



Confederazione
Associazioni
Regionali di
Distretto

News

Mensile
d'informazione
per gli associati
regionali
Anno III - Numero 3
Dicembre 2005

Editoriale

L'annuncio durante
il 4° Congresso

Completata la rete regionale della Card

di **Rosario Mete***

Il Congresso CARD 2005, tenutosi a Roma nei giorni 1, 2 e 3 dicembre, ha ottenuto ancora una volta un notevole successo. Circa 600 operatori dei ser-

vizi distrettuali hanno preso parte ai lavori dimostrando grande interesse sui temi scelti. La qualità delle relazioni presentate nelle sei sessioni è stata elevata come anche l'originalità delle esperienze.

E' da sottolineare che nella prima giornata è stato illustrato il "Chronic Care Model" con la sua filosofia che vede nel miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti affetti da malattie croniche, in particolare a coloro con maggiore rischio di disabilità e di morte prematura, il prioritario obiettivo. Questa filosofia si sviluppa attraverso l'approccio proattivo, il coinvolgimento dei pazienti, delle famiglie e della comunità, la forte integrazione tra cure primarie e secondarie, l'utilizzazione di percorsi assistenziali e di linee guida evidence-based

e l'incremento della motivazione dei professionisti grazie anche ad adeguati incentivi.

Le tavole rotonde congressuali hanno affrontato temi d'interesse nazionale, il fondo per la non autosufficienza e l'integrazione fra professionisti dei presidi per le cure primarie. Nella prima si sono confrontati esponenti politici di rilievo dei due schieramenti e un rappresentante dei Sindacati dei Pensionati di CGIL, CISL e UIL promotori della "legge d'iniziativa popolare per il sostegno delle persone non autosufficienti e delle rispettive famiglie". Il dibattito ha fatto emergere in modo diffuso il convinci-

* Presidente CARD

segue a pagina 9

REGIONE	ASSOCIAZIONE	PRESIDENTE
Abruzzo	ADMA - Associazione dei Direttori Medici e dei Dirigenti Medici dei Distretti Sanitari della Regione Abruzzo	Salvatore Proserpi
Prov. A. Bolzano	Associazione Dirigenti Medici dei Distretti Sanitari della Provincia Autonoma di Bolzano	Paolo Conci
Calabria/Basilicata	Associazione Direttori dei Distretti Sanitari di Calabria e di Lucania	Vincenzo La Regina
Campania	ADISS - Associazione Direttori Distretti Sanitari della Campania	Domenico Esposito
Emilia Romagna	ADDIDER - Associazione Direttori e Dirigenti di Distretto Emilia-Romagna	Paolo Pasini
Friuli Venezia Giulia	Associazione Operatori dei Distretti Sanitari della Regione Friuli Venezia Giulia	Luciano Pletti
Lazio	Associazione Direttori e Dirigenti Sanitari dei Distretti del Lazio	Rosario Mete
Liguria	A.D.Di.S Liguria - Associazione dei Direttori di Distretto Sanitario	Marco Macchi
Lombardia	LADD - Associazione Direttori e Dirigenti Sanitari dei Distretti Lombardia	Oreste Manzi
Marche	Associazione dei Direttori e dei Dirigenti Sanitari di Distretto della Regione Marche	Gilberto Gentili
Molise	ARDM - Associazione Regionale dei Direttori dei Distretti Sanitari per la Regione Molise	Gianfranca Testa
Piemonte	AREDDIS - Associazione Regionale Direttori di Distretto	Mario Traina
Puglia	APUDID - Associazione Responsabili di Distretto della Regione Puglia	Pierluigi Camboa
Sardegna	Associazione Regionale Direttori di Distretto	Aldo Casadio
Sicilia	ASIDD - Associazione dei Direttori Medici e dei Dirigenti Medici dei Distretti Sanitari della Regione Sicilia	Anselmo Madeddu
Toscana	Associazione Responsabili di Distretto della Regione Toscana	Piero Salvadori
Prov. A. di Trento	Associazioni Operatori dei Distretti Sanitari della Provincia Autonoma di Trento	Marino Migazzi
Umbria	ARDU - Associazione dei Direttori dei Distretti Sanitari dell'Umbria	Giancarlo Marchionna
Valle D'Aosta	Associazione regionale della Valle d'Aosta dei Direttori e Dirigenti Sanitari di Distretto	Corrado Allegri
Veneto	AVDS - Associazione Veneta Dirigenti dei Distretti Socio-Sanitari	Cristina Beltramello

