

AIES

Associazione Italiana di Economia Sanitaria
Firenze, 18-19 Ottobre 2007

L'innovazione nella gestione dell'assistenza territoriale: esperienze a confronto

Valentina Albano*, Mariangela Contenti*, Nicola Fantini**, Fabio Tuffilli**

** Università LUISS Guido Carli – Centro di ricerche sui Sistemi Informativi*

*** Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Tecnologie Biomediche*

Paper in versione BOZZA

Non divulgare né citare senza l'autorizzazione degli autori

Introduzione

Il governo delle cure primarie è oggi sempre più determinante per la realizzazione degli obiettivi di equità, efficacia, efficienza e responsabilizzazione dei sistemi sanitari (OECD, 1994). Numerosi studi hanno, infatti, evidenziato che i sistemi maggiormente orientati alle cure primarie, piuttosto che all'assistenza specialistica, attestano miglioramenti negli outcome di salute, nella soddisfazione dei pazienti, nell'equità delle condizioni di accesso, nella continuità delle cure ed al contempo nel contenimento della spesa sanitaria (Athun, 2004, Machinko et al. 2003). Affinché, tuttavia, l'auspicato spostamento del baricentro dell'assistenza dall'ospedale al territorio possa tradursi in un effettivo incremento della qualità e dell'appropriatezza, le politiche sanitarie sono chiamate a riconoscere e fronteggiare il profondo cambiamento che, nel corso degli ultimi anni, sta investendo il sistema delle cure primarie.

La crescente diffusione delle malattie croniche e delle co-morbilità geriatriche, assieme alla comprovata inadeguatezza dell'ospedale nella gestione di tali malattie in una prospettiva sia sociale, che economica e strutturale, hanno richiamato un'attenzione sempre maggiore rispetto all'assistenza territoriale (Merlino et al. 1994). Ciò ha anche messo in crisi il tradizionale modello assistenziale incentrato sulla figura del Medico di Medicina Generale (MMG), concepito come in grado di fornire una risposta comprensiva ai bisogni della popolazione servita (Carmichael, 1997). In presenza di pazienti con bisogni multidimensionali e protratti nel tempo, di una specializzazione crescente delle competenze mediche, e considerato il ruolo strategico assunto dalle attività di prevenzione e riabilitazione, le attività demandate all'assistenza primaria hanno, infatti, subito una notevole espansione, e risultano essere ripartite all'interno di un sistema progressivamente più ampio ed articolato su più professionalità socio-sanitarie distribuite sul territorio.

A fronte di un'attenzione crescente al bisogno di garantire non solo la sostenibilità economica, ma anche la qualità dei servizi in tutte le sue dimensioni, e dunque l'appropriatezza, emerge l'esigenza di definire un nuovo paradigma assistenziale incentrato sulla ricomposizione dell'unitarietà degli interventi reattivi e proattivi, un tempo garantita dai soli MMG, attraverso l'abbattimento dei confini tra i vari punti di cura e l'adozione di modelli operativi sinergici, basati su una logica di gestione per processi (Cicchetti, 2004).

Tale necessità diviene peraltro più urgente, ed al contempo più complessa da gestire, in quei sistemi sanitari, quali quello italiano, caratterizzati da una struttura tipicamente specialistico-funzionale, ovvero in cui l'organizzazione dei servizi si fonda sul raggruppamento in attività medico-specialistiche sostanzialmente omogenee o comunque afferenti allo stesso settore di intervento. Se, infatti, tale configurazione da un lato favorisce lo svilupparsi di competenze mediche sempre più sofisticate e specializzate - alla base di una risposta precisa e profonda a specifici problemi di salute -, dall'altro rende i servizi tra loro "impermeabili" (Corradini, 1996), demandando al paziente il ruolo di integratore delle diverse prestazioni lungo il percorso assistenziale (Ruffini, 1998).

Una pluralità di soluzioni organizzative volte a promuovere una gestione integrata e complessiva del paziente stanno progressivamente emergendo non solo nel panorama internazionale (Larizgoitia e Starfield, 1997; Wilkin et al., 2001), ma anche in quello nazionale.

In questo contesto si inserisce la nostra ricerca, volta ad indagare se tra le diverse esperienze emergenti, ed in particolare tra quelle che costellano il panorama italiano, sussistano delle soluzioni distintive, che consentano di delineare dei modelli di riferimento per il cambiamento nel comparto delle cure primarie e che, al contempo, possano essere d'ispirazione per una maggiore uniformità

nella qualità delle prestazioni erogate. Il presente lavoro, nello specifico, mira a presentare i risultati di una prima indagine volta all'analisi delle soluzioni organizzative perseguite in due esperienze significative. Nel prosieguo del lavoro, dopo un inquadramento del contesto di riferimento (paragrafo 2) viene introdotta in dettaglio la metodologia ed in particolare il framework di analisi utilizzato (paragrafo 3). I paragrafi 4 e 5 sono dedicati alla descrizione dei casi ed all'interpretazione delle soluzioni individuate alla luce del framework proposto. Una serie di riflessioni di sintesi completano il lavoro (paragrafo 6).

Il contesto di riferimento

Il forte aumento dei costi a fronte di una domanda assistenziale sempre più complessa, e parzialmente riferibile all'eccessivo ricorso improprio alle strutture ospedaliere ed all'impiego inefficiente delle risorse, hanno portato ad una necessità sempre più urgente di ripensamento dei modelli di gestione dei servizi assistenziali, volto al superamento della logica ospedale-centrica in favore della promozione della medicina territoriale.

Il primo tentativo di spostare il baricentro della politica sanitaria dall'ospedale al territorio si deve al D. lgs. 229/99 che, nel riconfermare e rafforzare il Distretto, lo riconosce come strumento essenziale per ricollocare i bisogni dei cittadini al centro del SSN. Secondo il decreto, il Distretto rappresenta, per i cittadini di un dato ambito territoriale, il punto di riferimento per l'accesso ai servizi dell'ASL. Il D. lgs. 229/99 costituisce, inoltre, una delle prime disposizioni a disciplinare in maniera puntuale l'integrazione socio-sanitaria riconoscendo, sempre nel Distretto, il luogo d'elezione per il suo governo. Il Distretto viene a detenere, dunque, il governo della domanda, sia nella gestione dei servizi sanitari territoriali che nell'integrazione socio-sanitaria; ciò testimonia come a livello istituzionale si inizi a riconoscere la necessità di individuare nuovi modelli flessibili e integrati di governo, caratterizzati da elevate interdipendenze tra componenti propriamente sanitarie (in capo alle ASL) e sociali (in capo ai Comuni), su cui si fonda il benessere del cittadino.

La necessità di ricomposizione delle cure lungo il continuum assistenziale (Cicchetti, 2004) emerge anche dal PSN 2002-2004, che pone, tra gli obiettivi prioritari, la creazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani ed ai disabili (Obiettivo 2). Nel successivo PSN 2003-2005 la "promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari" viene inoltre inserita tra i principi fondamentali del sistema sanitario italiano e l'obiettivo di creare un sistema di servizi sul territorio incentrato sul governo dei percorsi di cura riaffermato. Tale obiettivo è raggiungibile attraverso una forte integrazione socio-sanitaria e l'attivazione di processi di riorganizzazione delle cure primarie fondati sul superamento della situazione di isolamento, che generalmente caratterizza gli attori presenti sul territorio, promovendo forme di aggregazione tra gli stessi MMG e tra quest'ultimi e gli altri professionisti.

