle ore notturne e nelle giornate festive e prefestive coperte dal Medico di Continuità Assistenziale e per l'assistenza infermieristica dell'ADI.

Gli accessi alla sede centrale di riferimento e agli ambulatori periferici avvengono su opportuni standard di qualità, tra cui la garanzia per il cittadino di conseguire un appuntamento entro le 24 ore in caso di visite non differibili, la garanzia di un tempo "dedicato" per la visita libero da disturbi esterni, la garanzia del trasferimento della chiamata al Medico qualora l'assistito ne manifesti il bisogno.

Dal canto suo, ciascun Medico di famiglia si rende rintracciabile dal call center nell'arco delle 12 ore giornaliere, ossia dalle ore 8.00 alle ore 20.00.

Si è provveduto inoltre ad attivare un portale interattivo che gestisce le agende dei Medici via web consentendo a ciascun Medico di famiglia di visionare il proprio piano di lavoro in tempo reale ed avendo anch'essa possibilità di inserire appuntamenti sulla propria agenda.

C) Il sistema informativo e la rete informatizzata

Posta l'adesione da parte dei Medici di famiglia componenti l'UTAP-Centro per la Salute ad un protocollo condiviso sulla privacy, che definisce le modalità di raccolta del consenso da parte dei cittadini e ne disciplina i contenuti e le modalità gestionali dei flussi informativi, si è provveduto a dare facoltà ai Medici di famiglia di *consultare e ricevere i referti informatizzati* dei propri assistiti (laboratoristici, radiologici e specialistici e di trattare immagini), ponendo come prossimo obiettivo la consegna diretta dei referti presso l'ambulatorio del Medico, aumentando in questo modo l'efficienza del sistema.

Inoltre i Medici di famiglia sono *informati in tempo reale sui ricoveri e sui decessi* dei propri assistiti ed hanno la possibilità di accedere alle cartelle cliniche o a dimensioni in abstract delle stesse. Hanno poi la facoltà di rilevare gli *accessi al pronto soccorso* e ricevere i referti della *Continuità Assistenziale (guardia medica)*, mantenendosi costantemente informati sugli interventi ricevuti dai propri assistiti.

È stato, infine, avviato un processo di adeguamento della struttura del software utilizzato dai Medici di famiglia per raccogliere, nella forma del "fascicolo clinico", le informazioni e produrre report periodici sullo stato di salute della popolazione assistita. A ciò si aggiunge lo sviluppo di un "integratore" tra i software utilizzati dai Medici di famiglia e le banche dati aziendali, finalizzato a migliorare il percorso assistenziale e produrre, anche *tramite la messa a punto di un datawarehouse specifico*, informazioni aggiornate e dinamiche di tipo socio-epidemiologico.

D) Valorizzazione delle professionalità

Uno dei principi fondamentali sottostanti l'implementazione dell'UTAP-Centro per la Salute è rappresentato dal *riaffidare al Medico di famiglia la funzione di Salute Pubblica intesa come risposta unitaria e globale ai bisogni di Salute della persona, della famiglia e della Comunità*.

Si è poi ritenuto strategico, per migliorare la gestione complessiva del paziente, valorizzare le specifiche competenze di alcuni Medici di famiglia in ambito cardiologico, allergologico e ginecologico, attivando una "specialistica" di primo livello in collaborazione con le U.O. Ospedaliere, previa sottoscrizione di specifici protocolli operativi che definiscono ruoli, competenze, modalità e casistica da gestire. Questa tipologia di consulenza specialistica non

comporta alcun onere per il paziente ed è richiesta esclusivamente dal Medico curante al proprio collega Medico di famiglia “specializzato”, *nell’intesa che la gestione del rapporto compete sempre ed esclusivamente al Medico curante.*

È peraltro prossima l’estensione del modello ad altre specialità (quali la diabetologia) ed è in fase di implementazione l’impiego di tecnologie a supporto (telemedicina).

In questo processo è fondamentale la valorizzazione della formazione quale leva strategica di accrescimento professionale, agita non soltanto su moduli formativi di tipo “frontale” ma anche attraverso una frequentazione strutturata delle U.O. Ospedaliere e del Pronto Soccorso.

