

MARCHE

Integrazione ospedale-territorio: la proposta della Regione Marche

Roberto Grinta

Direttore, UO Budget medici di medicina generale, AV2 Jesi

L'integrazione ospedale-territorio è stata oggetto di numerose discussioni e interventi nei convegni, e di pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali. Non è pensabile che possa esistere un solo modello di integrazione, perché esistono numerosi processi che si integrano, con strumenti e meccanismi operativi differenti, su modelli organizzativi sia regionali sia locali.

Il Distretto dovrebbe essere la struttura che prende in carico il paziente sul territorio, dopo la dimissione da parte della struttura ospedaliera. Questo passaggio è il punto di partenza, ovvero l'organigramma strutturale per un processo decisionale collegato a procedure che saranno standardizzate a seconda dei livelli assistenziali presenti nelle singole Regioni.

La costruzione dell'organigramma rappresenta uno strumento essenziale per attivare alcuni meccanismi operativi, soprattutto collegati ai centri di responsabilità del processo e quindi ai costi e ai budget predefiniti. L'Unità e/o le Unità di filtro sono rappresentate da UVO (Unità Valutative Ospedaliere) e/o UVD/UVI (Unità Valutative Distrettuali e/o Unità Valutative Integrate), naturalmente ognuna con un'identità differente. Infatti la UVO è una struttura di carattere ospedaliero, la cui componente di costi fissi e variabili è da attribuire all'ospedale, mentre le UVD/UVI hanno carattere territoriale, con budget distribuito sul territorio.

Due situazioni completamente differenti in quanto lo spostamento del budget dall'ospedale al territorio, o viceversa, determina o può produrre meccanismi operativi differenti ma con finalità che dovrebbero essere identiche.

Il passaggio non è da sottovalutare, perché l'aumento di risorse a favore dell'ospedale o del territorio può produrre modelli organizzativi che prestano maggiore attenzione alle problematiche ospedaliere rispetto alle esigenze territoriali (per esempio, la nascita dei voucher è un meccanismo operativo di esternalizzazione del servizio, con diminuzione del costo del personale a favore di un aumento del costo dei servizi).

Naturalmente questi processi rispondono anche a dei meccanismi operativi di politica socio-assistenziale regionale e hanno anche una loro logica nel sistema di salute pubblica.

Il ruolo dell'ICT

Indipendentemente dalla scelta del modello organizzativo di integrazione ospedale-territorio da utilizzare, non si è mai affron-

tata l'esigenza di valutare l'apporto che l'ICT può dare a questi modelli, ovvero di come l'informatizzazione possa migliorare e/o modificare il modello di integrazione. Ogni Unità Operativa e/o professionista 'sposa' la sua cartella clinica informatizzata, naturalmente nelle situazioni migliori; spesso si osservano solo fogli di flow chart, sui quali sono inseriti dei numeri di attività che difficilmente possono essere di utilità per la collettività scientifica.

Nel processo assistenziale ospedale-territorio si è spesso parlato del medico di medicina generale come 'case manager' o 'gate keeper', ma spesso queste belle 'identità' sono rimaste isolate, ogni professionalità con una propria referenza ed autorità.

Il medico di medicina generale è il depositario della conoscenza dello stato di salute dell'assistito: se non si parte da questa affermazione, l'integrazione ospedale territorio non ha e non può avere un senso di continuità assistenziale. La cartella clinica del medico di medicina generale presenta un bagaglio di informazioni determinanti ed importanti sia nella scelta della terapia sia nel percorso diagnostico-terapeutico. La maggior parte dei medici di medicina generale utilizza un sistema informativo unico, per cui è pensabile e ipotizzabile costruire un *repository* che dialoghi con tutte le informazioni presenti nel database del medico di medicina generale. Una vera rete di medicina generale è in grado di creare un dialogo non solo univoco fra i singoli professionisti, ma anche fra professionisti differenti e con specialità e discipline diverse. La possibilità di scambiare informazioni su supporto informatizzato potrà sicuramente attivare meccanismi operativi in grado di cambiare anche l'approccio alla terapia, in modo che sia soprattutto più attenta alle esigenze del paziente.

È pensabile che i meccanismi operativi attivati siano in grado di modificare gli strumenti già presenti nelle Unità Operative e/o a livello distrettuale, e quindi che le stesse organizzazioni possano subire dei cambiamenti verso sistemi dinamici e non più statici, collegati solo ad esigenze di costi fissi e costi variabili.

La possibilità di distribuire i costi da ospedale versus territorio, quali la distribuzione dei farmaci, rappresenta solo un meccanismo operativo collegato a conti economici differenti, ma il problema della continuità assistenziale rimane sempre collegato all'assistito e alla sua patologia, senza un collegamento fra i due soggetti prescrittori (specialista e medico di medicina generale).