Tra gli strumenti operativi della strategia delineata rientra, in particolare, la proposta di sperimentazione prevista nell'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2004 relativa alle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP). L'UTAP è una forma aggregativa evoluta della medicina generale, chiaramente ispirata all'esperienza inglese dei "primary care groups", che mira a concentrare in un'unica sede i servizi di assistenza di base H-12 o H-24, attraverso il coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale e di altri servizi, quali la specialistica ambulatoriale o l'assistenza domiciliare,

in modo variabile in funzione delle caratteristiche territoriali della domanda e delle risorse disponibili.

L'UTAP non rappresenta tuttavia l'unico tentativo per la promozione di forme di aggregazione di medici: a livello istituzionale altre forme di integrazione professionale, quali le équipes territoriali e le associazioni tra MMG (Medicina in associazione, in rete ed in gruppo) previste dal DPR 270/2000 "Regolamento di esecuzione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale" erano state già promosse in precedenza, e successivamente riconfermate nell'Accordo Collettivo Nazionale del 2005.

Il PSN 2006-2008, infine, contiene un ulteriore passo avanti nel processo di integrazione e potenziamento dell'assistenza territoriale. Tra le linee di azione, oltre a forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, promuove: (i) l'utilizzo dell'informatica medica, del telesoccorso e della telemedicina a supporto delle attività assistenziali, in particolare nelle aree a bassa densità demografica in cui non è ipotizzabile l'uso di sedi uniche; (ii) lo sviluppo degli Ospedali di Comunità gestiti dai MMG, quali strutture dedicate all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto ed alla gestione delle dimissioni protette; (iii) lo sviluppo di una rete finalizzata a integrare la prevenzione, l'assistenza di base (MMG e PLS), i servizi distrettuali, la specialistica territoriale e l'assistenza ospedaliera, al fine di assicurare l'appropriatezza, il coordinamento e la continuità assistenziale, nonché a facilitare l'accesso e l'erogazione delle prestazioni.

Gli obiettivi e le linee strategiche del PSN 2006-2008 stanno rappresentando il quadro di riferimento per la sperimentazione di un nuovo modello organizzativo che parte dalle esperienze pregresse delle UTAP e dalle altre forme di aggregazioni - previste a livello nazionale, nelle singole normative regionali o risultanti dalle iniziative dei professionisti - per arricchirle di nuovi contenuti. Si tratta in particolare della sperimentazione della "Casa della Salute" presentata al pubblico il 23 Marzo 2007 dal Ministro della salute Livia Turco. "La Casa della Salute non è un modello di riorganizzazione della medicina territoriale", bensì "un'idea, un'opportunità" di ascolto e valorizzazione delle tante esperienze territoriali fondata su dieci caratteri distintivi: la centralità del cittadino, la riconoscibilità, l'accessibilità, l'unitarietà, l'integrazione, la semplificazione, l'appropriatezza, l'efficacia, l'essere punto di riferimento della rete, l'autorevolezza e l'affidabilità (Turco, 2007).

Il quadro istituzionale che si è delineato negli ultimi anni ha, dunque, prodotto un ambiente favorevole alla proliferazione di numerose sperimentazioni di soluzioni organizzative innovative per il coordinamento dei diversi servizi socio-sanitari dislocati in un dato territorio.

Tali esperienze sono accomunate dall'idea di riorganizzare a livello nazionale o locale la frammentarietà dei servizi sul territorio e di superare il tradizionale stato d'isolamento in cui operano i vari professionisti sanitari, andando a configurare delle forme organizzative aggregate che mirano a mostrarsi con un'unica interfaccia coesa nei confronti del paziente e della comunità. Tuttavia, in presenza di gradi di libertà differenti, si riscontra un'elevata variabilità in termini dei confini, delle modalità costitutive, e dei modelli operativi posti in essere, così come nel grado e nelle modalità di utilizzo dell'ICT.

In particolare, all'interno di un framework normativo che promuove forme di aggregazione a più livelli, si ravvedono varie spinte al cambiamento da parte dei singoli medici che hanno percepito

l'inevitabile bisogno di trasformazione dell'assistenza territoriale, come nel caso delle forme associative e dei consorzi della medicina generale; altre da parte delle istituzioni regionali, orientate a rilanciare ed indirizzare le iniziative locali come nel caso delle UTAP; altre ancora, infine, risultanti da specifiche strategie locali.

Le sperimentazioni, inoltre, si articolano variamente sui due assi di integrazione (Lega, 2002): uno verticale, o di filiera, che coinvolge professionisti e strutture sui diversi livelli di cura, come ad esempio nel caso degli ambulatori per patologia; l'altro orizzontale, come ad esempio nel caso delle forme di associazione della medicina generale, in cui la cooperazione avviene tra strutture e professioni che operano sullo stesso livello di cura. Esse si distinguono, infine, per il diverso grado di strutturazione e formalizzazione delle soluzioni organizzative adottate, che spaziano da forme in cui prevale il coordinamento gerarchico basato su procedure, comandi, e controlli a forme d'interazione tra attori indipendenti, che condividono in modo autonomo e volontario la suddivisione dei compiti e delle attività.

La metodologia

In presenza di un'ampia varietà d'esperienze, obiettivo di una più ampia ricerca in corso di svolgimento è quello di investigare se tra la molteplicità di soluzioni organizzative vi siano approcci o caratteristiche distintive in grado di favorire più di altre l'erogazione dell'assistenza primaria. In questo lavoro in particolare il focus è sull'analisi di due casi empirici che per ragioni di riservatezza delle informazioni raccolte saranno indicati di seguito Centro per le cure primarie e Rete di cure primarie.

L'indagine è stata condotta su base documentale in combinazione con interviste semi-strutturate adottando la logica della triangolazione delle fonti (Patton, 1999) al fine di assicurare una maggiore solidità alle evidenze.

L'approccio metodologico d'analisi adottato è di stampo qualitativo e quale strumento operativo è stato adottato un framework concettuale sviluppato dalla Starfield (1992). Più specificamente, l'espandersi del punto focale dell'assistenza primaria, dal singolo medico di famiglia ad un sistema multicentrico, ha reso necessario un preventivo adattamento di tali principi illustrato di seguito. Il framework così rivisitato è stato dunque preso a riferimento come lente d'osservazione dei due casi di studio, per l'interpretazione delle rispettive soluzioni adottate, e per le conseguenti prime riflessioni in merito alle capacità di garantire alle rispettive comunità di riferimento un'assistenza primaria appropriata.

Il framework concettuale

Secondo il framework concettuale proposto dalla Starfield (1992), per cure primarie appropriate si intende una forma assistenziale che assicura ad una popolazione geograficamente identificabile: l'accessibilità alle cure; la comprehensiveness della cura; la continuità della cura incentrata sulla persona; e, la coordinazione della cura, in modo tale da garantire l'integrazione dei vari eventi sanitari a prescindere dal luogo di ricezione. Tale definizione si concentra sugli aspetti operativi dell'erogazione assistenziale, prescindendo da quelli propriamente clinici. Atteso che l'aspetto sostanziale della qualità della prestazione sanitaria dovrebbe essere comunque sottinteso (Primicerio, 1998), questa caratteristica ne consente la piena applicazione nel dominio sanitario

italiano, in cui l'assistenza è erogata da aziende pubbliche, o comunque accreditate, cui è consentito attivarsi per un miglioramento operativo limitatamente all'ambito della qualità dei processi assistenziali di propria competenza.

Le quattro dimensioni caratterizzanti l'assistenza primaria, definite dalla Starfield (1992), tendono a catturare le caratteristiche del singolo medico in una visione dell'assistenza primaria sostanzialmente incentrata sul MMG. Conseguentemente, nel nuovo paradigma assistenziale in cui si riscontra un passaggio da una forma di erogazione individuale ad una sistemica e multifocale, l'applicabilità di tale framework al dominio d'osservazione considerato necessita di alcune riflessioni ed adattamenti preventivi, relativi alla possibilità di estenderne i confini interpretativi. Coerentemente a quanto inizialmente considerato, infatti, l'unità di analisi è rappresentata dall'entità complessa emergente, chiamata a fornire una risposta unitaria all'erogazione di una buona assistenza primaria.

