

Ridefinizione delle modalità di accesso e della organizzazione dell'offerta clinico-diagnostica territoriale

A) Transizione demografica ed epidemiologica

Negli ultimi decenni in Italia, comunemente ad altri paesi, si è assistito ad un profondo mutamento del bisogno di salute; due fenomeni, ormai ben definiti, sono cresciuti nel secolo trascorso e caratterizzano il secolo attuale:

- la transizione demografica, con il continuo incremento della speranza di vita per i nuovi nati, in un contesto di denatalità;
- la transizione epidemiologica, con il progressivo prevalere delle malattie cronico degenerative rispetto alle patologie infettive ed acute.

La transizione demografica, per gli aspetti correlati all'espressione dei bisogni sanitari, ha polarizzato l'attenzione sull'invecchiamento della popolazione e il correlato aumento delle patologie cronico degenerative, condizioni che, ad oggi, rappresentano circa il 25% dei soggetti e il 75% dei costi e dei volumi di attività svolti dal SSN.

Negli anni successivi alla Riforma sanitaria si è discusso a lungo della difficoltà per le organizzazioni sanitarie di superare la cultura dei sistemi mutualistici/assicurativi strutturati sulla risposta all'acuzie verso un diverso profilo dell'organizzazione dei servizi capace di assicurare la risposta ai nuovi bisogni che esprime la cronicità: in particolare la memoria della malattia che per la cronicità, è caratterizzata da una continua evoluzione e dalla continuità di assistenza, sanitaria e sociale.

Inoltre poco si è riflettuto che in Italia negli ultimi decenni la transizione epidemiologica ha convissuto con profondi mutamenti socio-economici, una transizione sociale e culturale, che ha modificato sostanzialmente, la stessa natura degli eventi acuti; si è osservato che la patologia acuta / malattia che si presentava nel XX secolo nell'ambulatorio del medico si è via via modificata, nell'ambulatorio medico del XXI secolo, in problema di salute. Ricorda Giovanni Costa che *“all'inizio del 1900 in Italia più del 70% dei lavoratori era occupato in agricoltura, i restanti erano equamente suddivisi tra industria e servizi. Dopo la Seconda guerra mondiale, il boom industriale ha visto aumentare l'occupazione nel settore secondario (fino al 45% del totale) con spostamento di molta manodopera da quello agricolo. Alla fine del secolo si è invece andato progressivamente consolidando il trend verso l'occupazione nel terziario a scapito degli altri due settori. Secondo i dati ISTAT del 2011 essa risulta pari al 67,8% nei servizi, al 28,5% nell'industria (edilizia inclusa) e al 3,7% in agricoltura. Il crescente aumento dei fattori di rischio di carattere psicosociale, condizionati dalle mutate forme di organizzazione del lavoro, i lavori atipici legati alla globalizzazione e flessibilità dei mercati, la rapida espansione della cosiddetta «società delle 24 ore», l'avvento delle nuove tecnologie, l'aumento del tasso di occupazione femminile, che ha visto un incremento 7 volte superiore negli ultimi 15 anni”*, hanno determinato una profonda trasformazione nella cause prevalenti di malattia; si pensi alla crescita delle condizioni di disagio mentale. Si è progressivamente costruita, in questi anni, una diversa cultura della salute e conseguentemente di malessere, o non benessere, percepito; l'indeterminatezza di queste nuove problematiche di salute e la relativa difficoltà di approccio degli algoritmi propri del metodo diagnostico deduttivo. **Questi sono tra i determinanti, ancora poco valutati, del significativo incremento delle prestazioni specialistiche, clinico e diagnostiche.** Osservare questa trasformazione della domanda dal versante dei servizi offerti, attraverso la risposta registrata negli studi dei medici di Medicina Generale, negli ambulatori specialistici, nelle farmacie, nei pronto

soccorso, congiuntamente alla domanda non soddisfatta espressa da tempi e liste di attesa ed anche dalla considerevole dimensione e natura dell'*out of pocket* specialistico, consente di ipotizzare un disallineamento importante tra un bisogno di salute che si esprime con esigenze diverse, per natura e dimensione, nelle varie fasce di età e di genere e la porta di ingresso dei servizi sanitari che rimanendo, nei diversi servizi, uguale diviene insufficiente per mancata differenziazione prima che per inadeguata dimensione.

B) La dimensione e natura dei servizi offerti

Nel presente paragrafo sono riportati in forma sintetica, grafica o tabellare, i dati di attività elaborati dai flussi regionali o riportati in studi nazionali. In particolare la Fig. 1 riporta il numero medio di accessi negli studi di medicina generale per genere a classe di età; in Fig. 2 è riportato il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali per tipologia di prestazione e relativo trend temporale; i volumi relativi all'ultimo anno disponibile sono analizzati per genere e classe di età nella Fig 3; in Fig. 4 sono riportati i tassi standardizzati per visite specialistiche pagate interamente dagli utenti; la Fig. 5 riporta il numero di visite erogate in Pronto Soccorso (a cui non consegue il ricovero) per genere e classe di età e, infine, la Fig. 6 i consumi di farmaci standardizzati per classe di età e genere.

