



**ISTITUTO REGIONALE
DI RICERCA
DELLA LOMBARDIA**

Analisi delle esperienze in corso a livello nazionale
e regionale per lo sviluppo di nuovi modelli
finalizzati al miglioramento del
servizio sanitario, attraverso il potenziamento
dell'accessibilità e fruibilità delle prestazioni dei
medici di medicina generale

Codice IReR: 2008B040

*Project leader: Alberto Brugnoli
Assistente al Coordinamento: Paolo Vignali*

Rapporto finale

Milano, novembre 2008

La ricerca è stata affidata all'IReR dalla Direzione Generale Sanità nell'ambito del Piano di ricerche di interesse regionale 2008.

Responsabile di progetto: Alberto Brugnoli, IReR

Assistente al coordinamento: Paolo Vignali, IReR

Gruppo di lavoro tecnico: Caterina Tridico, responsabile regionale di ricerca, D.G. Sanità; Daniela Martelli, D.G. Sanità; Paola Donnarumma, D.G. Sanità

Gruppo di lavoro: Paolo Cervini, responsabile scientifico Tefen Venture consulting; Gabriele Rosani, responsabile scientifico Venconsulting-Limited

Indice	
Parte prima	
<i>Italia</i>	5
<i>Introduzione</i>	7
Capitolo 1	
<i>Analisi del sistema remunerativo italiano</i>	17
Capitolo 2	
<i>Mappatura delle esperienze organizzative innovative sul territorio nazionale</i>	17
2.1. UTAP	17
2.2. Case della Salute	20
2.2.1 Analisi di dettaglio: evidenze emerse	26
Capitolo 3	
<i>Mappatura dei sistemi di informatizzazione presenti sul territorio italiano</i>	31
3.1. Il Progetto CSR-SISS	35
3.2. Il Progetto SOLE	37
3.3. Il Progetto IESS	39
3.4. Il Progetto SISRCR	40
Capitolo 4	
<i>Allargamento delle competenze dei MMG</i>	41
4.1. Il caso Regione Lombardia	42
Capitolo 5	
<i>I Progetti della Regione Basilicata</i>	45
Parte seconda	
<i>Estero</i>	49
<i>Introduzione</i>	51
Capitolo 6	
<i>Le esperienze mappate sul territorio inglese</i>	53
6.1. Remunerazione	54
6.2. Informatizzazione	58
6.3. Organizzazione	61
6.4. Competenze	61
Capitolo 7	
<i>Le esperienze mappate sul territorio spagnolo</i>	67
7.1. Organizzazione	68

7.2. Informatizzazione	69
Parte terza	
<i>Conclusioni</i>	71
Capitolo 8	
<i>Conclusioni dell'analisi di mappatura</i>	73
Capitolo 9	
<i>Ipotesi di modello futuro</i>	79
Capitolo 10	
<i>Ipotesi di percorso di sviluppo del modello futuro</i>	83
Allegato	
<i>Le case della Salute in Emilia Romagna</i>	87

Parte prima

Italia

Introduzione

Come descritto anche dalla Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG), l'impostazione attuale della Medicina Generale si può far risalire alla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (legge 833, 23 dicembre 1978). In quella cornice normativa il medico di medicina generale aveva una giusta collocazione: al centro del Servizio e al fianco del cittadino. Tuttavia la configurazione del ruolo del medico di medicina generale aveva anche gravi limiti:

- lo status di “libero professionista convenzionato” nell'ambito di una organizzazione programmata, governata e gestita da dipendenti, che non consente di contare su diritti certi di parificazione funzionale con gli stessi; è questo un fattore che ostacola lo sviluppo di un sistema di cure primarie più adatto ad affrontare i problemi di salute attuali dei cittadini.
- La retribuzione fondata, prevalentemente, sulla quota capitolaria, comprensiva delle spese necessarie all'erogazione delle prestazioni, che ha impedito alla medicina generale di progredire; è evidente infatti che un simile sistema di retribuzione porti la maggior parte dei medici, come qualsiasi altro professionista, a minimizzare le spese per massimizzare i guadagni. Non esistono altresì strumenti di facilitazione per gli investimenti in beni strumentali.
- La concorrenza fra singoli medici, determinata dalla differenza fra i criteri di dimensionamento della pianta organica – il cosiddetto “rapporto ottimale” (un medico ogni 1.000 assistibili ma con la possibilità di acquisire un numero molto maggiore di scelte, fino a 1.500), che è stata voluta dalla parte pubblica allo scopo di favorire una concorrenza non sempre rivelatasi “qualitativa” fra i singoli medici.