«Una pizza al mese per finanziare il fondo per la non autosufficienza»

Alla presenza di oltre 600 operatori e dirigenti dei Distretti provenienti da tutta Italia, si è tenuto dall'1 al 3 dicembre 2005 a Roma il IV Congresso nazionale della Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto. Il Sottosegretario alla Salute Domenico Di Virgilio annuncia la ri-calendarizzazione del Progetto di Legge che istituisce il Fondo Nazionale per la non autosufficienza

Sembrava ormai perso, abbandonato, in un certo senso dimenticato nei canonici cassetti del Palazzo. La Legge bipartisan, che doveva istituire il Fondo basandosi sulla fiscalità generale, dopo essere confluita in un testo unificato che aveva trovato l'accordo di maggioranza e opposizione, sta per rivedere la luce. È quanto ha annunciato il Sottosegretario alla Salute Domenico Di Virgilio intervenendo alla Tavola Rotonda di apertura del IV Congresso Nazionale della

CARD, alla quale hanno partecipato anche Rosy Bindi, Responsabile delle politiche sociali della Margherita, Raffaella Milano, Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Roma e Rosanna Bernardini, in rappresentanza di Cgil, Cisl e Uil Pensionati che ha presentato in questa occasione una nuova proposta di legge di iniziativa popolare per la quale è in corso la raccolta di firme.

«Questa legge» ha ricordato la Bindi «è stata la prima Pdl proposta dal Centrosinistra in questa legislatura. Al testo si sono poi aggiunte ulteriori proposte, anche da parte della maggioranza, che tuttavia non hanno mai trovato la disponibilità del Governo nel ricercare la necessaria copertura finanziaria. Eppure» ha osservato la Bindi «il problema (sia che si stia parlando di anziani fragili sia di disabilità) coinvolge, in un modo o nell'altro circa 3 milioni di cittadini. Il che significa che in media, una famiglia su cinque (ma spesso anche una su tre) ha a che fare con la cronicità e la non autosufficienza».

«Questa realtà connota il problema» a giudizio della Bindi, «come una vera e propria emergenza che, unita da un lato all'invecchiamento della popolazione e dall'altro al suo progressivo impoverimento economico, rischia di far saltare l'intero sistema di welfare, sia in campo sanitario, sia in campo previdenziale».

La quantificazione economica del fabbisogno per la creazione del Fondo e il suo mantenimento, secondo quanto sostenuto da Di Virgilio, «ammonta, all'incirca, a 10mila miliardi delle vecchie lire. L'equivalente» ha esemplificato il Sottosegretario «alla rinuncia da parte dei cittadini italiani (naturalmente con i dovuti distinguo sulle fasce di reddito) di una pizza al mese».

Non temendo, come egli stesso ha sottolineato, «di risultare una voce stonata nel coro dello schieramento politico di appartenenza», Di Virgilio ha quindi annunciato la richiesta di una nuova calendarizzazione del provvedimento dal momento che «sulla fragilità dei nostri anziani e dei portatori di disabilità non è giusto né possibile giocare a rimpiattino».

IV Congresso Nazionale



Domenico Di Virgilio

Il Fondo Nazionale
per la non autosufficienza:

«Pilastr fondamentale di un welfare moderno»

L'Assessore alla Sanità
del Lazio Augusto Battaglia
al Congresso Card:
«Questo Governo
si è tirato indietro»

«Credo che questa legislatura si concluderà senza alcuna decisione in merito al fondo nazionale per la non autosufficienza». È quanto espresso dall'Assessore alla Sanità del Lazio Augusto Battaglia, intervenuto a Roma al IV Congresso nazionale della Confederazione dei Distretti sanitari italiani. «Un fatto molto grave» ha aggiunto Battaglia «non solo perché dal 2002 la Commissione Affari Sociali ha lavorato con spirito unitario ma anche perché, sulla scia degli eventi luttuosi dell'ondata di caldo dell'estate 2003 l'ex Ministro Sirchia si era formalmente impegnato, così come il suo collega Maroni nel



L'Assessore Battaglia e il Presidente Mete

libro bianco sul welfare. Ma tutto è rimasto lettera morta.