Fig.1 - Il bisogno registrato nello Studio Medico di Medicina Generale: numero medio di contatti per paziente all'anno per genere e classi di età

Fonte studio SIMG, anno 2009

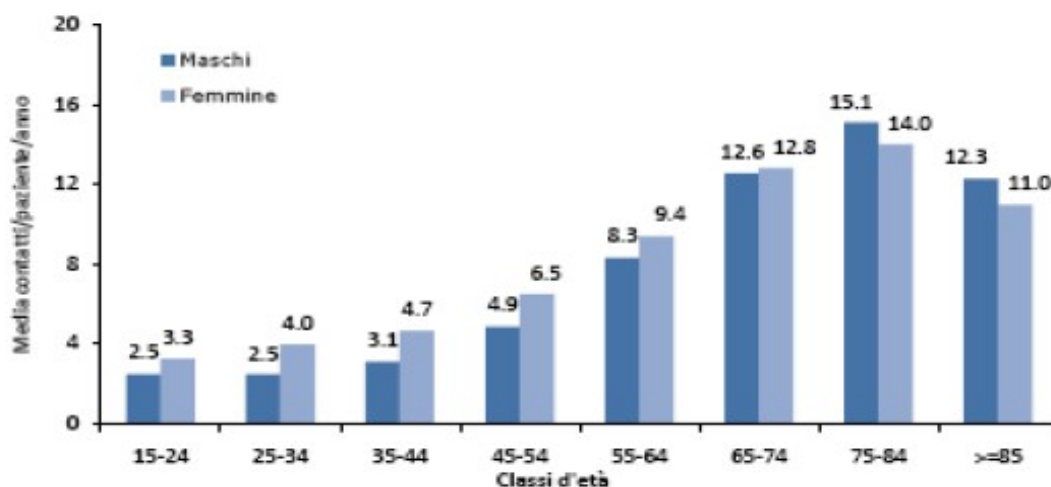


Fig.2 - Dimensione della domanda specialistica: Numero di prestazioni erogate in Toscana per tipologia di prestazione. Anni 2007-2013.

Fonte: flusso informativo SPA- Regione Toscana

Settore	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Indice medio di variazione annua
Clinica (*)	6.723.855	7.232.677	7.333.412	7.702.629	7.453.296	7.527.979	7.479.251	1,5%
Diagnostica	4.092.	4.157.90	4.199.24	4.273.09	4.197.14	4.080.11	4.049.28	-0,2%

Immagini	169	0	1	0	7	7	0	
Diagnostica	44.427.	48.107.41	50.416.51	53.614.05	51.444.55	49.606.63	49.415.45	
Laboratorio	120	4	2	2	1	2	1	1,5%
Diagnostica	1.981.	2.092.68	2.157.17	2.283.78	2.250.59	2.333.56	2.307.76	
Strumentale	943	8	6	7	8	6	9	2,2%
Procedure	1.925.	2.064.03	2.108.62	2.157.41	2.240.70	2.155.17	2.150.62	
	727	3	3	1	3	9	9	1,6%
Totale	59.150.814	63.654.712	66.214.964	70.030.969	67.586.295	65.703.473	65.402.380	1,4%

(*) di cui Visite	5.619.616	1	6.286.59	4	6.571.98	9	6.448.41	0	6.588.31	0	6.613.16	2,4%
--------------------------	------------------	----------	-----------------	----------	-----------------	----------	-----------------	----------	-----------------	----------	-----------------	-------------

Fig.3 - La domanda registrata negli ambulatori specialistici: Numero di prestazioni pro-capite per utenti residenti in Toscana per genere e classe di età. Anno 2013

