

## Strumenti e modelli per la valutazione dell'assistenza erogata

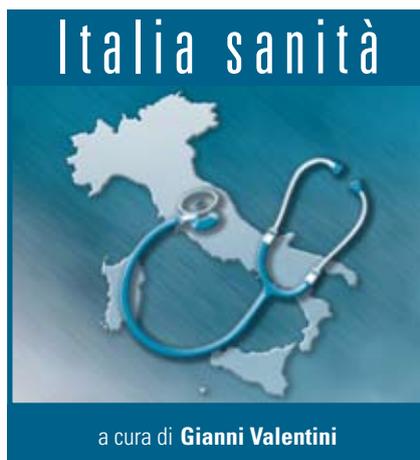
Secondo quanto promesso dal ministro per la Pubblica amministrazione e l'innovazione Renato Brunetta al Forum Meridiano Sanità 2008 di Cernobbio (Como), entro il 2010 la sanità in Italia sarà "elettronica". In altre parole, tutti i medici di famiglia dovranno essere collegati in rete tra loro, le ricette e i certificati dovranno essere digitali, le prenotazioni si faranno on line. Digitale sarà anche il fascicolo sanitario dei cittadini italiani.

Una promessa ambiziosa in rapporto ai tempi, non certo in merito a quanto già avviene in alcune realtà territoriali del nostro Paese. E, visto il pragmatismo governativo delineato ad accelerare il processo di innovazione, qualità e sostenibilità del Ssn, puntando sulla riorganizzazione della *primary care*, alcune di queste realtà all'avanguardia potrebbero costituire dei veri e propri *benchmark*.

È quanto in fondo sostengono i rappresentanti dei Mmg. Fimmg e Snammi, infatti, non solo condividono l'orientamento del ministro Brunetta, ma tengono a precisare di essere stati veri e propri promotori della messa in rete dei Mmg con tutto il Ssn. La categoria è pronta da molti anni e può fornire contributi sui contenuti coi quali riempire la rete e suggerimenti sulle modalità affinché questo orientamento annunciato diventi fattibile e sostenibile.

Tra i vari modelli sperimentali di assistenza primaria che hanno investito sulla e-technology, particolare attenzione merita quello del distretto di San Daniele in Friuli Venezia-Giulia.

Sostenuto da PhRMA (*Pharmaceutical Research and Manufacturers of America*), associazione che rappresenta le maggiori imprese farmaceutiche e biotecnologiche degli Stati Uniti, alla fine del 2007 inizia un'analisi di fattibilità di un nuovo modello di assistenza primaria nella Regio-



ne. Le proposte di miglioramento riguardano l'accessibilità, i percorsi diagnostico-terapeutici, il lavoro multiprofessionale e di gruppo, la creazione di case manager nel distretto, su una popolazione di 48mila abitanti, di cui il 22% over 65, con 41 Mmg, quattro pediatri e 217 posti letto nell'ospedale locale. Sono individuati cinque percorsi socio-sanitari e di ricostruzione del percorso di alcune tipologie di cittadino-paziente: diabetico, in terapia anticoagulante orale, oncologico, anziano fragile (demenza), codice bianco. Ogni fase prevede un tavolo tecnico rappresentativo degli stakeholder a livello di Regione, azienda e distretto. Per ogni patologia sono avanzate proposte (per esempio, l'introduzione del case manager per i pazienti cronici multiproblematici) mentre il centro di assistenza primaria viene visto come soluzione trasversale a tutti i percorsi. Sono poi stimati gli impatti finanziari e di salute delle proposte, compresi i costi di soluzioni ICT (*Information and Communication Technologies*), di formazione degli operatori, della redistribuzione del mix di pazienti fra laboratorio e Mmg. Data la popolazione del distretto, viene infine ipotizzato che in cinque anni possano essere realizzati quattro centri composti mediamente da 8 Mmg, due pediatri, tre infermieri, due assistenti di studio, un amministrativo, il team per la gestione del diabete e un case manager, con un costo annuo compreso fra i 940mila e un milione e 140mila euro. Il possibile risparmio su scala regionale, per il solo percorso inerente la terapia anticoagulante orale, potrebbe ammontare a oltre 300mila euro, per quello diabete addirittura a 3 milioni e mezzo. Gli *outcome* di

salute e processo attesi da questo progetto sono la riduzione del numero e della durata delle ospedalizzazioni, dei codici bianchi, delle liste d'attesa, migliori accessibilità e flessibilità, oltre a un miglioramento della comprensività, della continuità delle cure, nonché della condivisione e dello scambio delle informazioni.