Tutta quest’area di attività è volta a perseguire una migliore appropriatezza delle richieste di visite e prestazioni specialistiche di secondo livello, con affidamento della gestione diretta di agende di prestazioni di secondo livello e, conseguentemente, un miglioramento delle liste d’attesa.

E) Ulteriori servizi a supporto

Nella sede centrale di riferimento vengono garantiti alcuni *servizi aziendali* (ad esempio un punto-prelievi) e vi è la presenza di alcuni *Specialisti Ambulatoriali Interni* (ad esempio lo psichiatra) e/o di servizi per i minori (ad esempio la Pediatria di comunità) o per la famiglia (ad esempio il consultorio familiare). È inoltre prevista la presenza mirata *dell’assistente sociale* di riferimento aziendale ed in prospettiva anche di una assistente sociale di afferenza comunale. A questo proposito si sottolinea come i servizi sociali di afferenza comunale vengano garantiti attraverso un modello consortile di gestione tra i Comuni componenti l’UTAP-Centro per la Salute e quindi assumendo una valenza sovracomunale.

È altresì attivo uno *sportello polifunzionale*, che prevede il supporto di personale amministrativo, al fine di erogare i normali servizi aziendali.

Infine, per garantire un indirizzo operativo volto al buon funzionamento della sede centrale di riferimento e dare il proprio apporto professionale alla “line” quotidiana, si è provveduto ad individuare una funzione di “*coordinamento operativo*” delle attività della sede affidata ad un assistente sanitario.

Innovazione e cambiamento attraverso l’UTAP-Centro per la Salute

Questo particolare modello di UTAP-Centro per la Salute ha consentito di rendere praticabile il concetto di *continuità dell’assistenza h 24*, costruendone di fatto tutti i presupposti che sono:

- l’attivazione di un servizio di call center professionalizzato (o centrale operativa) in grado di accogliere tutte le istanze dei cittadini, la cui attività copre non solo la fascia oraria giornaliera feriale, ma si estende anche alle fasce orarie notturne e festive. In questo modo un unico servizio funge da collettore delle istanze al Medico di famiglia e al Medico di Continuità Assistenziale;
- la rintracciabilità da parte del call center di ciascun Medico di famiglia dell’UTAP-Centro per la Salute nell’arco delle 12 ore giornaliere, garantendo pertanto una risposta a tutte le istanze dei propri assistiti;
- l’integrazione informativa/informatica tra i Medico di famiglia e il Medico di Continuità Assistenziale atta ad evitare la frammentarietà degli interventi erogati all’assistito e a garantire la continuità del processo comunicativo;
- l’attivazione della Centrale Operativa espressamente dedicata alle cure domiciliari che funge da riferimento univoco di comunicazione e di organizzazione fra gli operatori del territorio;

- l'implementazione di un "integratore" tra le banche dati dei Medici di famiglia componenti l'UTAP- Centro per la Salute e le banche dati aziendali finalizzata a dare continuità al processo comunicativo, allo scambio informativo e alla relazione tra professionisti. Sono questi degli elementi che possono tradursi in continuità del percorso di presa in carico, di continuità delle cure, di miglioramento delle risposte ai bisogni delle persone.

Adempimenti organizzativi assolti

La valutazione dell'impatto espressa in termini di obiettivi di salute rappresenta un elemento tipico del Contratto di Budget sottoscritto dai Medici di famiglia componenti l'UTAP-Centro per la Salute (con valenza 2006-2009), in cui vengono individuate come aree-obiettivo da perseguire: "obiettivi di salute e sistema informativo epidemiologico", "accoglienza dell'utenza", "formazione propria ed educazione dei pazienti", "valutazione di impatto", "performance e management".

La realizzazione di un siffatto modello di UTAP- Centro per la Salute ha richiesto la codifica di un *sistema delle responsabilità* intrecciate tra Medici di famiglia, Distretto socio-sanitario di afferenza, Azienda ULSS nel suo complesso. In particolare tra i Medici di famiglia sono state istituite due figure di Referenti, l'uno organizzativo e l'altro scientifico, che hanno il compito di coordinare, nello specifico ambito di competenza, il gruppo dei Medici di famiglia componenti l'UTAP-Centro per la Salute, di gestire i rapporti con il Distretto socio-sanitario, con le U.O. Ospedaliere, con la Direzione aziendale, oltre che di mantenere uno stretto collegamento con le Amministrazioni Locali.