Accessibilità

L'accessibilità implica la possibilità, attribuita al paziente, di veder soddisfatto il proprio bisogno assistenziale al tempo e nel luogo in cui esso si manifesta. In questa prospettiva, l'accessibilità implica la *disponibilità* di servizi specifici e relativi punti d'accesso congrui con la domanda dei cittadini. Tuttavia, la disponibilità è condizione necessaria ma non sufficiente all'accessibilità. Quest'ultima è, infatti, influenzata da aspetti sia di carattere propriamente strutturale che organizzativi. Relativamente alla dimensione strutturale, in particolare, l'accessibilità di un servizio assistenziale è influenzata dalla presenza o meno di qualsiasi forma di barriera che possa dare origine a discriminazioni nell'accesso (ad esempio nel caso di disabili o anziani), nonché dalla distanza e dalla facilità di raggiungimento dei punti d'accesso (*prossimità*). Anche qualora un punto d'accesso sia fisicamente accessibile potrebbero tuttavia esservi delle barriere alla fruizione dei servizi dovute ad una organizzazione inappropriata delle risorse (ad esempio le liste d'attesa). In questa prospettiva organizzativa, in particolare, critici per l'accessibilità sono la *copertura temporale* del servizio, nelle 24 ore e nei giorni sia feriali che festivi, e la *reattività* alla manifestazione del bisogno, sia in termini di tempi di primo contatto che di erogazione effettiva dell'assistenza (Campbell et al., 2000; Aday et Andersen, 1974; Berry et Seiders, 2003; IoM, 1978). Berry e Seiders (2003) alle dimensioni indicate aggiungono anche l'appropriatezza e le preferenze del paziente nella scelta di un determinato professionista, tuttavia tali due dimensioni sono trascurabili rispetto alla nostra interpretazione. Nel primo caso, infatti, si rientra nel merito della qualità clinica che prescinde dallo studio in oggetto, mentre per quanto attiene la discrezionalità del paziente nella scelta dei professionisti cui affidarsi, ciò costituisce un principio fondante del SSN italiano e, nel contesto d'osservazione, risulta dunque garantita ad un livello sovraordinato. Analogamente, la connotazione di bene pubblico riconosciuto all'assistenza sanitaria nel sistema italiano induce, infine, a trascurare come ulteriore dimensione, l'ottenibilità proposta dall'IoM (1978), in quanto legata alla accessibilità in termini economici del servizio da parte del paziente.

In presenza di un sistema di assistenza primaria più articolato e complesso rispetto al tradizionale campo di indagine, alle dimensioni delineate in precedenza e ampiamente presenti in letteratura, si aggiungono come determinanti dell'accessibilità anche la *visibilità* e la *riconoscibilità* dovute alla necessità, che in questo panorama rinnovato si manifesta, di far conoscere all'utenza la disponibilità di specifici servizi e di orientarla rispetto alla pluralità degli stessi.

Comprehensiveness

La comprehensiveness si riferisce all'abilità da parte dell'assistenza primaria di gestire la maggior parte dei problemi che emergono nella popolazione servita (IoM, 1978; Starfield, 1992). In un contesto di specializzazione crescente tale attributo, originariamente considerato come caratteristica intrinseca del MMG, in quanto riferito all'ampiezza delle sue competenze tra più discipline mediche e lungo le diverse fasi del processo assistenziale, è oggetto di una progressiva contrazione (Chan, 2002). Nel passaggio dalla dimensione individuale a quella di sistema, la comprehensiveness tuttavia può divenire un attributo del sistema nel suo complesso. Se orientato alla ricomposizione dell'unitarietà riconosciuta inizialmente nel singolo medico, la comprehensiveness si traduce, infatti, nella capacità del sistema di integrare la molteplicità dei servizi attraverso cui la multidimensionalità crescente dei bisogni manifestati dai pazienti lungo il continuum della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione viene soddisfatta. Peraltro il concetto di salute non è più inteso come semplice assenza di malattia o infermità, ma come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale" (WHO, 1978). L'attribuzione di un peso crescente alla dimensione sociale dell'assistenza è all'origine, almeno nel contesto italiano, di un'attenzione maggiore alla promozione di forme di integrazione inter-istituzionali; in esso si riscontra, infatti, una sostanziale separazione del dominio sanitario e di quello sociale, essendo quest'ultimo di competenza delle amministrazioni locali. Misura della comprehensiveness non è tuttavia esclusivamente la varietà dei servizi offerti, ma anche la capacità di consentire l'accesso a più servizi non necessariamente interdipendenti nel corso di un singolo contatto.

Continuità

In letteratura, il concetto di continuità nel dominio delle cure primarie è presente nell'accezione di relazione longitudinale tra medico e paziente, trascendendo gli episodi multipli di malattia. La continuità, fortemente influenzata dagli altri due principi descritti in precedenza (IoM, 1978), favorisce lo sviluppo di un forte legame medico-paziente caratterizzato da fiducia, lealtà e senso di responsabilità reciproca (Saultz, 2003; Starfield, 1992; Roger et Curtis, 1980). Starfield (1980) introduce la distinzione tra *longitudinalità* e continuità vera e propria. Mentre la prima attiene alla disponibilità di una fonte regolare di cura (un dato luogo o un dato professionista), la seconda viene definita come una successione ininterrotta di eventi o come il meccanismo che consente di congiungere le parti separate di un episodio. In presenza, dunque, di una pluralità di operatori, il presupposto della continuità diviene la capacità di definire, in maniera appropriata, tale meccanismo di congiunzione superando la frammentarietà degli interventi. In questa prospettiva al concetto di *continuità interpersonale*, che peraltro tende ad evolversi in una relazione rispetto ad un team (Guthrie, 2002), vanno ad aggiungersi quello di *continuità manageriale* e di *continuità informativa* (Haggerty et al., 2003). La continuità manageriale concerne il sequenziamento appropriato di diversi interventi casualmente interdipendenti, ed è strumentale ad un'erogazione in tempi definiti di servizi complementari. Essa dipende fortemente dai meccanismi di coordinamento laterali, adottati all'interno di un gruppo di operatori variamente coinvolti nell'assistenza del paziente, e dalla capacità di flessibilità nell'adattare gli interventi al mutare dei bisogni del paziente e delle circostanze. La continuità informativa attiene infine alla disponibilità d'informazioni circostanziate ed aggiornate sulle condizioni socio-sanitarie del paziente, ma anche in relazione ai processi assistenziali nel loro complesso, ovvero sulle risorse tecniche e professionali da attivare per rispondere a specifiche necessità.

Coordinazione

Nella concezione originaria del framework, mentre l'accessibilità, la comprehensiveness e la continuità risultano essere delle caratteristiche interne all'unità di assistenza primaria, l'ultimo aspetto attiene al relazionamento di tale forma assistenziale con gli altri livelli di cura. L'assistenza primaria e più specificamente il MMG è, infatti, chiamato a svolgere un ruolo di intermediazione tra il paziente e l'assistenza specialistica, fornendo informazioni, cercando opinioni dagli specialisti e spiegando le diagnosi ed i trattamenti ai pazienti. I MMG sono, inoltre, chiamati a coordinare il piano di cura del paziente, adattandolo alle sue specifiche esigenze sociali e familiari (IoM, 1978). Peraltro, nel sistema sanitario italiano, tale funzione, oltre ad avere una forte valenza assistenziale e sociale acquista anche una valenza economica in quanto, secondo l'ordinamento del SSN, il MMG svolge il ruolo di gatekeeper, regolando il flusso dei propri assistiti nei percorsi assistenziali. Spostando il focus dell'analisi dal MMG al sistema, tale principio può essere reinterpretato come capacità di gestire i confini e le interazioni con gli altri servizi non integrati formalmente. In altri termini, mentre i meccanismi di coordinamento interno rappresentano degli indicatori del concetto di continuità, nel caso della coordinazione sono i meccanismi di coordinamento e di comunicazione con l'esterno a rappresentarne il principale indicatore.

