

La via evolutiva delle unità territoriali di assistenza primaria in Veneto

L'assessore alle politiche sanitarie della Regione Veneto, Francesca Martini, ha dichiarato che la sfida futura per l'assistenza sanitaria della Regione è quella di mettere in rete la fase acuta con la dimissione protetta e la continuità assistenziale. Un progetto realizzabile in un territorio dove a livello di assistenza alle cronicità è già radicata la presenza di unità territoriali di assistenza primaria il cui modello evolutivo è incentrato sulla costruzione di Utap di rete.

La Regione Veneto per il 2008 ha messo a disposizione dei nuovi modelli di medicina convenzionata un budget complessivo di 20 milioni di euro finalizzati a creare, partendo dalle Utap già insediate nel territorio, una rete regionale che punta a coinvolgere quasi 6 mila medici tra medici di famiglia (3.500), medici di continuità assistenziale/ex guardia medica (800), pediatri di libera scelta (500) e specialisti ambulatoriali (1.000). Il concetto di rete è essenziale per la costituzione della cosiddetta Utap di rete, preferibile all'Utap centralizzata nei luoghi montani, o in quelli che comunque sono caratterizzati dalla presenza di più comuni in un'area vasta, dove un'unica sede comporterebbe seri disagi per la popolazione. E proprio di Utap di rete s'è parlato ad Abano Terme (Padova), in occasione del convegno Fimmg "La medicina generale nel Veneto. Modelli evoluti di erogazione delle cure, criticità, prospettive di sviluppo". In tale assise si è cercato di inquadrare schematicamente le peculiarità di questo sistema. Come ha tenuto a specificare Luca Rossetto della Fimmg Veneto, la riqualificazione delle cure primarie deve perseguire un'organizzazione che supporti una presa in carico di patologie croniche ad alto impatto clinico e sociale. Dietro la costruzione di una rete quindi c'è anzitutto un pensiero, un'idea complessiva. La rete non è costituita necessaria-

mente soltanto di collegamenti informatici, anche se sono fondamentali, ma ha delle caratteristiche ben precise. Entrando nel dettaglio una rete deve garantire:

- Un ingresso informativo unico, cioè un call center.
- Il coordinamento delle attività ai fini della copertura complessiva offerta.
- L'accessibilità per tutti i professionisti a un database unico, di tutte le schede cliniche degli utenti.
- L'adozione e la diffusione di standard organizzativi omogenei.
- La definizione di obiettivi di salute (o di processo equivalenti) comuni.
- L'individuazione e l'utilizzo di supporti decisionali validati a di-

sposizione di tutti i professionisti.

- La disponibilità di un centro di documentazione implementato dai professionisti.

- Un contesto di comunicazione e confronto professionale sul web (community professionale).

Soffermandosi sui principi guida, nella progettazione di una Utap in rete bisogna:

1. Partire dalla percezione dell'utente e utilizzarla come guida del cambiamento.
2. Dichiarare i propri standard qualitativi all'utenza.
3. Usufruire pienamente del supporto offerto dalla tecnologia informatica con particolare riferimento a: condivisione, connettività, accesso a fonti autorevoli e/o certificate,

Gli standard qualitativi dichiarati all'utente

1. Accessibilità

Accessibilità ambulatoriale del Mdf h. 8 subdistrettuale e h.12 distrettuale; visite ambulatoriali su appuntamento; corsia dedicata a prescrizioni programmate ripetibili.

2. Ampliamento e miglioramento delle attività assistenziali offerte

Gestione informatizzata delle cartelle dei pazienti con supporto clinico e normativo; educazione terapeutica e infermieristica; gestione infermieristica delle lesioni trofiche o delle ferite a lenta guarigione; dati clinici disponibili per tutti i Mmg della rete in caso di intervento su un assistito iscritto con un altro medico della rete; esecuzione di spirometria, ECG, saturimetria.

3. Continuità delle cure

Ricezione di referti su Intranet; prelievi ematici ambulatoriali h. 2/settimana; trasmissione routinaria dei dati clinici essenziali in caso di invio al secondo livello; database dei riscontri della qualità del secondo livello a uso dei Mmg aderenti; disponibilità di minor tempo di attesa per i servizi di secondo livello nella zona circostante; connessione con il livello sociale per segnalazione e prima valutazione; tempi di attesa dichiarati appropriati.

reportistica ed elaborazione dati;
4. Caratterizzare, temporalmente e organizzativamente, le attività che garantiscono accessibilità e quelle programmate, finalizzate alla gestione delle patologie croniche.

Effettuare visite su appuntamento comporta:

- 1.** Aumento dell'accessibilità per gli utenti "non fragili".
- 2.** Ricaduta d'immagine e di sostanza sulla professionalità del medico di famiglia.
- 3.** Riduzione dell'accesso specialistico diretto.
- 4.** Responsabilizzazione dell'utilizzo del servizio (con ulteriore aumento dell'accessibilità).