Il Fondo per la non autosufficienza» ha aggiunto Battaglia «è uno dei pilastri fondamentali di un welfare moderno che si deve misurare con i problemi dell'invecchiamento, della disabilità, della non autosufficienza. Altri Paesi ben prima noi hanno affrontato questo problema, chi con una tassa di scopo come la Francia chi con un'assicurazione pubblica come la Germania. Sicuramente l'Italia ha avuto maggiori problemi in termini di debito pubblico ma» ha aggiunto «questo dovrebbe essere un tema prioritario per il governo, non fosse altro per il fatto che praticamente ogni famiglia italiana è interessata da questo problema. La spesa di una famiglia che ha a che fare con una persona del proprio nucleo non autosufficiente» ha quindi spiegato l'Assessore alla Sa-

nità del Lazio «varia dai 500 ai 1500/2000euro al mese, cifre che nessuna famiglia con bilanci normali riuscirebbe a sostenere. La stessa indennità di accompagnamento, che attualmente è l'unico strumento utile, riesce a sostenere questi bisogni. La linea del governo, invece, è stata solo quella di uno sterile "meno tasse per tutti", uno slogan estremamente miope perché se non si affronta il tema della non autosufficienza, è chiaro che una parte consistente di bisogni socio-sanitari invece che essere affrontati sul territorio finiscono per essere affrontati in ospedale, con un enorme aggravio di costi».

«Il Governo» ha quindi concluso Battaglia «ha sbagliato due volte: primo perché un provvedimento del genere sarebbe stato senz'altro sostenibile da parte del Paese e delle famiglie italiane, e poi perché avremmo potuto assumere insieme, tutto

il parlamento, maggioranza e opposizione, una decisione che andava realmente incontro ad un bisogno fondamentale dei cittadini.

Le opinioni espresse in questa sede dal Sottosegretario alla Salute Di Virgilio, che tra l'altro fece un ottimo lavoro in Commissione proprio su questo provvedimento» ha concluso Battaglia «sono più che altro delle testimonianze individuali poiché il Governo di cui egli stesso fa parte non ha mosso un dito in tal senso, e quando ne ha avuto l'occasione si è tirato indietro».



Le Professioni
del Territorio
protagoniste

L'integrazione possibile

La Tavola rotonda conclusiva
e il Documento finale
chiudono a Roma
il IV Congresso
Nazionale della CARD

Le professioni operanti sul territorio sono state le protagoniste della Tavola Rotonda conclusiva (moderata da Gaetano Maria Fara, Direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università "La Sapienza" di Roma) del IV Congresso Nazionale della Card. La giornata di chiusura ha inoltre visto l'approvazione del Documento Finale. Dedicata al tema dell'integrazione tra professionisti per rispondere al meglio alle esigenze di cura del mondo delle cronicità e del cosiddetto "paziente fragile", l'incontro ha finito per amplificare un pressante appello alle istituzioni politiche e decisionali, nazionali e regionali, ad investire seriamente sull'assistenza territoriale.

A giudizio di Pierluigi Bartoletti, Segretario della Fimmg Lazio «il sistema è in crisi perché manca, da parte della politica, un serio piano di ristrutturazione. I politici si riempiono la bocca sotto-

lineando che "il paziente è al centro del sistema" ma non è così, non è questa la realtà e, forse, se così fosse, paradossalmente non sarebbe neanche quella giusta. In realtà» ha provocatoriamente sottolineato Bartoletti «il malato deve essere l'oggetto del sistema, e l'operatore il soggetto chiamato a guidarne le sorti. La medicina generale è disponibile ad agire in questa logica ma è una disponibilità subordinata ad un preciso impegno politico, purtroppo ancora lontano dal venire».

Paola Rossi, Presidente dell'Ordine degli Assistenti Sociali, dal canto suo si è detta preoccupata «che un'esplosione dei concetti che guidano l'aziendalizzazione possa investire nel modo sbagliato anche i servizi sociali, parcellizzandone gli interventi sul singolo cittadino interrompendone, in tal modo, le sue interazioni e relazioni con il contesto sociale di riferimento».