Nella sezione successiva sono presentati i due casi di studio. Per chiarezza espositiva i risultati dell'analisi dei singoli casi, alla luce del framework concettuale appena discusso, saranno presentati unitamente ad un rispettivo inquadramento generale iniziale.

Casi di studio e risultati

Per ragioni di riservatezza delle informazioni raccolte, i due casi di studi in esame sono indicati di seguito come Centro per le cure primarie e Rete di cure primarie. Si tratta di due esperienze, la prima del sud e l'altra del centro Italia, accomunate dal fatto di essere state promosse entrambe a livello aziendale, e di far riferimento ad un bacino d'utenza con caratteristiche demografiche, territoriali e socio-economiche simili. A fronte di tali similitudini, e come verrà discusso nella sezione successiva, tuttavia, i due casi rivelano consistenti differenze in termini di soluzioni strategiche ed organizzative adottate al punto di poter essere considerate come gli estremi di un continuum tra un modello che concentra una pluralità di servizi in un'unica struttura polifunzionale ed un modello invece a rete, in cui i servizi continuano ad essere variamente dislocati sul territorio anche se fortemente interconnessi grazie al ricorso ad un sistema informatico. La combinazione di queste caratteristiche rende, a nostro avviso, i due casi particolarmente significativi ai fini dell'analisi e ne giustifica la selezione tra la moltitudine di soluzioni variamente perseguite nel panorama italiano.

Il Centro per le cure primarie

Il progetto del Centro per le cure primarie è stato avviato su iniziativa di una ASL del sud Italia di concerto con uno dei Comuni dell'area geografica di afferenza, il quale ha messo a disposizione una propria sede per l'insediamento degli operatori e l'erogazione dei servizi. Questo aspetto connota uno degli orientamenti più significativi del progetto, ossia l'integrazione dei servizi sanitari e di quelli socio-assistenziali. In linea del resto con gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale del 2002-2004 e di quello Regionale del 2001, il progetto del Centro per le cure primarie ha inteso far fronte ad una serie di criticità, dovute all'insufficiente distribuzione dei servizi sul territorio ed alle difficoltà di accesso che trovano origine nelle caratteristiche geografiche e socio-economiche di un territorio vasto e con seri problemi di viabilità. A ciò si aggiungeva la necessità di migliorare la qualità percepita delle

strutture sanitarie, anche al fine di ridurre l'alto tasso di migrazione sanitaria e di ospedalizzazione, nonché di controllare la spesa farmaceutica.

Il potenziamento della medicina territoriale attraverso la costituzione del Centro per le cure primarie è dunque partito dal presupposto di istituire uno "sportello unico", capace di superare il tradizionale modello di erogazione dei servizi basato sulla singola prestazione, e di soddisfare i bisogni complessi del cittadino/utente in un'ottica di integrazione. Ciò risulta evidente sia dall'attenta analisi svolta per la costruzione del Piano salute (Corposanto et al, 2004), sia dalla documentazione della fase progettuale. Il progetto prevedeva, infatti, l'inserimento di *facilitatori* con il compito di indirizzare e seguire i cittadini/utenti verso percorsi ottimali per il soddisfacimento dei loro bisogni, anche attraverso l'attivazione di *équipe integrate* di operatori socio-sanitari nel caso di bisogni complessi. Seguendo la logica del *case management* (Bower, 1998), ruolo dell'*équipe* era quella di proporre un piano personalizzato d'intervento, identificare un operatore preposto alla presa in carico, e seguire il caso durante tutto il percorso socio-assistenziale. La fase progettuale così articolata e ambiziosa, basata in particolare sulla riorganizzazione delle risorse umane, non ha tuttavia trovato finora piena attuazione.

La realizzazione del Centro per le cure primarie ha privilegiato in particolare la concentrazione di diversi servizi distrettuali in una unica sede, la quale ospita: un centro di prelievi ematici, un Nucleo operativo territoriale del Dipartimento di salute mentale, l'Ufficio sanitario, un ambulatorio specialistico e uno sportello per l'assistenza sociale del Comune. La presenza degli ultimi due servizi rappresenta il principale aspetto innovativo del Centro, contribuendo a differenziare tale struttura da un distretto di I livello. Nel Centro per le cure primarie operano, inoltre, sei MMG che, aderendo al progetto e costituendosi in associazione, garantiscono, in aggiunta alle proprie funzioni conservate e mediante turnazione, una copertura assistenziale H-12 per 5 giorni a settimana. Uno sportello amministrativo potenziato, sia per il numero di servizi offerti che per la copertura di un bacino d'utenza esteso ai cittadini dei paesi limitrofi a quello d'insediamento del Centro, costituisce, infine, uno dei principali punti di forza del progetto.

Sebbene numerosi siano i limiti delle soluzioni adottate nel caso del Centro per le cure primarie, in parte dovute alla loro mancata attuazione, molti degli obiettivi che il progetto si proponeva sono stati in ogni caso realizzati. E', infatti, diminuita la migrazione sanitaria, il tasso di ospedalizzazione ridotto, e la spesa farmaceutica ridimensionata. L'aumento della visibilità di un punto unico di accesso a più servizi, anche se non ancora pienamente integrati, sembra essere stata accolta positivamente dalla popolazione, come dimostra la corposa affluenza alla struttura. Anche per gli operatori del Centro tale esperienza ha comunque rappresentato un importante passo in avanti verso l'acquisizione di una cultura della collaborazione, spesso carente nel quadro di una medicina sempre più specialistica.

Accessibilità

L'esperienza si presenta come fortemente orientata al potenziamento dell'accessibilità. L'istituzione di un centro polifunzionale, in cui si concentrano sia servizi preesistenti che di nuova costituzione, a circa 20 Km sia dall'ospedale presidio che dalla sede distrettuale, impatta positivamente sulla disponibilità dei servizi e sulla prossimità, soprattutto se si considera che il territorio di riferimento si contraddistingue per una bassa densità demografica, ed un bacino d'utenza composto

principalmente da anziani che vivono in solitudine. La scelta effettuata da parte dei MMG di mantenere il proprio ambulatorio, pur prevedendo una presenza a turno presso il Centro, se da un lato induce a riconoscere che, in un contesto come quello in esame, una struttura centralizzata può impattare negativamente sulla prossimità, dall'altro ha di fatto consentito di aumentare la disponibilità del servizio, offrendo ai cittadini la possibilità di veder soddisfatto il proprio bisogno anche quando il proprio medico non è disponibile. Attraverso il sistema di turnazione dei MMG, il Centro consente quindi di estendere la copertura temporale dell'assistenza di base fino a comprendere tutte le ore diurne nell'arco di cinque giorni a settimana. Sebbene non sia garantita la stessa copertura temporale anche per gli altri servizi, in particolare quelli specialistici, il Centro si presenta in ogni caso alla comunità come punto di riferimento, alternativo all'ospedale. In esso è, infatti, possibile individuare in ogni momento un professionista in grado di accogliere il bisogno manifestato e di orientare il cittadino verso la migliore soluzione. La visibilità è, inoltre, garantita dalla pubblicazione della carta dei servizi, uno strumento di facile lettura a supporto dell'orientamento del paziente.