I supporti decisionali (ipertestuali e automatici) condivisi in rete, secondo quanto specificato da Rossetto, comportano delle ricadute sull'organizzazione e sulla qualità del servizio sia in ambito clinico che normativo-organizzativo.

In ambito clinico:

- Migliorano il background teorico (competenza).
- Abbattono gli errori incidentali.
- Contribuiscono a omogeneizzare i comportamenti professionali sulla base delle evidenze scientifiche.
- Favoriscono l'appropriatezza fondata su scelte condivise.

In ambito normativo-organizzativo:

- Migliorano il background teorico (competenza);
- Abbattono gli errori incidentali;
- Contribuiscono alla sequenza: continuità normativa-continuità organizzativa-continuità di cure.

■ L'educazione terapeutica

Il dott. Rossetto pone l'accento anche sul fatto che l'educazione terapeutica riveste una grande importanza. Il 50% delle terapie di lunga durata non vengono seguite correttamente per problemi di:

- 1.** Autonomia inadeguata alla comprensione e alla gestione di politerapie complesse.
- 2.** Riserve inesprese o inconsapevoli legate all'accettazione e/o al trattamento della malattia.
- 3.** Chiarezza della prescrizione.

"Una terapia cronica seguita scorrettamente - commenta Rossetto - è un pericolo per la persona e uno spreco per la comunità".

■ Consulenza e passaggio di cura

Tra gli elementi che vanno opportunamente considerati rientrano anche la consulenza-passaggio in cura. Ambiti che presentano due elementi di qualità:

- 1.** La qualità intrinseca della richiesta di consulenza o di presa in carico (per esempio, l'accuratezza dell'esito, la completezza della documentazione, il precontatto telefonico ove è utile e sostenibile).
- 2.** La scelta del professionista o della struttura cui indirizzare l'utente (organizzazione, competenza, esiti: osservati dal professionista e percepiti dall'utente).

■ Il ruolo cruciale degli infermieri

"L'organizzazione per la gestione delle patologie croniche nell'ambito delle cure primarie - sottolinea Rossetto - deve attribuire alla professionalità infermieristica un ruolo cruciale".

I principali campi di intervento di tali professionalità sono:

- 1.** Supporto organizzativo alle attività a carattere programmato;
- 2.** Attività cliniche di competenza;
- 3.** Educazione terapeutica.

All'infermiere ambulatoriale spettano azioni d'interfaccia con il sociale, nell'ambito di modalità di contatto condivise. In particolare:

- Segnalazione ai servizi comunali di situazioni con problematiche sociali (individuate dall'infermiere ambulatoriale e/o dal medico di famiglia).
- Inquadramento iniziale integrato ed eventuale intervento semplice.

■ La sede centrale

"Si prevede che la sede centrale - specifica Rossetto - ospiti una medicina di gruppo. Tale sede deve supportare tutta l'attività della rete per gli aspetti di coordinamento e deve erogare attività dirette, vale a

dire ospitare la medicina di gruppo e arrivare a 12 ore di copertura giornaliera. Inoltre deve fornire prestazioni effettuate su prescrizione dei medici aderenti alla rete".

Le professionalità presenti nella sede centrale sono:

- 1.** Medico di organizzazione;
- 2.** Medico di famiglia;
- 3.** Medico specialista;
- 4.** Infermiere;
- 5.** Fisioterapista;
- 6.** Logopedista;
- 7.** Educatore;
- 8.** Amministrativo.

Gli standard previsti in tutti gli studi della rete

1. Informatizzazione, condivisione e connessione via web:

- accessibilità alle schede individuali di tutti gli utenti della rete;
- ricezione dei referti via Intranet.

2. Una segreteria centralizzata h. 12 (punto d'ingresso ai servizi della rete):

- informazione su orari e modalità di servizio dei singoli e della rete in generale;
- servizio di segreteria personalizzato ai singoli professionisti;
- ricezione di richieste di terapie continuative o di controlli programmati;
- prenotazione di visite su appuntamento (>30 per cento delle ore complessive di ambulatorio).

3. Una presenza infermieristica h.2/die (attività prevalentemente autonoma e programmata):

- rilievo, gestione iniziale, collegamento e integrazione con i servizi sociali;
- supporto all'autocura: educazione terapeutica e componente infermieristica in ambulatori dedicati;
- gestione dell'esecuzione dell'Ecg;
- gestione dell'esecuzione della spirometria;
- gestione di ulcere trofiche;
- prelievi settimanali ambulatoriali.

4. Ulteriori competenze del Mmg:

- gestione del referto Ecg;
- gestione del referto della spirometria;
- utilizzo e gestione della saturimetria.