Fonte: flusso informativo SPA- Regione Toscana

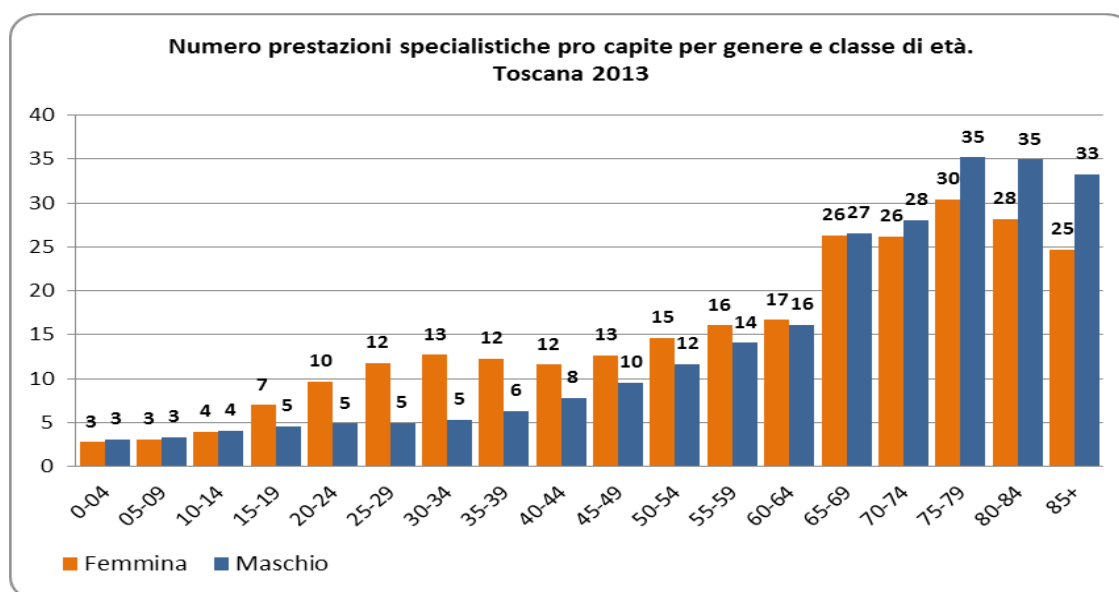


Fig.4 - Dimensione della domanda di visite specialistiche out of pocket –

Fonte: Indagine multiscopo Istat 2013

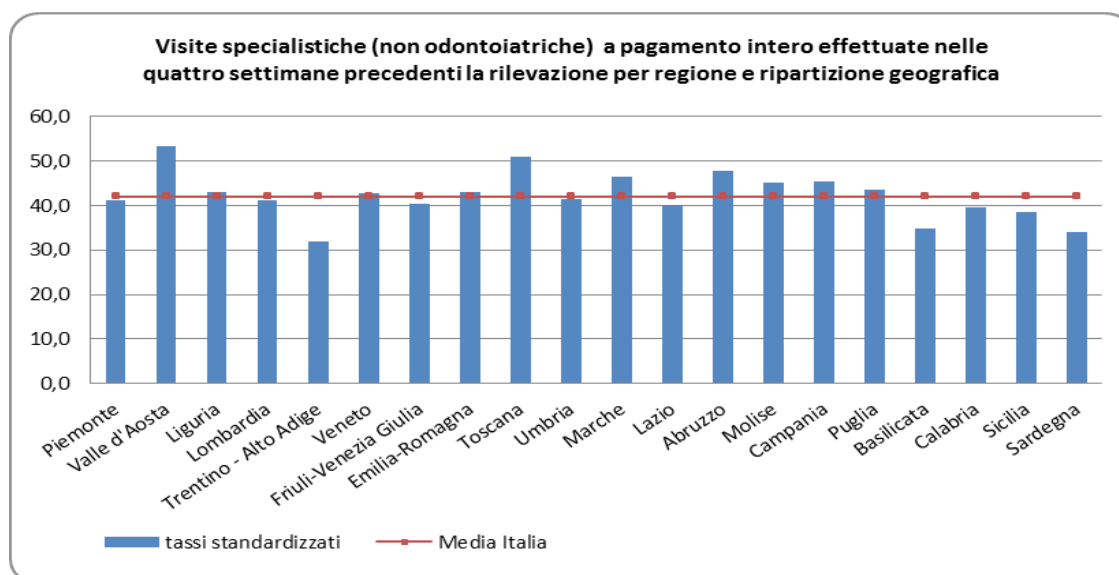


Fig 5 - Il bisogno espresso nei Pronto Soccorso toscani: numero di visite erogate in Pronto soccorso per 100 residenti, per genere a classe di età. Toscana 2013

Fonte: flusso informativo SPA- Regione Toscana

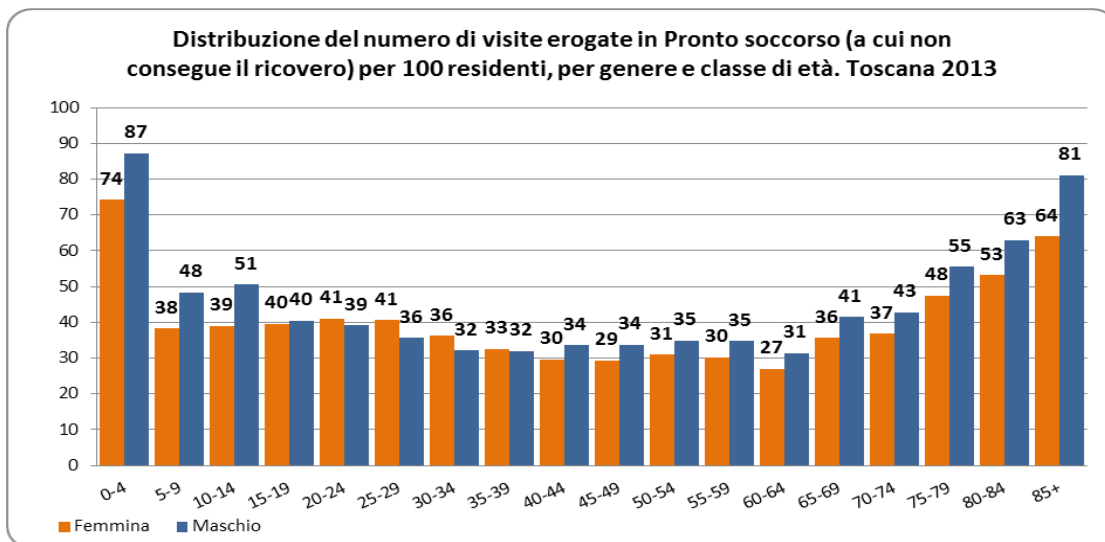
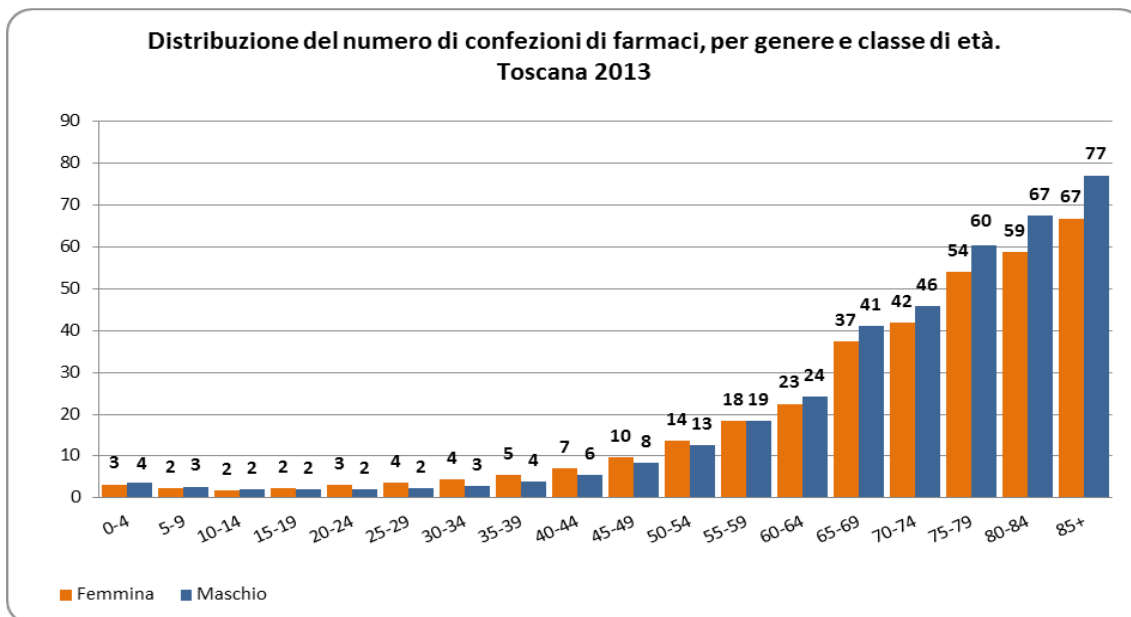