Qualche preoccupazione è stata anche espressa dalla Presidente della Federazione dei Collegi Ipsvi Annalisa Silvestro riferendosi alla «disomogeneità territoriale dell'assistenza al paziente fragile e quindi alla frammentazione della cosiddetta "presa in carico". Un processo» a giudizio della Silvestro «che ha ancora bisogno di molti interventi, primo fra tutti la valorizzazione del personale attraverso un paziente e profondo processo formativo. Se non si investe anche in questi termini sul territorio, e non si sta investendo quasi nulla, la "fame" di personale dell'ospedale svuoterà il territorio stesso di molti protagonisti. E i primi a rientrare, visti da un lato la caren-

za di personale e dall'altro il fatto che non si può più assumere, saranno proprio gli infermieri».

A giudizio di Franco Socci, Segretario nazionale della Cida Sidirss, il personale dirigente amministrativo e tecnico professionale è solo apparentemente lontano dal mondo dell'assistenza territoriale. Anzi» ha sottolineato, «può fare molto in termini di facilitazione nell'approccio al sistema come l'accesso ai servizi e la deburocratizzazione del sistema stesso».

Un'esortazione a scrollarsi di dosso lo spauracchio della politica è quindi giunto da Fortunato Marino, Direttore della Federazione italiana delle Aziende sanitarie e ospedaliere, secondo cui, a volte, dare la colpa alla politica potrebbe in realtà nascondere soltanto qualche alibi. «Il sistema» ha detto Marino «con le sue leggi e le sue regole, ha tutti gli elementi affinché i professionisti possano realmente prendere in mano le redini del proprio destino. E le aziende possono realmente facilitare questo cambiamento di mentalità con il pieno recupero della professionalità di ciascuno e la valorizzazione di quel capitale umano senza il quale nessuna scelta, politica, tecnica o professionale che sia, può trovare realizzazione. Basta parlare di modelli» ha concluso «poiché adesso è tempo di agire, tocca ai professionisti prendere le necessarie iniziative e in questo le aziende non possono che essere un l'ambito organizzativo più favorevole al cambiamento oltre che ideale per chi ha la volontà e le competenze per realizzare quanto si auspica».



Da sinistra:
Pierluigi Bartoletti, Rosario Mete, Gaetano Maria Fara,
Paola Rossi, Annalisa Silvestro, Franco Socci

La gestione delle malattie croniche e la tutela del "paziente fragile"

IV Congresso Nazionale della CARD
Roma 1/3 Dicembre 2005

Le malattie croniche

Ogni anno, secondo l'O.M.S., muoiono nel mondo 35 milioni di persone a causa di malattie croniche, su un totale di 58 milioni di decessi. Le malattie croniche rappresentano di gran lunga la prima causa di morte non solo nei paesi più ricchi, ma anche nei paesi a medio e medio-basso livello di sviluppo; anzi l'80% dei decessi mondiali per malattie croniche avviene proprio in questi paesi, dove le persone si ammalano e muoiono in età più giovane rispetto a quelle dei paesi ad alto reddito e dove i sistemi sanitari sono meno finanziati e meno attrezzati per fronteggiare tale epidemia.

Le malattie croniche sono trascurate, si fa troppo poco per prevenirle, così come sono carenti le strategie di cura. La maggior parte delle malattie croniche non provocano una morte improvvisa ma sono causa di condizioni progressive e fortemente invalidanti, soprattutto se queste non sono adeguatamente trattate.

T trattare adeguatamente le malattie croniche si può e si deve fare; il modello proposto dalla più recente letteratura e sponsorizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità - **The Chronic Care Model** - si è dimostrato efficace nel migliorare gli outcome clinici, i processi di cura, e la qualità della vita dei pazienti con malattie croniche. Questo modello si basa su sei fondamentali elementi:

1. Le risorse della comunità. Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della

comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.

2. Le organizzazioni sanitarie. Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avverrà difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza.

3. Il supporto all'auto-cura. Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. Il paziente vive con la sua malattia per molti anni; la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.

4. L'organizzazione del team. L'attività associata di medici di famiglia e infermieri è la chiave di volta per l'innovazione organizzativa, anche nel campo dell'assistenza ai pazienti cronici. La strut-

tiva del nuovo disegno organizzativo del team.

5. Il supporto alle decisioni. L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Le linee-guida dovranno essere rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team.

6. I sistemi informativi. I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni: 1) sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida; 2) feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A_{1c} e di lipidi; 3) registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population-based".