I finanziamenti disponibili venivano quindi veicolati a favore della dipendenza, mentre la medicina generale restava indietro sul piano organizzativo, dello sviluppo delle competenze specifiche e della capacità di erogare direttamente prestazioni. E i MMG (Medici di Medicina Generale) si sono generalmente concentrati a conquistare e conservare il maggior numero possibile di assistiti, coltivando così isolamento e

autoreferenzialità. Queste situazioni hanno creato l'emarginazione che a tutt'oggi rende difficile l'inserimento a pieno titolo nel SSN da parte dei MMG.

La politica "ospedalocentrica" della sanità italiana ha consentito all'organizzazione ospedaliera di espandersi e perfezionarsi, mentre ha costretto la Medicina Generale a essere finanziata con importi preventivati all'atto della stipula degli ACN, in costanza di addetti. Gli ospedali hanno anche goduto degli investimenti strutturali, dai quali la MG è stata esclusa.

Con l'introduzione dell'aziendalizzazione e dei DRG, l'attenzione dei manager delle ASL si è rivolta per la gran parte alle voci che avevano acquisito più consistenza, quindi l'ospedale e le voci correlate alla dipendenza.

Le voci relative all'ospedale e ai dipendenti in genere hanno assunto il significato di vincoli difficilmente modificabili e hanno costretto le Regioni ed ASL ad orientare le loro strategie per il pareggio di bilancio verso maggiori entrate, arrivando ad aumentare appositamente l'offerta per pareggiare le voci di costo.

Inoltre il sistema sanitario italiano evidenzia una serie di problematiche che un diverso rapporto tra MMG e Specialisti potrebbe contribuire ad affrontare in modo efficace. In Italia, attualmente, il rapporto tra Medico Generale e Specialista si configura generalmente come un rapporto impersonale tra il Medico Generale, che può operare individualmente oppure nell'ambito di un gruppo di Medici Generali, ed una struttura sanitaria di II livello. L'attuale modello organizzativo italiano è spesso insoddisfacente sia dal punto di vista dello Specialista, che non ottiene un adeguato controllo sulla qualità della gestione della patologia nel territorio attraverso scambi con i Medici Generali, sia per il Medico Generale, che, pur disponendo di una vasta scelta di opzioni gestionali, spesso non trova un punto di riferimento per un corretto management del paziente.

Diverse esperienze hanno evidenziato che, quando sono chiamati ad operare in un contesto simile, il Medico Generale e lo Specialista si discostano poco nei risultati diagnostici ottenuti. Differente rimane il contesto in cui lo Specialista ed il Medico Generale sono chiamati ad intervenire: lo specialista deve dirimere dubbi in situazioni specifiche (comportamento orientato sulla patologia), il Medico Generale è tenuto ad una accorta gestione del paziente tesa ad evidenziare possibili situazioni pericolose partendo da un complesso aspecifico di sintomi sfumati, per lo più nelle fasi precoci della patologia (comportamento orientato sul paziente).

Framework dell'analisi

Per analizzare l'evoluzione del Sistema della Primary Care in Italia è stato formulato un framework composto da quattro fattori principali, i “quattro assi del cambiamento”(Figura 1):

1. Introdurre un sistema remunerativo più incentivante;
2. Decentrare parte dell'assistenza dall'ospedale al territorio;
3. Coinvolgere il MMG all'interno del processo di informatizzazione del sistema sanitario;
4. Riconoscere competenze al Medico Generale, che, attraverso l'adeguamento del percorso formativo alle normative europee, si avvia ad essere uno specialista nella relazione assistenziale di primo livello.