L'accessibilità è stata, dunque, fortemente influenzata in senso positivo dai numerosi interventi strutturali introdotti. Tuttavia, come si approfondirà in seguito, l'intervento limitato sulle modalità operative dei processi assistenziali non ha consentito un potenziamento delle dimensioni organizzative dell'accesso. In particolare, non si riscontrano variazioni significative rispetto alla reattività dell'assistenza e nelle liste di attesa dei vari servizi.

Comprehensiveness

Le caratteristiche riscontrate nel Centro per le cure primarie inducono a ritenere che tale soluzione si contraddistingue per un'elevata *comprehensiveness*. All'interno della struttura, si concentrano numerosi servizi, tra loro eterogenei. La strategia adottata sembra, infatti, quella di promuovere una forma di integrazione orizzontale. Il criterio di raggruppamento adottato è di tipo geografico, contemplando l'ampio spettro di servizi di base destinati ad una popolazione. La concentrazione fisica peraltro consente potenzialmente di accedere, nell'ambito di un singolo contatto, ad una pluralità di servizi minimizzandone i costi di accesso, sia in termini propriamente economici che di tempo.

Al fine di supportare ed orientare il cittadino rispetto alla pluralità dei servizi offerti in sede progettuale era anche stato previsto un potenziamento dei ruoli di contatto (Butera, 1990) per mezzo dell'istituzione della figura del facilitatore. Tuttavia, per una serie di problemi realizzativi sostanzialmente riferibili alla mancata disponibilità di operatori qualificati al ruolo, tale soluzione innovativa, al momento, non ha trovato piena implementazione.

Continuità

Il permanere di un rapporto longitudinale con il proprio medico di famiglia induce a ritenere che di fatto il Centro per le cure primarie, pur accentuando l'accessibilità, non ha introdotto significative variazioni nella continuità interpersonale medico-paziente. L'assenza di team multiprofessionali che coinvolgono professionisti afferenti a diversi servizi, impedisce inoltre di parlare di continuità interpersonale nella sua dimensione evoluta.

A fronte di interessanti soluzioni organizzative atte a garantire la continuità manageriale tra le prestazioni erogate all'interno delle singole aree funzionali, peraltro sviluppate indipendentemente

dall'esperienza del Centro¹, non sono stati resi operativi i meccanismi di coordinamento tra più servizi inizialmente previsti. In presenza di bisogni complessi e multispecialistici era, infatti, previsto l'intervento di un'equipe, con il compito di proporre un piano personalizzato d'intervento, identificare un operatore preposto alla presa in carico, e seguire il paziente durante tutto il percorso socio-assistenziale. Tale ruolo di integratore, attribuito in funzione delle peculiarità del caso, era preposto al coordinamento tra le funzioni orizzontali, al fine di assicurare la tempestività degli interventi minimizzando il rischio di duplicazione delle prestazioni e l'attesa dei "tempi morti".

D'altra parte, a sopperire l'assenza di meccanismi di coordinamento formalizzati che possano supportare la continuità informativa, interviene la condivisione degli spazi da parte dei diversi professionisti. La possibilità di superare il tradizionale stato di isolamento, tipico per i professionisti dell'assistenza territoriale, e di favorire la comunicazione diretta sicuramente promuove, come è stato riscontrato, le relazioni informali. Tuttavia gli stessi spazi fisici se da un lato stimolano l'interazione tra professionisti, dall'altra non la supportano completamente, in quanto le limitate dimensioni della struttura ospitante comportano la necessità di una rigida turnazione che riduce le possibilità di contatto.

L'assenza di strumenti di condivisione delle informazioni sui cittadini, quali ad esempio le cartelle cliniche condivise, i libretti personali dei pazienti o altre forme alternative asincrone di comunicazione tra gli operatori, risulta essere di fatto una pesante limitazione alla continuità informativa. Il Centro non è, infatti, al momento riuscito a sottrarre al paziente il ruolo di vettore delle informazioni con gli elevati rischi di errori medici che ciò può comportare. Tuttavia, a tali limiti riesce a sopperire, almeno in parte, la presenza di un connettivo sociale molto sviluppato: la dimensione umana degli abitati rende molto alta la probabilità che gli operatori abbiano sviluppato tra loro rapporti di conoscenza e di amicizia.

Ruolo di coordinazione

Il permanere di una sostanziale situazione di autonomia reciproca dei servizi impedisce di riconoscere il Centro per le cure primarie come entità organizzativa ben identificabile che interagisce con le altre realtà del sistema socio-sanitario del territorio. Di conseguenza non è possibile riconoscere nel Centro un ruolo di coordinazione con gli altri livelli di cura. Tuttavia, sebbene non ne siano ancora esplicite le modalità, si prevedono forme di integrazione con i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata e di Cure palliative, che per la complessità del tipo assistenza, costituiscono modelli organizzativi integrati di particolare rilevanza nell'ambito della gestione delle malattie croniche.

La Rete per le Cure Primarie

Il progetto, avviato nel 2004 all'interno di un'azienda sanitaria del centro Italia, nasce dall'esigenza di fronteggiare l'elevata variabilità dell'offerta sanitaria, nell'area di riferimento e rispetto al resto della regione, ed alla necessità di adottare, coerentemente alle linee programmatiche regionali, una logica di gestione a rete. L'esigenza di promuovere un nuovo modello assistenziale basato sull'integrazione socio-sanitaria e la cooperazione clinica si è operativamente tradotta nella progettazione ed implementazione di un sistema informativo in grado di consentire, all'insieme di professionisti che

¹ Ad esempio la sperimentazione di una forma di day service territoriale per l'ambulatorio specialistico oppure la forte integrazione verticale tra le varie strutture afferenti al Dipartimento di salute mentale.

compongono il sistema dell'offerta territoriale, di seguire in modo continuativo un paziente (in particolare se cronico e/o multi-patologico) condividendo informazioni cliniche, percorsi e procedure.

Il sistema informativo realizzato si compone di diversi moduli applicativi, ciascuno dei quali volto ad offrire funzionalità ed una vista sui dati del paziente in relazione alle diverse professionalità e ruoli istituzionali. Nello specifico sono stati realizzati moduli per i MMG/PLS, la Continuità Assistenziale, le Cure Domiciliari, il Sistema Residenziale, lo Screening, la Gestione Attività Territoriale, i Servizi Diagnostici, le UU.OO. Ospedaliere e l'Attività Ambulatoriale. Risultano, inoltre, in fase di realizzazione un portale per il cittadino, un sistema informativo per la Medicina Legale, uno per l'Anatomia Patologica, un portale per le attività consultoriali rivolto in particolare ad una utenza giovanile, un portale per Cittadinanzattiva-Tribunale Diritti del Malato, ed infine la sperimentazione di una cartella clinica informatizzata socio-sanitaria.