Fig 6- La domanda registrata in Farmacia: numero di confezioni di farmaci per 100 residenti toscani, per genere e classe di età. Anno 2013

Fonte: flusso informativo SPF- Regione Toscana



C) Dall'osservazione ad una interpretazione dei fenomeni.

La valutazione dei consumi registrati, considerati espressi dalla stessa popolazione, evidenzia diversi fenomeni, con specifiche caratteristiche:

1. Un profilo di consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali con linearità leggermente crescente per le classi di età giovani adulte; un filtro appropriatamente a maglie larghe degli studi della medicina generale per i bisogni delle stesse fasce di età verso le competenze specialistiche ambulatoriali, anche al netto della specificità del bisogno delle donne nelle età giovani adulte. (Fig 1 e 3); un profilo curvilineo, quasi iperbolico, di prestazioni cliniche e terapeutiche specialistiche consumate nelle classi di età più avanzate, correlate alla biologia dell'invecchiamento e all'incremento delle patologie cronico degenerative nelle stesse fasce di età (Fig 3)

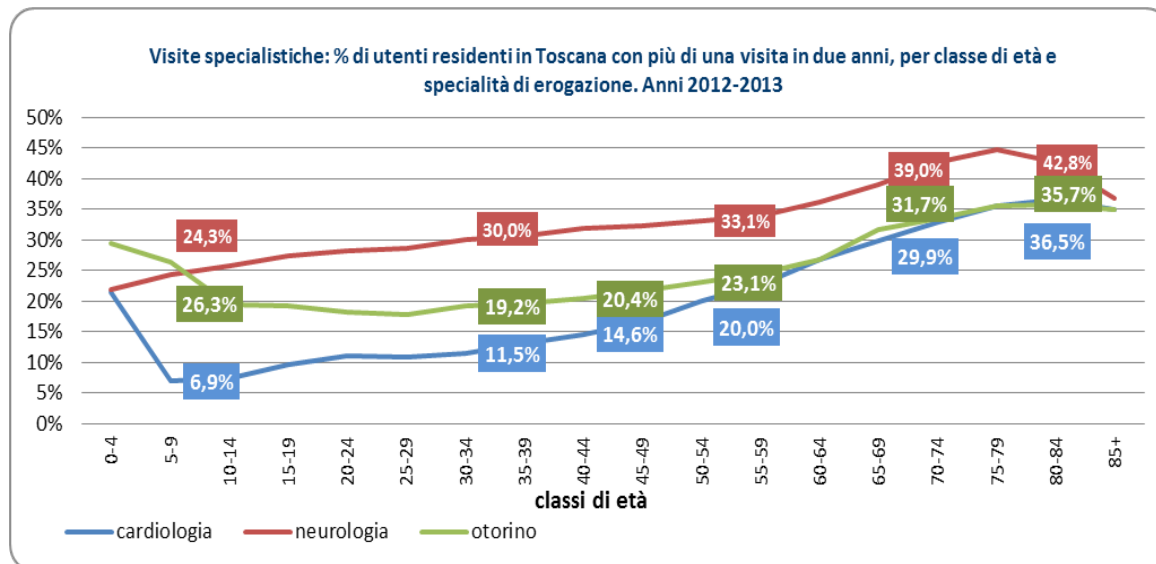
2. La peculiare morfologia rettilinea, inclusiva di molte fasce di età, della domanda soddisfatta in Pronto Soccorso (Fig 5), che evidenzia una natura specifica di questo bisogno (una condizione acuta, soggettivamente importante, che si ritiene necessiti di una risposta immediata e rassicurante per il riequilibrio del proprio stato di salute) significativamente diverso dal bisogno che, nelle stesse fasce di età, il cittadino rivolge agli ambulatori della medicina generale e agli ambulatori specialistici.