L'adozione di un nuovo modello cura richiede una profonda riorganizzazione del sistema delle cure primarie (come sta avvenendo in diversi paesi, come gli USA, Canada e Regno Unito) e necessita in particolare di una forte infrastruttura organizzativa in grado di:

- coordinare l'attività dei team assistenziali,



tura del team assistenziale (Ucp, Utap, Ncp, etc) deve prevedere una chiara divisione del lavoro tra medici e infermieri: i medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati; gli infermieri sono formati per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significa-

- negoziare con i medici convenzionati obiettivi e incentivi,
- predisporre e organizzare adeguati sistemi informativi,
- valutare i bisogni della comunità, concorrere a definire le priorità d'intervento,
- stabilire i necessari collegamenti con le cure secondarie e predisporre i conseguenti percorsi assistenziali,
- valutare l'efficacia degli interventi.



La rete distrettuale è la naturale sede per recepire e applicare i nuovi modelli di gestione delle malattie croniche fra i quali il "Chronic Care Model" e solo un Distretto "forte", capace di organizzare e di gestire le componenti del sistema, potrà garantire l'approccio "pluripartecipativo" indispensabile per affrontare in modo efficace il trattamento delle malattie croniche. Pertanto, per far fronte alla necessità sempre più urgente di orientare l'assistenza per la cura dei pazienti cronici, sarà indispensabile ridisegnare l'organizzazione delle cure primarie attraverso la realizzazione delle UTAP, i "nuovi presidi integrati" previsti dalla recente normativa (P.S.N. 2003-2005, Accordo Stato Regioni del 29 Luglio 2004, Accordo collettivo per la medicina generale).

Le UTAP dovranno essere dei "Presidi integrati per le cure primarie, organizzati dal Distretto ed inseriti nella rete dei servizi distrettuali, formati da Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Medici della continuità assistenziale, Medici specialisti, Medici dirigenti di distretto, Infermieri, Terapisti e Personale di supporto amministrativo" per la "presa in carico di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche e per la riduzione dei ricoveri impropri e dei codici bianchi in pronto soccorso". I presidi integrati per le cure primarie dovrebbero diventare un riferimento del cittadino per l'erogazione delle prestazioni a bassa intensità assistenziale come l'ospedale è ormai da lungo tempo il riferimento certo per gli eventi acuti.

Per poter garantire un'adeguata gestione delle malattie croniche e del paziente fragile è necessario che il Distretto sia dotato di elevata autonomia, svolgendo anche funzione di committenza, coordini tutte le attività sociosanitarie territoriali

e che sia riconosciuto "struttura complessa" a valenza dipartimentale in quanto costituito da più Unità Operative, tra loro interdipendenti che, per omogeneità, affinità o complementarità, perseguono comuni finalità.

La tutela dell'anziano "fragile"

L'area dei soggetti anziani "fragili", destinati alla condizione di non-autosufficienza, si sta progressivamente, inesorabilmente allargando rappresentando circa il 15-20% della popolazione ultrasessantacinquenne. Una recente indagine del Censis (2004) inoltre ha documentato che il carico assistenziale nei confronti di queste persone ricade quasi totalmente (circa l'80%) sulle famiglie e che un ruolo importante lo svolgono le badanti, mentre è assolutamente marginale il ruolo dei servizi socio-sanitari pubblici che arrivano a coprire solo il 5% del fabbisogno assistenziale e del volontariato (1%).

La famiglia ha ancora un ruolo essenziale nell'assistenza agli anziani e nella funzione di supporto e tutela nei confronti dei suoi componenti più deboli. Tuttavia nella maggioranza delle famiglie il dover fronteggiare i costi diretti e indiretti dell'assistenza a una persona priva di autonomia, ha conseguenze negative sulla vita affettiva, professionale, sulla situazione economica e, in numerosi casi, anche sulla salute degli altri membri del nucleo familiare.

Questa situazione non è più sostenibile, anche perché le risorse familiari tendono a ridursi con il progressivo contrarsi delle dimensioni della famiglia. E' necessario pertanto istituire un fondo finalizzato alla non-autosufficienza, alimentato dalla fiscalità generale, per finanziare interventi assistenziali domiciliari e residenziali e di supporto alle famiglie.

segue da pagina 1 - EDITORIALE

mento che esiste l'urgenza dell'integrazione delle attuali risorse con un finanziamento aggiuntivo. La seconda tavola rotonda ha evidenziato la necessità di sviluppare i processi avviati d'integrazione fra professionisti alla luce anche dell'applicazione nei centri per le cure primarie del Chronic Care Model. Si sono tenute durante il Congresso anche quattro sessioni parallele autogestite dai professionisti: amministrativi, psicologi, assistenti sociali ed infermieri.