Elementi costitutivi del sistema sono:

- un'anagrafe assistito, attraverso cui identificare in modo univoco il cittadino e gestire tutte le informazioni amministrative necessarie per l'accesso ai servizi sanitari (quali ad esempio la scelta del medico di famiglia ed eventuali esenzioni e invalidità), cui si aggiungono quelle inerenti la loro gestione telematica (come l'autorizzazione al trattamento dei dati);
- il Fascicolo Sanitario, che consente di tracciare e raccogliere per ogni singolo cittadino i dati clinici e gli accessi a tutti i servizi sanitari erogati all'interno dell'area di riferimento;
- il Fascicolo Socio-Sanitario, che consente di tracciare e raccogliere per ogni singolo cittadino i propri dati socio-ambientali e gli accessi ai servizi sociali;
- i percorsi assistenziali, attraverso cui sono gestite le prese in carico dei cittadini ad opera dei vari servizi assistenziali, e che supportano la continuità assistenziale attraverso la segnalazione degli eventi che possono interessare un dato paziente sia per quanto attiene ai servizi territoriali (richieste esami, accessi dagli specialisti, inserimenti in cure domiciliari, etc) che quelli ospedalieri, attraverso notifiche in tempo reale di ricoveri e dimissioni da pronto soccorso o da U.O. di degenza, così come la consultazione telematica delle Schede di Dimissione Ospedaliera;
- un sistema di monitoraggio, a supporto sia del governo clinico che dell'operatività, consentendo nello specifico l'individuazione e la segnalazione di possibili incongruenze.

Allo stato attuale il sistema è stato adottato da un numero consistente di strutture operanti nel territorio di riferimento. In particolare su circa 110 MMG che avevano aderito al progetto, dopo una prima fase in cui ne erano stati coinvolti solo 30, si è giunti a coinvolgerne circa 70.

L'indisponibilità di dati non consente di effettuare una valutazione in merito agli outcome conseguiti dall'introduzione del sistema. Tuttavia la forte adesione dei medici al progetto ed il numero crescente dei pazienti che autorizzano la gestione dei propri dati attraverso il sistema possono essere considerati dei buoni indicatori del successo del progetto stesso.

Accessibilità

L'esperienza oggetto d'analisi non ha comportato variazioni nelle dimensioni strutturali dell'accessibilità. In particolare non essendosi verificata una variazione delle risorse allocate, il sistema non ha impattato sulla disponibilità, né sulla prossimità dei servizi. Non si riscontrano, inoltre, variazioni sulla copertura temporale degli stessi. Ciò è giustificato dal fatto che, ad eccezione

del Portale del Cittadino da cui quest'ultimo può consultare il proprio fascicolo personale, verificare chi ha acceduto ai propri dati e acquisire informazioni sui vari operatori, il sistema è un supporto "visibile" ai soli operatori socio-sanitari. Conseguentemente le uniche dimensioni dell'accessibilità influenzate dal sistema sono quelle su cui impatta direttamente l'organizzazione delle risorse. In particolare, la maggiore trasparenza sui percorsi assistenziali e l'ottimizzazione nei passaggi di consegna, garantite dal nuovo sistema, consentono una gestione più razionale delle risorse impattando dunque, sebbene indirettamente, sulla tempestività del sistema. Ad esempio la possibilità attribuita al MMG di acquisire visione diretta e di avere sempre disponibili gli esiti degli esami dei pazienti consente di effettuare un più puntuale controllo degli accessi agli ambulatori promuovendo una contrazione dei tempi di attesa.

Comprehensiveness

Nell'esperienza in esame, i servizi coinvolti risultano essere molto eterogenei, non solo in relazione agli aspetti tecnico-specialistici ma anche per quanto attiene agli aspetti organizzativi dei livelli di cura. Il sistema informativo adottato oltrepassa, infatti, i confini dell'assistenza primaria e territoriale per andare a connettere anche quella ospedaliera, nel tentativo di garantire una presa in cura globale del paziente attraverso l'integrazione dell'intero sistema assistenziale d'interesse per l'area geografica. In relazione alla capacità di accedere attraverso un unico contatto ad una pluralità di servizi, il sistema manifesta inevitabilmente un limite: in presenza di servizi assistenziali, che per loro natura implicano la compresenza dell'erogatore e dell'utente, la *comprehensiveness* è, infatti, fortemente legata alla concentrazione fisica delle risorse. Dunque, a meno di casi di ricorrere a sofisticati sistemi di telemedicina, non previsti nel caso in esame, tale dimensione non risulta particolarmente favorita da interventi di virtualizzazione telematica delle interconnessioni tra i servizi. Tuttavia, a differenza dei servizi propriamente clinici quelli amministrativi possono essere oggetto di virtualizzazione, ed in tale prospettiva è possibile citare almeno una situazione specifica in cui, tramite un unico accesso, il cittadino può accedere contemporaneamente a più servizi: si tratta in particolare della possibilità attribuita al MMG di effettuare, in caso di urgenza e direttamente tramite il sistema informativo, la prenotazione di un intervento specialistico.

Continuità

Il caso della Rete di Cure Primarie supporta in modo particolarmente efficace la continuità manageriale ed informativa. Il sistema consente, infatti, ai diversi professionisti di mantenere la centralità dell'assistito, attraverso lo sviluppo di percorsi condivisi e l'interazione professionale tra i diversi attori del sistema.

Alimentato da tutte le informazioni generate all'accesso ai servizi, il sistema raccoglie e mette a disposizione dei professionisti la storia socio-sanitaria aggiornata dell'assistito. In tal modo gli operatori dispongono, in ogni momento, di tutte le informazioni cliniche e sociali rilevanti sul paziente, atte a garantire un intervento appropriato e completo in un'ottica di continuità informativa. Peraltro le informazioni che si hanno a disposizione non riguardano le sole condizioni socio-sanitarie, ma sono anche di "processo", in quanto nel sistema è tracciato il percorso dell'assistito e sono individuate le risorse tecniche e professionali che devono attivarsi per rispondere alle sue necessità. In questa prospettiva, dunque, il sistema supporta anche la continuità manageriale.

Il sistema informativo realizzato ha in particolare la caratteristica di essere "attivo" nei confronti dei diversi professionisti, essendo in grado di segnalare il cambio del livello assistenziale e di sostenere

l'attivazione di percorsi assistenziali appropriati alle mutevoli condizioni dell'assistito, utilizzando logiche di retroazione per la regolazione e il raggiungimento dell'output desiderato. Più in dettaglio, al momento dell'accesso ad un servizio, automaticamente, si produce una comunicazione verso gli altri operatori interessati che, oltre a favorire la conoscenza sullo stato dell'assistito, esplicita le relazioni tra professionisti e sollecita un intervento di presa in carico o di supporto alla continuità assistenziale.

Il superamento della frammentarietà degli interventi, conseguito per il tramite dell'approccio per processi e del sistema informativo realizzato, garantisce una maggiore trasparenza sul percorso del paziente e promuove, al contempo, l'assunzione di un ruolo proattivo da parte del medico. Quest'ultimo può, infatti, verificare le eventuali incongruenze ed attivarsi al fine di porvi rimedio tempestivamente, anche in assenza di un'esplicita richiesta da parte del paziente o di un altro operatore.

Anche il rapporto medico paziente si rafforza, assumendo una visione nuova. Si conferma il ruolo del MMG come principale interlocutore del cittadino e come responsabile clinico, ovvero come colui che attiva, pianifica e gestisce l'intero percorso di salute del proprio assistito tracciandone gli elementi di prevenzione e cura, attivando i percorsi di urgenza e gestendone le criticità. In realtà la possibilità prevista anche per specialisti autorizzati di avere una vista completa sul singolo paziente contribuisce ad un rafforzamento relazionale anche rispetto a questi ultimi.