Il file F, collegato alla distribuzione diretta, è solo uno strumento che interviene nel percorso del processo di costo, e rimane solo come un'informazione diretta alla struttura e non percepita nelle informazioni che fanno parte della cartella clinica del medico di medicina generale. Anche le Unità Operative di filtro, che determinano il percorso assistenziale fra ospedale-territorio, sono pensate, pur con la presenza del medico di medicina generale, come Unità individuate nell'organigramma con funzioni ben distinte, che non riescono a far interagire le informazioni fra i diversi operatori. Ognuno è infatti allocato nella sua Struttura e/o Unità Operativa e, anche se la base dati è disponibile, non è usufruibile da altre figure che intervengono nel processo assisten-

ziale e che poi saranno i principali attori e decisori nel percorso dell'assistito, ovvero i medici di medicina generale.

Una rete dei medici di medicina generale collegata con le Unità Operative e/o con il Distretto è sicuramente un'arma vincente nell'integrazione ospedale-territorio, perché il *repository* delle informazioni può essere condiviso con tutti i professionisti. L'anamnesi del paziente rimane quindi sul fascicolo sanitario elettronico, ma quest'ultimo non può e non deve essere un fascicolo che non riesce a dialogare con le strutture ospedaliere e/o territoriali, ma una base dati accessibile per un dialogo fra medico specialista e medico di medicina generale in modo non solo unidirezionale, di integrazione dall'ospedale al territorio e viceversa.

L'esperienza dell'Area Vasta 2 Jesi

Nell'Area Vasta 2 Jesi è stata creata una rete dei medici di medicina generale collegata con le Unità Operative, le guardie mediche di continuità assistenziale e l'assistenza domiciliare oncologica, in cui le informazioni dell'assistito presenti nella cartella clinica del medico di medicina sono rese disponibili alle strutture. In questo modo i nuovi Percorsi Diagnostico-Terapeutici

(PDT) sono resi immediatamente disponibili sia al medico specialista sia al medico di medicina generale. È stato individuato un responsabile del progetto (ruolo rivestito attualmente dal sottoscritto). Il percorso è stato poi condiviso con le organizzazioni sindacali mediche e la direzione. Sono stati collegati 70 medici di medicina generale con il recupero della privacy al III livello ed un bacino di utenza di circa 70.000 assistiti.

Il progetto prevede un ulteriore sviluppo, che coinvolgerà anche la componente sociale dei Comuni. In questo modo saranno rese disponibili informazioni collegate all'assistenza sociale e sarà migliorata e rafforzata l'integrazione sociosanitaria. Si pensi alle possibilità di assistenza collegate alle patologie psichiatriche. Inoltre la possibilità di identificare un percorso sulla base della patologia principale, presente sul software del medico di medicina generale, può determinare una scelta appropriata e comune nel Piano Diagnostico Terapeutico.

Investire nella formazione e soprattutto nell'ICT rappresenterà sicuramente la sfida della sanità futura, che dovrà far viaggiare sullo stesso binario una cultura professionale collegata all'autonomia clinica e un budget predeterminato e centrato sui reali bisogni della popolazione. ■

La sanità tra ragione e passione

Da Alessandro Liberati, sei lezioni per i prossimi anni

Antonio Addis Renato Balduzzi Luciana Ballini
Michele Bellone Giovanni Bissoni Maurizio Bonati
Alessandra Cerioli Iain Chalmers Roberto D'Amico
Marina Davoli Giancarlo De Cataldo Luca De Fiore
Gianfranco Domenighetti Silvio Garattini Roberto Grilli
Carlo Lusenti Nicola Magrini Paola Mosconi
Salvatore Panico Carlo Perucci Rodolfo Saracci
Roberto Satolli Trevor Sheldon Richard Smith
Angelo Stefanini Hazel Thornton Gianni Tognoni

A cura di Roberto D'Amico, Marina Davoli
Luca De Fiore, Roberto Grilli e Paola Mosconi



Il Pensiero Scientifico Editore

LA SANITÀ TRA RAGIONE E PASSIONE

Da Alessandro Liberati,
sei lezioni per i prossimi anni

Ragione e passione, ecco quel che troverà il lettore in questo volume: seguendo la traccia delle sei parole delle famose Lezioni americane di Italo Calvino, personalità italiane e straniere, da Rodolfo Saracci a Richard Smith, da Silvio Garattini a Iain Chalmers, da Hazel Thornton a Gianfranco Domenighetti e Trevor Sheldon, per fare solo alcuni nomi, hanno portato il loro contributo di ricordi, impressioni ed esperienze, per riflettere su cosa è stata, dal punto di vista umano e professionale, l'esperienza di Alessandro Liberati e per coglierne gli insegnamenti da trasmettere a ricercatori, scienziati, amministratori, operatori del SSN.

Filo conduttore tra i vari contributi è il tema della ricerca come 'bene comune', vale a dire una risorsa messa pienamente al servizio della collettività; ma vengono affrontati anche i temi della ricerca libera dall'influenza dei conflitti di interesse, della partecipazione dei cittadini e dei pazienti, della necessità di rendere le informazioni messe a disposizione dalla ricerca sempre più utili a indirizzare in modo razionale i processi decisionali.

Numero verde 800-259620
www.pensiero.it