Infine, va detto che i Medici di famiglia componenti l'UTAP-Centro per la Salute si sono costituiti in forma societaria (cooperativa) al fine di poter acquisire risorse umane, nello specifico infermieristiche, atte ad assicurare il presidio della sede centrale di riferimento per un più ampio arco temporale giornaliero e settimanale.

La partecipazione dei cittadini

L'informazione e la partecipazione dei cittadini rappresenta uno dei punti cardine per la realizzazione di un welfare di Comunità e proprio per questo motivo all'avvio della sperimentazione dell'UTAP- Centro per la Salute si è voluto incontrare la cittadinanza in occasione di un ciclo di serate appositamente organizzate, nel corso delle quali sono state illustrate le innovazioni che si intendevano apportare con l'introduzione di questo modello.

Con la cittadinanza si era poi preso l'impegno di rilevare, a distanza di un anno ed attraverso un'indagine campionaria, l'utilità e la qualità percepita rispetto al modello di UTAP- Centro per la Salute nel suo complesso (sul servizio di call center, sul rapporto con il proprio Medico di famiglia, sulle novità introdotte, ecc.).

I risultati conseguiti si presentano più che soddisfacenti e confermativi della bontà del modello e soprattutto rafforzano le seguenti scelte aziendali strategiche:

- il mantenimento degli ambulatori periferici oltre alla sede centrale di riferimento (l'80% degli assistiti ritiene più comodo l'ambulatorio periferico e soltanto il 7,3% la sede unica di riferimento);
- il preservare il rapporto fiduciario tra assistito ed il proprio Medico (il 58% degli assistiti si rivolgerebbe ad un Medico diverso dal proprio ma soltanto per una visita che non può essere rinviata);
- il garantire una contattabilità certa del proprio Medico di famiglia nell'arco delle giornate (l'80% dichiara di essere riuscito con facilità a parlare con il proprio Medico

quando ne ha avuto bisogno e per il 79% il proprio Medico è stato sempre raggiungibile nell'arco della giornata).

In generale il modello di UTAP- Centro per la Salute viene a rappresentare una risposta percepita dalla cittadinanza stessa come concreto miglioramento ai propri bisogni di salute. Si sottolinea inoltre che, a distanza di un anno, la cittadinanza è stata reincontrata nel corso di un nuovo ciclo di serate, illustrando i risultati conseguiti e raccogliendo ulteriori spunti di riflessione e miglioramento. Attivare indagini come queste può infatti rappresentare uno strumento per far riflettere e discutere sul sistema assistenziale e migliorare la qualità dei servizi erogati.

Infine, sempre nell'ottica di garantire informazione e maggiore trasparenza, si sta provvedendo alla stampa definitiva di una "Carta dei Valori e dei Servizi" dell'UTAP-Centro per la Salute, in cui viene illustrata l'organizzazione delle attività, le modalità di risposta, la qualità del rapporto con il Medico di famiglia. È uno strumento fondamentale affinché i cittadini possano "esigere" i loro servizi ed al contempo possano fruire dei servizi in maniera appropriata.

Le performance dell'UTAP-Centro per la Salute: alcuni dati

Tab. 1 - Gli standard di qualità dell'accoglimento dell'utenza

• Tempo di attesa per fissare un appuntamento per una visita (lista d'attesa)	→ entro le 24 ore se la visita non è differibile
• Tempo medio di attesa in ambulatorio (ritardo rispetto all'orario fissato di appuntamento)	→ mediamente al massimo 15 minuti, fatte salve le cause di forze maggiore
• Tempo medio di una visita (periodicità di prenotazione)	→ da 10 a 15 minuti "dedicati" al paziente
• Tempo giornaliero dedicato alla consulenza telefonica per bisogni non differibili	→ in ogni momento della giornata tramite il trasferimento di chiamata al proprio Medico di famiglia tramite il call center
• Rintracciabilità o contattabilità del Medico di famiglia da parte del call center	→ dalle ore 8.00 alle ore 20.00 tramite il cellulare privato