3. Le fasce di età giovani adulte, prevalentemente *healthy users*, consumano prestazioni cliniche specialistiche, al netto della visita ginecologica, essenzialmente correlate al corretto funzionamento degli organi necessari all'attività occupazionale e alla partecipazione alla vita sociale (Fig.8.1 - visite per classe di età 20-50 anni). Il tasso di consumo di prestazioni diagnostiche, indubbiamente in eccesso, se confrontato con la prevalenza delle relative patologie nelle stesse fasce di età, esprime sempre più marcatamente la cultura della medicina predittiva e diagnostica, ove la clinica necessita di una diagnostica differenziale, piuttosto che integrativa. Il rapporto bisogno-domanda/offerta-risposta in questa fasce di età si esaurisce, prevalentemente, con un unico, o minimi, contatti con il Servizio sanitario: è il tipico rapporto, e accesso, cosiddetto per prestazione, degli *healthy users*, a bassissima variabilità di rischio nella popolazione interessata.

4. La particolare frequenza di consumo nelle fasce di età più anziane per alcune specialità cliniche e l'inversione del rapporto tra prestazioni cliniche e diagnostiche. In questa fascia di età il rapporto tra prestazioni specialistiche cliniche e prestazioni diagnostiche è circa la metà del valore registrato nelle fasce di età giovani adulte, a sottolineare il ruolo clinico che in queste età assume la Medicina generale: tale addensamento è espressione diretta sia dell'invecchiamento biologico che incrementa significativamente un mix di prestazioni cliniche, ancor che prevalentemente limitato alle specialità correlate all'invecchiamento, (Fig 8 – quali visite per classe di età), che della rigidità della attuale organizzazione specialistica incapace di accogliere la sfida propria delle patologie croniche e della comorbidità, con le loro esigenze di continuità valutativa e di memoria correlata, un fenomeno nuovo e peculiare, al quale il sistema ripropone se stesso, la stessa organizzazione, e quindi, la stessa risposta/prestazione, ad ogni nuovo, o ripetuto, incontro (Fig 7).

Fig.7. Visite specialistiche: % di utenti residenti in Toscana con più di una visita in due anni, per classe di età e specialità di erogazione. Anni 2012-2013.

Fonte: flusso informativo SPA- Regione Toscana



5. Per quanto attiene alle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche, il “primo accesso” ha rappresentato e compreso l’intero universo dei bisogni; circa il 40% delle visite di primo accesso, sono riproposte nelle fasce di età oltre 65 anni sulla stessa persona, entro termini temporali medi di un anno, presumibilmente per lo stesso problema (Fig 7); ad ulteriore conferma la lettura degli accessi al sistema specialistico per tipologia di contatto, secondo le caratteristiche codificate di “primo accesso” o “accesso successivo” o “controllo”, evidenzia come le visite specialistiche tracciate come “primo accesso” rappresentino nell’anno 2013 oltre il 70% del totale delle visite complessivamente registrate. Si è cercato di superare il limite, anche concettuale, di questo modello e la sua capacità di contenere e rispondere all’universo dei bisogni di salute, in particolare i tempi e le liste di attesa che generava, ampliando, e dilatando, il significato di primo accesso/visita con l’introduzione di un sistema di classificazione che consente di differenziare l’accesso in rapporto alle condizioni di salute dell’utente e, quindi, alla gravità, attuale e prospettica, del quadro clinico, le cosiddette classi di priorità. E’ pur vero che il PNGLA prevede, e impegna, all’uso sistematico nelle procedure di prenotazione dell’indicazione, oltre che della prima visita, del controllo, ma la prima visita, oltre le naturali necessità di risposta con carattere urgente o con breve attesa, viene dilatata fino a comprendere la differibilità e la programmabilità della risposta. E’ logicamente conseguente che se la differibilità della risposta è comunque ancora compatibile con la crescente cultura preventiva e di controllo del proprio stato di salute, la medicina predittiva e diagnostica, prevedere una ulteriore possibilità di risposta con un tempo programmato per la prima visita, oltre che concettualmente poco comprensibile, finisce per spostare i confini della prima visita fino a sovrapporli alle esigenze, propriamente programmabili, della visita di controllo. Non si promuove così la differenziazione dell’offerta e si favorisce l’uso improprio di un unico strumento, la visita di primo accesso, per rispondere ad un bisogno di salute, che assume caratteristiche profondamente diverse, in funzione delle diverse fasi della vita, sia biologica che sociale.

Tab 8- Visite erogate in toscana per disciplina di erogazione e classi di età. Anno 2013

Fonte: flusso informativo SPA- Regione Toscana

Tab 8.1 – classe di età 20-50 (prime 20 visite in ordine decrescente)