Il bilancio di queste sessioni è stato molto positivo producendo contributi importanti sul tema della gestione delle patologie croniche. In ultimo è da ricordare che, nel seminario pregressuale, sono stati dettagliati i bisogni formativi del medico di sanità pubblica distrettuale delineando le soluzioni attraverso specifici corsi di perfezionamento organizzati dagli Istituti d'Igiene delle Università italiane. Momento importante del Congresso è stato l'annuncio del completamento della rete delle Associazioni regionali con un processo che ha visto triplicare il loro numero dalle 7 Associazioni del 2001, anno di costituzione della Confederazione, alle 21 di oggi.

L'interesse degli operatori di Distretto per le forme d'aggregazione ha permesso questo importantissimo risultato dimostrando anche una forte sensibilità sui temi di sanità pubblica territoriale. La CARD s'inserisce in pieno nella rete delle Società scientifiche della sanità italiana anche per le consolidate capacità organizzative e tecnico-professionali e diviene anche una notevole risorsa per le Istituzioni Nazionali e Regionali. Il prossimo Congresso, previsto nei giorni 28, 29 e 30 Settembre, potrà quindi contare sul contributo dell'intero scenario italiano e ciò determinerà certamente un ulteriore arricchimento dei processi formativi organizzati dalla CARD.

Il Distretto: luogo per l'applicazione dei nuovi...

...modelli di gestione delle malattie croniche

di **Rosario Mete**

Possiamo oggi affermare che la rete dei servizi sanitari di territorio è organizzata nelle Regioni in modo prevalente dal distretto. Il cammino intrapreso dopo la riforma sanitaria del 1978 verso questo importante risultato ha avuto negli ultimi anni una forte accelerazione per la pressante necessità di potenziare il territorio. Questa esigenza è nata per rispondere nel modo migliore ai nuovi bisogni di salute, per rendere più umana l'assistenza e per razionalizzare le risorse finanziarie messe in campo dal servizio sanitario nazionale. La decisione di assegnare al distretto un ruolo centrale per raggiungere tali obiettivi ha determinato l'avvio di un processo di evoluzione culturale che ha interessato l'intero territorio nazionale.

Recentemente, ma in particolar modo negli ultimi due anni, gli orientamenti di politica sanitaria delle singole Regioni hanno portato ad assegnare ai distretti funzioni centrali nei processi di potenziamento dei servizi territoriali riconosciuti ormai titolari di un ruolo determinante nell'assistenza primaria ed intermedia. In particolare, il notevole rilievo assunto dalle malattie croniche dovuto al progressivo incremento della vita media e di alcune patologie in età giovanile e negli adulti, ha fortemente condizionato tale tendenza. In questo contesto è emersa la necessità dell'offerta di prestazioni efficaci inserite in linee guida condivise dai professionisti migliorando le capacità di governare il bisogno di salute attraverso una più attenta organizzazione dei processi assistenziali con interventi integrati e multidisciplinari. Quindi la nuova realtà organizzativa che

si è venuta a determinare a seguito delle normative nazionali e regionali negli anni '90 ha prodotto in modo diffuso la realizzazione sul territorio nazionale della "entità" distretto come entità organizzativa capace di realizzare l'integrazione e la gestione dei servizi sanitari territoriali. Il distretto in questo contesto si affianca alle altre due entità aziendali che sono l'ospedale e dipartimenti a struttura (dipartimento di prevenzione e dipartimento di salute mentale).

Il distretto è, di fatto, la soluzione organizzativa migliore per recepire le nuove istanze di salute e per fornire una risposta ai bisogni di una sanità più vicina ai cittadini e quindi più umana.