Tab. 2 - Le chiamate ai Medici di Famiglia dell'UTAP-Centro per la Salute

	Chiamate ricevute dal call center
• <i>Totale secondo semestre 2006</i>	36.000
• <i>Media settimanale</i>	1.440
• <i>Media giornaliera</i>	290
• <i>Media del lunedì</i>	580

Tab. 3 - L'attività vocazionale o specialistica di primo livello

Anno 2006	Numero di persone che hanno avuto accesso
• <i>Cardiologia (ECG con visita)</i>	441
• <i>Allergologia</i>	146
• <i>Lavaggi auricolari</i>	225

Tab. 4 - Confronto delle performance di risultato

Anno 2005	Regione Veneto	Azienda ULSS n.4	UTAP-Centro per la Salute
• <i>Tasso di ospedalizzazione</i>	178,6 ‰	143,7‰	136,62‰
• <i>N° prestazioni specialistiche per abitante.</i>	13	12,13	12,42
• <i>Costo medio farmaceutica lordo abit.(in €).</i>	192,35	156,80	156,13

Tab. 5 - Incontri con la cittadinanza

Comuni in cui sono stati tenuti gli incontri	All'avvio della sperimentazione	Dopo un anno
• <i>Zugliano</i>	settembre e novembre 2005	febbraio 2007
• <i>Lugo</i>	novembre 2005	febbraio 2007
• <i>Fara-Salcedo</i>	novembre 2005	febbraio 2007
• <i>Sarcedo</i>	novembre 2005	febbraio 2007
• <i>Calvene</i>		febbraio 2007

Tab. 6 - La valutazione dei cittadini (campione intervistato face to face: 425 persone)

Realizzata nell'ottobre 2006	Totale	Donne	Uomini
• <i>Quanto il call center è riuscito a rispondere alle necessità dell'assistito</i>	molto bene: 39,5% abbastanza: 51,1%	molto bene: 39,5% abbastanza: 54,0%	molto bene: 40,3% abbastanza: 46,5%
• <i>Quanto il proprio Medico di famiglia è stato raggiungibile in giornata (per chi ha avuto bisogno)</i>	78,9%	78,5%	79%
• <i>Come è stata percepita la qualità dell'accoglienza dedicata</i>	eccellente: 19,1% buona: 66,8%	eccellente: 17,9% buona: 68,1%	eccellente: 21,4% buona: 65,4%

<i>durante l'ultima visita ambulatoriale</i>	sufficiente: 11,5%	sufficiente: 12,2%	sufficiente: 10,7%
• <i>Quanto la nuova organizzazione ha migliorato le risposte alle necessità dell'assistito</i>	molto: 12,7% abbastanza: 47,8% un po': 18,0%	molto: 14,5% abbastanza: 48,0% un po': 17,8%	molto: 9,5% abbastanza: 47,3% un po': 18,9%

CONSIDERAZIONI FINALI

Il punto debole di tutta la questione sta nel fatto che l'art. 26, comma 2 della vigente Convenzione per la medicina generale recita "...le Regioni prevedono in via sperimentale e la partecipazione volontaria dei medici e dagli altri operatori sanitari, la costituzione delle UTAP, strutture territoriali ad alta integrazione, multidisciplinare e interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone". Questo significa che per coinvolgere la medicina convenzionata nell'attivazione delle UTAP è necessario passare attraverso una contrattazione. Se davvero la medicina del territorio, dipendente e convenzionata, è sempre più strategica per la realizzazione dei piani aziendali e per assicurare la erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), l'anello debole di tutto il sistema – a mio parere – è rappresentato dal fatto che le Regioni e le Aziende Sanitarie non hanno uno strumento normativo adeguato e "cogente" nei confronti della medicina convenzionata. In sostanza è indispensabile che alle Regioni vengano attribuite maggiori competenze in materia, oppure che si inizi a considerare l'ipotesi della graduale trasformazione del rapporto di convenzione verso un rapporto di dipendenza. Nonostante si dica (e si scriva nel testo della Convenzione) che i MMG si prendono carico in toto dei problemi dell'utente, è eccessivo il tempo che costantemente si deve dedicare alla negoziazione dei percorsi, attività, iniziative assistenziali non espressamente indicate nella Convenzione.