Specialità di erogazione	Classi di età						Totale 20-50
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Ostetricia e ginecologia	15.292	29.477	43.357	41.420	22.342	14.709	166.597
Dermatologia	12.771	12.600	13.397	16.381	17.634	18.142	90.925
Oculistica	7.818	7.265	7.737	10.436	15.344	22.113	70.713
Ortopedia e traumatologia	7.646	7.765	8.741	11.933	15.324	18.470	69.879
Psichiatria	4.839	6.506	8.040	12.171	15.035	16.039	62.630
Consultorio	9.033	12.418	13.471	10.969	5.802	4.238	55.931
Otorinolaringoiatria	5.193	5.757	7.262	10.063	11.704	12.855	52.834
SERT	4.404	6.702	7.828	9.428	11.589	10.761	50.712
Chirurgia generale	3.289	4.228	5.537	8.262	10.776	12.550	44.642
Salute mentale	3.756	3.519	4.456	9.134	11.528	11.481	43.874
Cardiologia	2.304	2.554	3.485	5.463	8.485	11.926	34.217
Neurologia	3.158	3.676	4.734	6.297	7.548	8.447	33.860
Odontoiatria e stomatologia	3.479	3.974	4.754	6.001	7.105	7.568	32.881
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	2.304	2.971	4.245	6.050	7.048	8.395	31.013
Medicina generale	2.032	2.883	3.868	5.561	6.947	9.460	30.751
Oncologia	904	1.321	2.152	4.319	7.420	11.312	27.428
Malattie infettive e tropicali	1.144	2.099	3.032	4.348	5.299	7.188	23.110
Diabetologia	1.021	2.353	4.033	4.941	3.813	4.398	20.559
Gastroenterologia	1.870	2.222	2.640	3.528	4.381	5.361	20.002
Urologia	1.981	2.262	2.746	3.610	4.224	5.093	19.916

Tab 8.2 – classe di età 50-64 (prime 20 visite in ordine decrescente)

Specialità di erogazione	Classi di età			
	50-54	55-59	60-64	tot 50-64
Oculistica	23.139	25.768	35.722	84.629
Ortopedia e traumatologia	21.625	22.405	24.506	68.536
Cardiologia	15.536	19.119	26.585	61.240
Dermatologia	17.228	16.591	18.501	52.320
Oncologia	13.078	14.460	19.093	46.631
Otorinolaringoiatria	13.001	14.150	16.728	43.879
Medicina generale	10.952	13.106	16.761	40.819
Psichiatria	14.973	12.798	10.773	38.544
Chirurgia generale	12.182	11.046	12.205	35.433
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	9.749	10.713	12.807	33.269
Diabetologia	6.500	9.678	13.563	29.741
Neurologia	8.686	8.907	10.765	28.358
Urologia	6.278	8.235	11.516	26.029
Ostetricia e ginecologia	10.981	7.093	6.168	24.242
Nefrologia	6.539	7.304	9.074	22.917
Salute mentale	9.739	7.682	5.359	22.780
Odontoiatria e stomatologia	7.402	6.641	6.580	20.623
Radioterapia	4.965	5.946	7.672	18.583
Pneumologia	4.341	5.628	8.230	18.199
Reumatologia	4.915	5.409	6.361	16.685

Tab 8.3 – classe di età 65 e oltre (prime 20 visite in ordine decrescente)

Specialità di erogazione	Classi di età					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totale 65 e +
Oculistica	56.648	73.342	77.888	56.902	36.113	300.893
Cardiologia	38.905	46.806	51.150	41.382	30.105	208.348
Ortopedia e traumatologia	33.048	37.207	36.430	27.049	20.124	153.858
Dermatologia	25.293	27.589	26.635	19.186	14.069	112.772
Otorinolaringoiatria	23.243	25.569	25.822	19.885	15.360	109.879
Medicina generale	22.697	24.889	25.396	20.156	13.450	106.588
Oncologia	26.008	27.467	25.799	15.854	7.004	102.132
Neurologia	15.041	20.154	24.126	20.230	13.994	93.545
Nefrologia	14.029	16.072	19.177	17.034	12.033	78.345
Diabetologia	18.230	19.004	17.693	12.108	6.798	73.833
Urologia	16.594	17.351	15.250	10.039	6.221	65.455
Chirurgia generale	14.533	13.744	12.362	8.412	5.981	55.032
Pneumologia	11.808	13.426	13.133	9.086	5.558	53.011
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	14.825	13.970	11.238	6.542	2.963	49.538
Geriatría	3.349	5.814	9.353	11.325	12.882	42.723
Ematologia	8.623	9.274	9.481	7.498	6.843	41.719
Recupero e riabilitazione funzionale	6.837	8.558	9.066	7.832	7.697	39.990
Radioterapia	10.639	10.326	9.672	5.573	2.558	38.768
Odontoiatria e stomatologia	9.213	9.333	8.290	5.413	2.985	35.234
Reumatologia	8.309	8.774	7.584	4.149	1.740	30.556

D) Dall'osservazione e dalla interpretazione dei fenomeni ad una ipotesi di lavoro: la infrastruttura comunicativa e tre linee produttive

1. Perseguire lo sviluppo di modelli coerenti tra appropriatezza clinica e appropriatezza organizzativa per il tramite dell'ICT.

La capacità di cura delle malattie, acute o croniche che siano, si è arricchita in questi anni di nuovi saperi e modalità; nuove specialità, Medicina di urgenza ed emergenza, nuove modalità organizzative delle conoscenze, *chronic care model*, sanità di iniziativa, saperi sistematizzati, percorsi diagnostici terapeutici assistenziali: modelli con operatività faticosa, a dispetto degli eleganti contenuti culturali, perché senza una contestuale infrastruttura, presente e coerente, senza collegamenti, binari o strade che siano, tesi e robusti tra competenze diverse, medici di medicina generale con medici specialisti, medici con medici, infermieri con medici, infermieri con infermieri, territorio con ospedale, ospedali con ospedali; una rete neurale interdisciplinare e interprofessionale, anche intradisciplinare, costruita sull'evidenza dell'efficacia delle cure; la nuova efficienza è nel

rendere facile la comunicazione, e relazione, tra i saperi: il convergere dei saperi, la comunicazione tra i diversi saperi, è la risorsa ulteriore di cura, peraltro già disponibile.