Ruolo di coordinazione

Il nuovo sistema informativo computerizzato su cui si fonda la Rete di Cure Primarie è stato definito dagli operatori come uno strumento di comunicazione che affianca, ma non sostituisce, i tradizionali strumenti operativi ed informativi preesistenti all'interno delle singole strutture e livelli di cura. Peraltro la mancata adesione totale al progetto, ovvero da parte di tutti gli operatori e tutti gli assistiti dell'area di riferimento, è all'origine dell'attuale coesistenza delle modalità operative e di comunicazione innovative assieme a quelle tradizionali. Da tali considerazioni si deduce quindi che, al momento, le interazioni con l'esterno avvengono secondo le tradizionali modalità operative a livello di singoli servizi e non di rete nella sua interezza. Tuttavia è possibile presumere che, benché il problema dell'integrazione delle unità ancora esterne non sia stato affrontato, anch'esse possano trarre un vantaggio, almeno indiretto, dal sistema in esercizio: nell'interagire con un nodo interno alla rete, seppur secondo le modalità tradizionali, possono infatti beneficiare dell'accumulazione di informazioni cliniche e di processo ad opera del sistema e confidare nell'elevato contenuto informativo della transazione.

Discussione

Come rilevato dall'analisi le due esperienze hanno perseguito obiettivi analoghi di miglioramento dell'assistenza territoriale attraverso due modelli organizzativi molto diversi. Nel primo caso - il Centro per le cure primarie - si è agito concentrando i servizi in una nuova unità che, oltre a costituire un nuovo punto d'accesso per il sistema assistenziale, altera la struttura organizzativa della ASL di riferimento. Nel secondo - la Rete per le cure primarie - il modello perseguito è di stampo reticolare: alla strutturazione formale si è, infatti, preferito un potenziamento dei collegamenti orizzontali tra servizi ed operatori variamente dislocati sul territorio, attraverso l'introduzione di un innovativo sistema informativo computerizzato. Tali due esperienze, come emerso dall'indagine, forniscono risposte diverse alla multidimensionalità del bisogno assistenziale, garantendo in diversa misura le quattro dimensioni del framework considerato.

Il modello sperimentato nel caso del Centro per le cure primarie, sembra, infatti, essere più orientato all'accessibilità ed alla comprehensiveness. Attraverso l'istituzione di nuovi sportelli per l'erogazione di servizi socio-assistenziali, ed attraverso la concentrazione fisica in un unico ambiente, la soluzione realizzata contribuisce ad avvicinare il sistema socio-sanitario ai cittadini ed a minimizzare i tempi di accesso ai servizi. Oltre a rendere disponibile un nuovo punto d'accesso con copertura assistenziale diurna, l'intervento strutturale ha avuto effetti positivi anche sulla visibilità e la riconoscibilità dei servizi assistenziali potenziati, così come testimoniato dalle conseguite riduzioni della migrazione sanitaria e del tasso di ospedalizzazione. Allo stesso tempo, anche la comprehensiveness è stata migliorata, e, seppur le funzioni degli integratori non siano ancora pienamente operative ed altre forme istituzionali di comunicazione e condivisione delle informazioni non previste, l'ambiente lavorativo coeso ha favorito l'instaurarsi di una piccola comunità di pratica e la libera iniziativa degli operatori più volenterosi in favore dei cittadini più deboli. D'altra parte, in riferimento alla prossimità e nonostante la corposa affluenza alla nuova struttura creata, la soluzione perseguita non risulta pienamente soddisfacente, specie nel caso di territori rurali caratterizzati da una bassa densità demografica. In presenza di simili configurazioni geo-demografiche, infatti, l'auspicata capillarità di Centri per la salute si scontra con la sostenibilità economica, data la necessità di un incremento dell'offerta dei servizi.

Il modello della Rete di Assistenza Primaria, basato su un sistema informativo computerizzato, al contrario sembra maggiormente orientato al potenziamento della continuità. La possibilità di disporre, al variare degli specifici ruoli ed obiettivi dei diversi nodi della rete assistenziale, di informazioni sempre aggiornate, sia sui cittadini che di processo, rappresenta il presupposto per la continuità informativa, nonché per quella manageriale in quanto contribuisce alla creazione di un ambiente favorevole alla cooperazione. Come dimostrato nell'esperienza analizzata, tuttavia, la continuità informativa garantita agli operatori, e nello specifico la maggiore trasparenza sui processi assistenziali, può impattare, indirettamente, anche sulle due dimensioni dell'accessibilità e della comprehensiveness. La migliore organizzazione del lavoro riscontrata dai medici, sostenuta da un'interazione diretta piuttosto che mediata dal paziente, consente, infatti, un miglioramento della reattività del sistema. D'altra parte la smaterializzazione dei servizi, in particolare in relazione a quelli di natura amministrativa, ne rende l'erogazione potenzialmente indipendente dal luogo fisico.

Il problema che si pone, e che di fatto si riscontra nel caso della Rete per le cure primarie, concerne però la dimensione della coordinazione, ovvero di gestione dell'interazione del sistema con l'esterno. Per quanto la presenza di una struttura modulare consenta la potenziale integrazione di tutte le varie strutture, incluse quelle ancora esterne, la piattaforma tecnologica realizzata è di natura proprietaria. Come ampiamente discusso nella letteratura dei sistemi informativi, ciò potrebbe di fatto essere fonte di problemi di interoperabilità e di integrazione con gli altri sistemi informatici, in adozione ad esempio presso le altre strutture del territorio locale o della regione, tipici dello sviluppo tecnologico ad isole. Del resto, per quanto tale aspetto prescinda dalla presente discussione, e non venga quindi dettagliato ulteriormente, l'attuale mancanza di sistemi informativi computerizzati integrati presso il Centro per le cure primarie, è in parte riconducibile al contemporaneo intervento di ammodernamento ed innovazione tecnologica che, coordinato centralmente, sta investendo l'intera regione di appartenenza. Seppur con tempi di realizzazione più lunghi, ed opportuni interventi di personalizzazione comunque necessari, tale approccio potrebbe dar luogo a soluzioni di più ampio

respiro che possano al contempo soddisfare sia le esigenze informative locali, che per l'integrazione e la cooperazione con le altre strutture sanitarie.

In un settore ad alto contenuto informativo, dunque, si evince che presupposto per l'erogazione di un'assistenza primaria appropriata, secondo le quattro dimensioni osservate e nel rispetto della sostenibilità economica, sia la possibilità di garantire agli operatori la disponibilità di informazioni appropriate, al tempo e nel luogo opportuno. L'assenza di strumenti informativi e di comunicazione efficaci, come ad esempio le cartelle cliniche condivise, in un ambiente in cui anche le comunicazioni dirette risultano complesse a causa di limiti strutturali, rappresenta il principale limite dell'esperienza del Centro per le cure primarie. In questo caso, infatti, sebbene i servizi siano concentrati in un unico luogo, essi continuano ad essere tra loro impermeabili e legati ad un approccio principalmente di tipo institution-centric. Dall'analisi del caso della Rete per le cure primarie emerge, d'altra parte, che l'ICT può rappresentare un importante fattore abilitante nella realizzazione di sistemi di cure primarie efficaci ed efficienti.

Le soluzioni di e-sanità possono infatti intervenire a favore dell'erogazione di servizi sanitari appropriati agendo sia a livello delle infrastrutture abilitanti, sia per quanto concerne gli aspetti amministrativi e clinici dei servizi (prenotazioni, prescrizioni, referti, portali), sia per quanto attiene, infine, al supporto del governo clinico. In particolare interventi e sistemi informatici opportunamente mirati possono supportare :

- gli operatori sanitari (MMG, specialisti territoriali, specialisti ospedalieri, ...), consentendo uno scambio efficace ed efficiente delle informazioni, sia reciproco che con i propri assistiti, ed abilitando la prevenzione sia degli errori medici che la ridondanza degli interventi;
- i manager delle organizzazioni sanitarie, abilitando le misurazioni e le rielaborazioni di indicatori di processo e di outcome derivati tempestivamente da dati di routine, e favorendo dunque la governance del sistema;
- i cittadini/utenti, consentendo loro la possibilità di migliorare la propria capacità di discernimento (empowerment) attraverso servizi informativi telematici (Rossi Mori, 2006).