La rete distrettuale diviene la naturale sede per recepire e applicare i nuovi modelli di gestione delle malattie croniche fra i quali il "Chronic Care Model". L'approccio pro-attivo (in grado di prevedere ed anticipare eventuali complicazioni ed aggravamenti della malattia) il coinvolgimento dei pazienti, delle famiglie, delle associazioni e delle istituzioni locali, la forte integrazione fra assistenza primaria ed intermedia con quella ospedaliera e fra professionisti e servizi presenti nei servizi territoriali, sono alla base di questo nuovo modello.

Solamente una struttura "forte", cioè capace di organizzare e gestire le componenti del sistema, può garantire questo approccio "pluripartecipativo" indispensabile per affrontare in modo efficace il trattamento delle malattie croniche. Il distretto diviene quindi la struttura di riferimento.

Per far fronte alla necessità sempre più emergente di orientare l'assistenza per la cura dei pazienti cronici, è indispensabile ridisegnare l'organizzazione delle cure primarie attraverso la realizzazione di "nuovi presidi integrati". Esistono alcuni recenti elementi normativi di riferimento.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005, impostazione sostanzialmente confermata dalla recente proposta di PSN 2006-2008, assegna l'obiettivo di creare un sistema di servizi sul territorio per governare i percorsi di cura, mirando da un lato ad una forte integrazione sociosanitaria e dall'altra ad attivare processi di riorganizzazione delle cure primarie. Anche gli Accordi Stato-Regioni, stipulati degli anni 2003 e 2004 in attuazione del Piano sanitario nazionale, hanno individuato "nella riorganizzazione delle cure primarie" una

delle cinque "priorità di rilievo nazionale" alla quale assegnare specifici finanziamenti (nel 2004 il 25% delle risorse degli obiettivi prioritari è stato riservato alle regioni per sostenere l'obiettivo delle cure primarie).

Con l'Accordo Stato Regioni del 29 Luglio 2004, nell'ambito delle indicazioni per la predisposizione dei progetti, viene per la prima volta fornita la definizione di UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria).

Le UTAP vengono definite come "presidi integrati per le cure primarie, formati dall'associazione di più medici convenzionati (medici di medicina generale, Medici di continuità assistenziale, Pediatri di libera scelta e specialisti convenzionati) che operino in una sede unica garantendo un elevato livello d'integrazione tra la medicina di base e la specialistica consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica di elezione", "operano infermieri, personale di studio, amministrativo e di collaborazione in numero adeguato alle attività previste". Sono quindi, secondo tale accordo, forme evolute di associazionismo medico svincolate dall'organizzazione del distretto tendenti a dare una risposta di salute, comprese le visite specialistiche, e con l'obiettivo di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso.

Il nuovo Accordo Collettivo per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale sottoscritto ad inizio 2005 definisce l'UTAP come "struttura territoriale ad alta integrazione multidisciplinare e interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone" il cui ambito di riferimento "viene individuato dal Direttore di distretto e dagli operatori interessati". L'UTAP opera per "l'erogazione delle prestazioni previste dal Programma delle Attività Distrettuali" e "comprende, oltre ai livelli obbligatori di assistenza anche quanto di pertinenza distrettuale indicato da specifici progetti nazionali, regionali e aziendali". In questa nuova definizione il distretto viene protagonista e non potrebbe essere diversamente visti i soggetti istituzionali e il mondo dell'associazionismo coinvolti per la predisposizione del Programma delle Attività Distrettuali. Da ciò scaturisce che l'UTAP dovrebbe essere definita nel seguente modo: «*presidio integrato per le cure prima-*

rie, organizzato dal distretto ed inserito nella rete dei servizi distrettuali, formato da Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Medici della continuità assistenziale, Medici specialisti, Medici dirigenti di distretto, Infermieri, Terapisti e Personale di supporto amministrativo» per la «presa in carico di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche e per la riduzione dei ricoveri impropri e dei codici bianchi in pronto soccorso».

I presidi integrati per le cure primarie dovrebbero diventare un riferimento del cittadino per l'erogazione delle prestazioni a bassa intensività assistenziale come l'ospedale è ormai da lungo tempo il riferimento certo per gli eventi acuti. Bisogna segnalare un fenomeno che sta emergendo e che potrebbe portare a forme organizzative che comprometterebbero la funzione assegnata al distretto di centro dell'integrazione e di promotore e gestore dei servizi territoriali nella loro globalità. Alcune Regioni stanno recependo la proposta di assegnare la gestione delle UTAP direttamente alle associazioni dei Medici di medicina generale che garantirebbero con proprio personale le prestazioni concordate con le singole Aziende USL.