Questi nuovi modelli devono essere finalizzati all'erogazione di servizi sanitari da parte di professionisti che lavorano in team mono o multi professionali, al fine di garantire una risposta globale ai bisogni e la continuità fra le diverse fasi del percorso assistenziale gestito dalle varie strutture attive (ospedaliere, territoriali, della prevenzione), incluse le strutture dei MMG e dei PLS. Attraverso strumenti di governo clinico, i professionisti coinvolti svolgono una funzione di controllo, sul buon uso delle risorse, sull'appropriatezza ed equità dei percorsi assistenziali, anche introducendo audit clinici ed organizzativi e peer review.

Tale sistema va supportato con la realizzazione di un sistema informativo integrato, che sia interoperabile con i sistemi ospedalieri (anche di laboratorio e diagnostica), territoriali e con quelli dei MMG.

2. Le nuove modalità di espressione della domanda: visita urgente; visita di primo accesso, breve o differibile; visita di controllo, visita/richiesta di riesame.

2.1 La visita urgente e la funzione del Pronto Soccorso.

Il patrimonio di competenze e tecnologie presente nei Pronto Soccorso deve divenire parte strutturata e risorsa del sistema, non solo filtro o funzione di porta rotatoria ma parte attiva, presa in carico dell'urgenza come episodio clinico da integrare senza discontinuità nella storia di salute e malattia di ciascun individuo, attraverso una continuità circolare con la medicina generale e la specialistica ospedaliera e ambulatoriale. Una organizzazione circolare che consente al cittadino di avere sempre a disposizione le giuste competenze per il suo stato di salute, indipendentemente dal luogo ove, soggettivamente, rivolge il suo bisogno. Distinguere i percorsi, utilizzare appropriatamente competenze, non interferire e sovrapporre processi con diversa natura e diversa finalità è essenziale per assicurare qualità ed efficienza delle cure erogate. La Medicina Generale e la Medicina Specialistica, nella sua funzione ambulatoriale, devono considerare, e utilizzare, il Pronto Soccorso quale Centro di riferimento per le condizioni cliniche, o diagnostiche, valutate urgenti, non risolvibili nelle relative funzioni ambulatoriali. La visita, così come la richiesta di procedure o diagnostica strumentale, classificate urgenti, dovranno essere indirizzate al Pronto Soccorso, anche direttamente accompagnando, ove le condizioni dell'assistito non consentano, in sicurezza, una diversa modalità di presentazione. Per alcune condizioni cliniche, in particolare le condizioni o patologie già organizzate secondo le modalità del *chronic care model*, scompenso cardiaco come esempio, potranno essere previsti, modernamente declinando il significato di continuità ospedale-territorio, ambiti nei Pronto Soccorso o contigui, a disposizione della Medicina Generale, organizzati anche con competenze e tecnologie specialistiche per la gestione delle possibili condizioni di acuzie non gestibili a domicilio dell'assistito o negli ambulatori.

2.2 La visita, la richiesta di prestazioni diagnostico-strumentali, di primo accesso: breve o differibile.

E' l'ambito nel quale lo stesso strumento, la prescrizione di primo accesso, sia quale richiesta di visita o di diagnostica strumentale, finisce con il rappresentare due aree di diverso bisogno sanitario, sempre più differenziate, come conseguenza della profonda trasformazione, epidemiologica e demografica, con la quale ormai da tempo conviviamo. Nei primi anni '70 il demografo americano Omran ha messo in evidenza come alla diminuzione della mortalità e all'incremento della natalità della prima metà del XX secolo si sia associato una modificazione della morbilità della popolazione. Ad oggi, in base alle osservazioni epidemiologiche si può

ragionevolmente ipotizzare uno scenario che, già nel 2025, mostrerà uno slittamento dell'incidenza di molte patologie di oltre 5 anni di età; si registreranno crescenti ed elevati costi della medicina diagnostica e predittiva per i giovani, costi, comunque, caratterizzati da una bassissima variabilità; si assisterà per gli anziani a minori costi frequenti, ma molto concentrati nella fase terminale della vita.(Cislaghi 2010). Il profilo della domanda specialistica e diagnostico strumentale delle fasce di età giovani adulte, che caratterizza la medicina predittiva e diagnostica, gli *healthy users*, concorre e compete oggi, sulla stessa offerta specialistica con il diverso profilo della domanda legata a condizioni di cronicità; condizioni presenti nel 13,1% della popolazione totale, percentuale che nella sottopopolazione degli over 65 si impenna al 32,0%. La figura 3 evidenzia graficamente l'impennata della domanda nella popolazione over 65; la figura 8 mostra sempre per la stessa sottopopolazione uno *specialist ranking* significativamente diverso dal *ranking* espresso nell'età giovane adulta; la figura 7, infine, rappresenta il fenomeno della ripetizione della stessa prestazione (prima visita specialistica) entro un tempo, mediamente un anno, che, nelle percentuali registrate per queste fasce di età, certo non rassicura per appropriatezza organizzativa o per efficacia. La visita di primo accesso, intesa come incontro tra uno specialista clinico e un problema di salute, ha, nella sottopopolazione over 65, natura e contenuti profondamente diversi dalla natura, e contenuti, della stessa prestazione nella sottopopolazione degli *healthy users*. Le prestazioni delle fasce di età della medicina predittiva e diagnostica, di norma, si esauriscono nella logica delle diagnosi di esclusione; nelle fasce di età over 65 le stesse prestazioni, per oltre il 40% dei casi, introducono nei percorsi di conferma, e gestione, della cronicità; l'ipotesi è confortata dalla significativa percentuale di riproposizione della stessa visita, nella sottopopolazione over 65. L'epigenetica introduce la medicina personalizzata come naturale e nuova frontiera di cura, con la conoscenza, che la medicina narrativa rende possibile, della particolare e unica storia di ciascuna persona malata; cronicità, fragilità, fragilità senza comorbidità, resilienza, complessità perché a fenotipi apparentemente uguali corrispondono epigenomi diversi. La prima visita clinica per alcune specialità, definite con apposito atto, per la sottopopolazione over 55/60 dovrà essere organizzata con tempi sufficienti per un corretto esercizio della medicina narrativa; gli ambulatori specialistici dovranno assicurare, tra i requisiti informativi richiesti dalla normativa di accreditamento, la memoria dei contenuti clinici della stessa resa disponibile tramite specifici *repository* aziendali per i successivi incontri clinici che, di norma, richiede una condizione cronica, programmati e organizzati con competenze dedicate (Agende di *follow up*).