Per garantire l'"assistenza primaria", si potrebbe pensare, per ipotesi, a medici con profilo giuridico di dipendenti, da coinvolgere sicuramente nella programmazione delle attività, da garantire successivamente di giorno e di notte, nei giorni feriali e festivi secondo le regole che si applicano per l'assistenza ospedaliera. L'organizzazione del servizio della medicina "di base" secondo le regole dei contratti della dipendenza – come un Primario organizza il lavoro sulle 24 ore per la propria Unità Operativa – risolverebbe in un sol colpo il problema della distribuzione degli orari di ambulatorio dalle ore 8.00 alle ore 20.00, la presenza di medici di guardia notturna e festiva meno precari e improvvisati di quanto erogato ora, i cosiddetti "codici bianchi" dei servizi di Pronto Soccorso potrebbero essere con diritto indirizzati ai propri medici perché gli ambulatori sono sicuramente aperti. Ma se la realizzazione di un rapporto di dipendenza – una vera rivoluzione nella medicina di base – è un percorso troppo difficile, la Regione non ha oggi gli strumenti giuridici per poter imporre ai MMG la creazione delle UTAP. Se vogliamo davvero uscire dalla fase sperimentale e creare una rete di UTAP a livello nazionale, è comunque necessario un provvedimento governativo che dia a **tutte le Regioni** l'obbligo (e il relativo potere) di realizzare le UTAP, anche perché, se si sceglie questo modello, è necessario che non sia facoltativo o attuato a macchie di leopardo, ma esteso a tutto il territorio nazionale, senza essere subordinato alla singola contrattazione o all'adesione volontaria. Occorre che il Governo dia alle Regioni, dal punto di vista normativo, una maggior forza contrattuale e che stabilisca obiettivi vincolanti per il medico di base, subordinando la sua permanenza in regime di convenzione all'adesione al progetto UTAP e facendo decadere la convenzione in caso contrario, in

quanto non accetta uno degli obiettivi fondamentali della sua Regione. L'unica possibile alternativa alla creazione di un rapporto di dipendenza, credo, è far sì che il rapporto di convenzione non sia permanente, come di fatto è oggi.

I MMG che partecipano a questo progetto ottengono i seguenti incentivi economici, da calcolare per anno e per ciascun assistito in carico.

Euro 10.10	Per la costituzione della medicina di gruppo. (L'incentivo previsto della Convenzione nazionale ammonta a euro Altri euro costituiscono un incentivo aggiuntivo della Regione Veneto.
Euro 5.65	Per il coinvolgimento in progetti aziendali
Euro 10.00	Per i servizi che vengono offerti all'interno dell'UTAP.

Trattasi complessivamente di Euro 25.75 / anno per assistito (Euro 38.625 per medico massimalista).

A queste cifre vanno aggiunti i costi per l'attivazione di un call center aziendale per il recepimento delle chiamate telefoniche (quantificabili in Euro 9.00 per utente) e il servizio di rintracciabilità del medico.

Rimane il problema del costo del modello sanitario delle UTAP: per quelle già attivate nella Regione del Veneto, il costo presumibile, tra incentivazione dei medici di base, attivazione dei call center e costi delle strutture, è di almeno 40 euro per assistito seguito nell'UTAP: se questo modello venisse portato a livello regionale, il maggior costo sarebbe di circa 200 milioni di euro di spesa aggiuntiva. Una cifra considerevole (anche tenendo conto in prospettiva dei risparmi sulla specialistica e sulla ospedalizzazione) che richiederebbe risorse ulteriori. La Regione, dal canto suo, sta facendo, attraverso un Tavolo tecnico, una mappatura completa del territorio, perché ovviamente non può esistere un modello unico di UTAP, una tipologia unica di UTAP in quanto le zone montane, la pianura e le città hanno esigenze diverse e quindi cerchiamo, attraverso la mappatura, di capire i luoghi e le aree in cui collocare le UTAP e, nel riparto per le Aziende Ulss venete per il 2007, sarà inserito per i Direttori Generali il vincolo che almeno lo 0,25 per cento dell'intero budget assegnato sia destinato in modo esclusivo all'attivazione delle UTAP.