Questa ipotesi organizzativa risulta difficilmente percorribile se si vogliono applicare modelli organizzativi per la gestione delle patologie croniche come il Chronic Care Model nei quali è determinante la partecipazione della collettività, delle istituzioni e dove è necessaria una visione d'insieme e la conoscenza di dati epidemiologici della popolazione che solo il distretto può avere. Inoltre il Medico responsabile secondo questa proposta dovrebbe avere capacità professionali e gestionali che difficilmente si possono acquisire senza una specifica esperienza nei servizi di sanità pubblica. La CARD in occasione di questo Congresso e utilizzando la rete delle Associazioni regionali (18 Regioni con esclusione delle recentissime Associazioni Regione Valle d'Aosta e Province autonome di Trento e Bolzano), ha avviato un'indagine conoscitiva sui presidi integrati per le cure primarie i cui risultati sono stati sintetizzati nel box di questa pagina. Le singole Associazioni aderenti alla CARD sono attualmente impegnate a realizzare operativamente a proporre sperimentazioni nell'ambito delle indicazioni previste dal nuovo Accordo per la medicina generale.

Conclusioni

La gestione delle malattie croniche è divenuto in questi ultimi mesi argomento di ampia discussione a livello politico-istituzionale e soprattutto nelle conferenze Stato-Regioni e nella predisposizione dei Piani sanitari regionali.

Il distretto è l'unica struttura capace di organizzare e gestire le componenti di un sistema complesso come quello dei servizi sanitari territoriali compresi quelli integrati per il trattamento delle malattie croniche. Le professionalità presenti nelle direzioni di distretto hanno acquisito nel tempo, attraverso l'attività operativa e con percorsi formativi ai quali la CARD ha partecipato intensamente, specifiche capacità indispensabili per la gestione di presidi nei quali sono presenti più professionisti, per favorire la partecipazione attiva dei cittadini utenti del servizio e per la predisposizione, attraverso il coinvolgimento della comunità, del Programma delle Attività Distrettuali.

Il distretto diviene la sede più adatta dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria, di committenza e di produzione di prestazioni erogate sul territorio da una rete capillare di *Presidi integrati per le cure primarie* per la gestione delle patologie croniche dove équipes multiprofessionali prendono in carico i singoli casi attraverso anche la piena partecipazione dei pazienti alle scelte terapeutiche.

Mensile d'informazione per gli associati regionali
Anno III • Numero 3 • Dicembre 2005

Editore

Iniziative Sanitarie
Viale di Val Fiorita, 86 - 00144 Roma
Tel. 065919418 - Fax 065912007
iniziativesanitarie@iniziativesanitarie.it
www.iniziativesanitarie.it

Direttore

Rosario Mete

Direttore Responsabile

Sandro Franco

Comitato di Redazione

Corrado Allegri, Cristina Beltramello, Pierluigi Camboa, Aldo Casadio, Paolo Conci, Domenico Esposito, Gilberto Gentili, Vincenzo La Regina, Marco Macchi, Anselmo Madeddu, Oreste Manzi, Giancarlo Marchionna, Rosario Mete, Marino Migazzi, Augusto Panà, Paolo Pasini, Luciano Pletti, Salvatore Prosperi, Piero Salvadori, Gianfranca Testa, Mario Traina.

Recapito di Redazione

presidente.card@distrettisanitari.it

Stampa

Tipografia SGE Ventura - Roma
Finito di stampare nel mese di gennaio 2006

Registrazione del Tribunale di Roma
n. 122/03 del 27 marzo 2003

Indagine conoscitiva sui presidi integrati per le cure primarie

Nelle Aziende USL della Regione sono stati attivati "presidi integrati per le cure primarie"?

Se sì, indicare la loro denominazione (esempio UOP, UTAP) e la loro composizione in termini di personale coinvolto

Se sì, inoltre, detti presidi sono organizzati e diretti dal Distretto?

Se sono stati realizzati i "presidi integrati per le cure primarie", l'attivazione è avvenuta in modo diffuso in tutte le Aziende USL?

Inoltre, se nei casi stati attivati i presidi integrati di cure primarie, sono in corso di elaborazione e/o approvazione progetti per la realizzazione?

Eventuali altre considerazioni