E' di evidenza come i modelli a maggior efficacia ed efficienza per la cura di condizioni, quali la cronicità, ad alta prevalenza nella popolazione, si giovino di un rapporto organizzato e coordinato dei saperi specialistici e della medicina generale ed è, altresì, noto come l'accessibilità alle cure condizioni i risultati delle cure, in particolare per le sottopopolazioni interessate da malattie croniche caratterizzate da età anziana, disabilità, e in parte significativa, anche da condizioni socio economiche e/o culturali medio-basse. Le Case della Salute, presidi di salute strutturalmente vicini al cittadino, possono rappresentare il luogo organizzato per la disponibilità ed offerta di cure ambulatoriali complesse in cui medicina generale e specialistica possono incontrarsi con densità di presenza specialistica (intesa nella sua tipologia disciplinare) coerente ai bisogni epidemiologici di quella popolazione. A maggior bisogno, maggiori e più accessibili risposte: cardiologia, neurologia, oculistica occupano le posizioni di *ranking* più elevato nella figura 8 e si impongono quali competenze specialistiche da privilegiare nei progetti di UCCP territoriali sia come offerta di primo accesso che come proiezione di Agende di *follow up*.

2.3La visita di controllo e la visita/richiesta di riesame. Dai saperi organizzati, i Pdta, all'organizzazione dei saperi: le piattaforme per la cronicità.

L'efficienza e l'efficacia delle attività sanitarie beneficiano della capacità di modificare e adattare l'organizzazione dei processi di cura, disegnando aree specifiche per gli aspetti più rilevanti, per

dimensione, intensità o complessità. Disegnare, per le prevalenti condizioni, e patologie, croniche, piattaforme specifiche di competenze specialistiche e diagnostiche secondo il disegno delle evidenze riassunte nei P.D.T.A, da rendere disponibili in continuità, e reciproca responsabilità, alle nuove organizzazioni territoriali della medicina generale (AFT), rappresenta un obiettivo essenziale. Per ciascuna condizione o patologia, di interesse, con riferimento prioritario alle condizioni o patologie afferenti al *chronic care model*, le Aziende provvederanno a definire specifiche disponibilità specialistiche, sia cliniche che diagnostico strumentali, organizzate sotto forma di Agenda di prenotazione, dimensionate secondo fabbisogni misurati e concordati nei budget territoriali, accessibili, per modalità di prenotazione, al solo Medico di Medicina generale della AFT di riferimento. Per alcune condizioni cliniche, tale disponibilità si estenderà, per esigenze di immediata consulenza, alla possibilità di un rapporto telefonico diretto del MG con lo Specialista di riferimento, secondo gli orari e il calendario della assistenza territoriale e domiciliare. Una gestione di qualità delle condizioni di cronicità richiede, altresì, un ulteriore arricchimento del vocabolario e degli strumenti di comunicazione tra la Medicina generale e la Specialistica di riferimento; la visita di “controllo”, necessariamente standardizzata nella tempistica dei processi di cura consolidati, è strumento eccessivamente rigido rispetto alla variabilità biologica individuale. Introdurre nel rapporto specialista / mg la possibilità del riesame ove le cure, o il decorso della condizione clinica, osservata sono diverse dall’atteso consente di personalizzare i processi di cura. La Visita di riesame, che integrerà il Nomenclatore delle prestazioni specialistiche toscano con una tempistica di esecuzione e un valore tariffario pari alla prima visita, alimenta, con la visita di controllo, la specifica Agenda di prenotazione per il *follow up*, ed è direttamente prenotabile dal MG. Le piattaforme per la cronicità sono visibili nel sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie CUP ma non sono prenotabili tramite le modalità ordinarie del sistema CUP. Per alcune condizioni di cronicità, demenze, Alzheimer, come esempio, le piattaforme prevederanno, contestualmente alla funzione ambulatoriale e domiciliare, anche funzioni di cura in regime di residenzialità, ove la residenzialità temporanea risulti, secondo evidenza, parte necessaria dei processi di cura, quale, nella malattia di Alzheimer, la gestione dei disturbi psico-comportamentali acuti.