Secondo Vladimir Kosic, assessore alla salute e alle politiche sociali della Regione Friuli Venezia-Giulia, l'integrazione dei servizi può garantire qualità maggiore e costi minori. Investire sull'*empowerment* sia del paziente che delle associazioni coinvolte è una necessità per costruire alleanze terapeutiche per cui ogni parte del sistema si prende le sue responsabilità e il suo lavoro: è un passaggio fondamentale per le sfide che la salute ci pone oggi. L'assessore tiene a precisare che la crescita delle cure si fonda su tre cardini che garantiscono coinvolgimento di professionisti diversi: la capacità organizzativa, la continuità gestionale e informativa. Il modello friulano secondo Andrea Beretta Zanoni, responsabile del progetto San Daniele per The European House-Ambrosetti, è traducibile su larga scala anche in Italia (o addirittura esportabile all'estero).

La necessità di creare strumenti di valutazione e verifica è un bisogno che riguarda l'intero sistema Paese. A tale riguardo Ignazio Marino, presidente della Commissione d'inchiesta del Ssn e membro della commissione Igiene e Sanità del Senato, ha presentato un disegno di legge che prevede l'istituzione dell'Agenzia nazionale di valutazione che analizzi anche il Ssn, utilizzando indicatori basati sui dati presenti nella letteratura scientifica. Tramite la creazione di un *benchmarking* nazionale, si potranno così comparare tali valori, (per esempio quanti parti cesarei avvengono nei singoli ospedali della Penisola), agli altri sistemi sanitari, valutando l'operato dei direttori generali e magari adeguando numeri e attività in base alle indicazioni dell'OMS e alle reali esigenze locali.

## Lombardia: tre proposte per la continuità delle cure

La continuità assistenziale in Lombardia va rivista almeno in tre direzioni. Lo ha affermato Fiorenzo Corti, segretario generale Fimmg della Regione. Intervenedo al convegno "La continuità delle cure nella rete sanitaria e sociosanitaria della Lombardia", tenutosi a Milano, Corti ha specificato tali priorità: una maggiore disponibilità alle esigenze degli assistiti, riportare alla medicina generale alcune prestazioni oggi erogate da specialisti, focalizzazione sulla qualità e sulla misurabilità degli interventi. In una Regione, come quella lombarda, nella quale prevale una logica di sussidiarietà, si valorizzano oggi soprattutto soggetti erogatori del terzo settore. Ma il sistema della continuità delle cure può essere modificato e migliorato in un'ottica che guardi al futuro e che coinvolga tutti gli operatori e le strutture del territorio.

Punto di partenza deve essere, secondo Corti, innanzitutto la separazione fra l'area delle cure primarie e quella delle cure d'urgenza (il 118), ma anche una maggiore attenzione alle esigenze dei cittadini e non solo dei Mmg.

Maggiore disponibilità nei confronti degli assistiti significa innanzitutto attenzione alle esigenze non direttamente riconducibili al rapporto fiduciario. In proposito Corti sostiene che se il cittadino non dovesse trovare disponibile il proprio medico di fiducia per prestazioni non strettamente legate alla sua attività, quali per esempio una vaccinazione antinfluenzale o una ricetta per necessità importanti, deve poter trovare un altro collega, magari in rete o in medicina di gruppo.

Un altro aspetto dello stesso tema riguarda il personale di studio, nelle sue due forme: il collaboratore di studio, figura di tipo ammi-

nistrativo, e l'infermiere, di tipo sanitario. In merito, secondo il segretario regionale della Fimmg c'è una nota dolente: con l'accordo del 2007 il Ssr ha finanziato fino al 30 giugno 2007 tutti i medici di famiglia inseriti in medicina di gruppo che richiedevano del personale di studio. Secondo quanto però concordato, seppure a livello verbale, con la Direzione Generale Sanità, invece, la scadenza era stata prevista al 30 settembre 2007. Se si migliora il fattore "disponibilità", allora si dovrebbero anche incrementare gli investimenti.

Bisogna poi puntare sulla qualità e sulla misurabilità degli interventi in medicina generale. Ovvero: almeno per quanto riguarda le patologie croniche a più alta prevalenza, come lo scompenso, il diabete di tipo 2 o la BPCO, occorre ridefinire i percorsi per i pazienti relativi alle competenze dei medici di famiglia, del personale infermieri-

stico, dello specialista e infine delle strutture ospedaliere o accreditate.

In tal senso vanno alcuni progetti della Regione, come per esempio le iniziative della Asl di Milano, che ha potenziato la rete assistenziale con l'apertura di nuovi ambulatori distrettuali in cui oggi sono garantite le prestazioni non urgenti nei giorni prefestivi e festivi, nel momento in cui sono chiusi gli studi dei medici e dei pediatri di famiglia.

Tale potenziamento ha permesso, tra l'altro, una riduzione importante degli accessi inappropriati ai Pronto soccorso, soprattutto nella fascia pediatrica. Va anche citato lo "Sportello Unico per l'Anziano", attivato dal 2004 presso l'Istituto Palazzolo della Fondazione Don Carlo Gnocchi a Milano, che ha introdotto la figura dell'assistente sociale nel processo di continuità di cura.