In una prospettiva organizzativa il ricorso ad un'infrastruttura informativa che permette la condivisione di informazioni sui servizi e sulle prestazioni erogate nel bacino di utenza, abilita, infatti, lo sviluppo di un modello reticolare altamente dinamico e riconfigurabile, fondato sul nuovo paradigma assistenziale incentrato sul processo di attraversamento del paziente all'interno del sistema multifocale delle cure primarie. All'interno di tale network grazie alla disponibilità di un quadro sempre aggiornato dei servizi sul territorio e delle modalità di accesso, oltre che sulle condizioni di salute degli assistiti, ogni operatore che prende in carico un paziente potrebbe potenzialmente assumere il ruolo di facilitatore ed indirizzarlo nel percorso più appropriato, massimizzando, dunque, la comprehensiveness.

D'altra parte il ricorso a sportelli telematici, per la componente amministrativa, ed alla telemedicina, per quella clinica, in grado di assicurare ai cittadini un'assistenza socio-sanitaria di qualità anche nella propria abitazione o in strutture protette prive di operatori altamente specializzati, potrebbe permettere la smaterializzazione dei servizi rendendo alcuni tipi di prestazioni parzialmente indipendenti dal luogo fisico in cui si trova l'operatore o il cittadino.

In questo modo dunque il sistema potrebbe articolarsi nel territorio in base alle diverse esigenze e vincoli socio-economici, demografici e ambientali, in un'ottica di sfruttamento di economie di scala e di scopo e di rafforzamento delle reti territoriali, e contribuendo a superare l'esigenza di accentramento con quello di prossimità del servizio. In un ambiente che promuove un consolidamento dei legami esistenti e che supporta nuovi modelli di collaborazione, grazie alla disponibilità di informazioni cliniche e di processo, il sistema socio-assistenziale territoriale potrebbe assumere un ruolo proattivo nella gestione del mandato delle cure che, di fatto, verrebbe passato attraverso la struttura informativa senza coinvolgere direttamente il paziente.

Inoltre affinché le potenzialità dell'ICT possano essere effettivamente sfruttate è necessario abbandonare l'approccio al momento prevalente, fortemente orientato alle tecnologie, in favore di un approccio olistico, orientato ad innestare l'innovazione all'interno dello sviluppo in atto del sistema sanitario, prevedendo un forte coinvolgimento, strutturato e significativo, sia degli operatori che dei cittadini chiamati ad assumere un ruolo attivo di guida ed assimilazione dell'innovazione (Rossi Mori, 2006). Caratteristica peculiare dell'esperienza della Rete per le Cure Primarie, ed importante presupposto per il successo di qualunque iniziativa di e-sanità, è la presenza di una valida sinergia tra le tre "culture dominanti", ovvero quella manageriale, quella medica e quella informatica e la presenza di un ambiente già predisposto al cambiamento. Risulta, inoltre, essenziale la creazione di un approccio "dal basso" basato sul forte coinvolgimento dei professionisti e sull'osservazione della rete di relazioni esistente. La possibilità attribuita agli operatori di ragionare sulle proprie modalità di lavoro, gli consente, infatti, di maturare una diversa consapevolezza circa il proprio ruolo nel processo di assistenza del paziente e di elaborare e recepire favorevolmente le nuove modalità operative poste in essere, prendendo dunque possibili spinte di resistenza al cambiamento.

Bibliografia

Aday LA e Andersen R (1974). *A framework for the study of access to medical care*. Health Service Research :208-220.

Atun R (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?*. Health Evidence Network (HEN), Who Regional Office for Europe, Copenhagen.

Berry LL et Seiders K (2003). *Innovations in access to care: a patient-centred approach*. Annals of Internal Medicine, 139(7):568-574.

Bower KA (1998). *Clinically integrated delivery systems and Case management: 179-198*. In Tonges M (a cura di), *Clinical Integration*, Jossey-Bass Publishers, S. Francisco.

Butera F (1990). *Il castello e la rete*. Franco Angeli, Milano

Campbell SM, Roland MO, e Buetow SA (2000). *Defining quality of care*. Social Science and Medicine 51:1611-1625

Carmichael LP (1997). *The GP is back*. American Family Physician, 56:713-714

Chan BTB (2002). *The declining comprehensiveness of primary care*. Canadian Medical Association Journal, 166(4): 429-434

- Corposanto C, Fazzi L, et Scaglia A (2004). *Costruire Piani di Salute. Una sperimentazione di programmazione sanitaria della ASL 1 di Venosa*. Franco Angeli, Milano.
- Cicchetti A (2004). *La Progettazione Organizzativa. Principi, strumenti e applicazione nelle organizzazioni sanitarie*. Franco Angeli/Sanità, Milano.
- Cicchetti A e Lomi A (2000). *Basi relazionali, istituzionali e manageriali della strutturazione organizzativa: un confronto tra prospettive di progettazione in un grande ospedale universitario*. In Maggi B (a cura di), *Le sfide organizzative di fine e inizio secolo*. Etas, Milano.
- Corradini A. (1996) *I modelli organizzativi per le aziende U.s.l.: tradizione e innovazione*. Mecosan, n.20.
- Larizgoitia I e Starfield B (1997). *Reform of primary health care: the case of Spain*. Health Policy, 41:121-137
- Guthrie B (2002). *Continuity in UK general practice: a multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor*, Family Practice 19(5):496-499.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE e McKendry R (2003). *Continuity of care: a multidisciplinary review*. British Medical Journal, 327:1219-1221.
- Institute of Medicine, Division of Health Manpower and Resources Development (1978.) *Report of a study: a Manpower policy for primary health care*. National Academy of Science, Washington DC.
- Lega F (2002). *Gruppi e reti aziendali in sanità. Strategia e gestione*. Egea, Milano.
- Macinko J, Sarfield B et Shi L (2003). *The contribution on primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998*, Health Services Research, 38(3):831-865.
- Merlino C, Rubino S, Allocca A e Messinco A (1994). *L'Ospedale*. Società Editrice Universo, Roma
- OECD (1994). *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*. Health Policy Studies No.5.
- Patton MQ (1999). *Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis*. Health Services Research, 34 (5):1189-1208
- Primicerio B et Tronci M (1998). *Total quality Management in Sanità. La cultura del miglioramento continuo della Qualità globale nella Sanità*. Edizioni Luigi Pozzi, Roma
- Roger J e Curtis P (1980). *The concept and measurement of continuity in primary care*. American Journal of Public Health; 70:122-127
- Rossi Mori A (2006). *Connected Health-la salute in Rete*. Management della Sanità.
- Rossi Mori A (2006). *Coinvolgere il cittadino nella gestione della propria salute*. Management della Sanità.

Ruffini R (1998), *La sanità*. In Costa G et Nacamulli RCD, *Manuale di organizzazione aziendale*, vol. IV, UTET, Torino.

Saultz JW (2003). *Defining and measuring interpersonal continuity of Care*, *Annals of Family Medicine* 1:134-143.

Starfield B (1992) *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. London: Oxford University Press.

Starfield B (2001). *Basic concepts in population health and health care*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:452-454.

Starfield R (1980). *Continuous confusion?* *American Journal of Public Health*; 70(2):117-119.

Turco L (2007). *La casa della salute, luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale*, disponibile online www.ministerosalute.it.

WHO (1978). *Alma-Ata 1978: primary health care*. Geneva: World Health Organisation.

Wilkin D, Gillam S, et Smith K (2001). *Primary care groups: Tackling organisational change in the new NHS*. *British Medical Journal*; 322:1464-1467.