Figura 1 - I quattro assi del cambiamento



Fonte: elaborazione IReR

Negli ultimi anni l'evoluzione normativa nel campo sanitario ha teso perseguire alcuni importanti obiettivi, in particolare:

- riallocare risorse e servizi dagli ospedali al territorio

- riorganizzare il sistema delle Cure Primarie attraverso un processo di riassetto organizzativo che comporti un maggior coinvolgimento dei MMG
- sperimentare nuove modalità erogative che favoriscano l'integrazione tra MMG e altre professionalità sanitarie
- garantire continuità assistenziale e terapeutica 24h e sette giorni su sette
- migliorare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini consentendo l'interscambio informativo tra il SSR e lo Stato
- creare database che contengano la storia clinica di ciascun individuo
- introdurre un sistema remunerativo più incentivante

Nello specifico, negli ultimi anni, diversi sono i riferimenti normativi che hanno affrontato il problema delle Cure Primarie, i quali possono essere raggruppabili in due macro-classi¹. La prima fa maggiormente riferimento agli aspetti organizzativo/remunerativo:

1. l'Accordo Stato Regioni del 2004 sancisce l'accordo per l'elaborazione di progetti specifici nell'ambito delle Cure primarie favorendo lo sviluppo di forme innovative di organizzazione dell'assistenza primaria, attraverso nuove modalità aggregative dei medici che operano nell'ambito della primary care;
2. l'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 2005, oltre a confermare le forme associative già previste, ha stabilito che le Regioni prevedano, in via sperimentale e con la partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle UTAP, strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone;
3. l'Accordo Stato Regioni del 9 febbraio 2006 conferma la necessità di organizzare meglio il territorio spostando risorse e servizi che oggi sono ancora assorbiti dagli ospedali e spostando fortemente l'attenzione sui MMG e PLS ai quali si è chiesto di intraprendere un cammino che porti al superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme aggregate ed integrate di organizzazione che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini h 24 7 giorni a settimana;
4. il Piano Sanitario Nazionale 2006 -2008 tra gli elementi di rinnovamento del S.S.N. pone la riorganizzazione delle Cure Primarie da espletarsi attraverso il sempre più crescente coinvolgimento dei MMG e PLS nel governo della domanda e di percorsi sanitari che vedono l'integrazione di molteplici figure professionali;

¹ Ministero della Sanità.

5. la Legge finanziaria 2007 prevede l'istituzione di un fondo per il cofinanziamento di progetti regionali su specifiche materie considerate di particolare interesse sanitario, fra cui la sperimentazione del modello assistenziale Case della Salute;
6. l'Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2007 preve che il 25% delle risorse sia destinato al tema delle cure primarie con riferimento anche alla sperimentazione della Casa della Salute.

La seconda macro-classe normativa fa riferimento all'aspetto di informatizzazione del sistema sanitario:

1. la conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 ha siglato l'Accordo Quadro per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS). Il disegno di un nuovo sistema informativo sanitario si propone quale strumento essenziale per il governo della sanità a livello nazionale, regionale e locale e per migliorare l'accesso alle strutture e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini – utenti;
2. la conferenza Stato-Regioni del 2003 ha approvato il progetto “Mattoni del SSN” per favorire l'interscambio informativo tra le regioni e lo stato, con l'obiettivo di omogeneizzare i dati utili alla costruzione di database comuni;
3. nel 2004 è stato costituito il Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica (TSE) con l'obiettivo di armonizzare le politiche di sanità elettronica delle regioni.

Le quattro direttrici strategiche sopra citate hanno un forte impatto sul ruolo del MMG all'interno del sistema sanitario, comportando essenzialmente uno spostamento dello stesso da una situazione di relativa marginalità ad un ruolo centrale all'interno del SSN, come si può vedere dalla Tabella 1.

Tabella 1 - Evoluzione del ruolo del MMG

	Ruolo tradizionale del MMG	Evoluzione in atto del ruolo del MMG
Integrazione con gli altri operatori	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tendenza da parte dei MMG all'isolamento e all'autoreferenzialità ▪ Limitato dialogo fra MMG e Specialisti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maggiore coinvolgimento dei MMG nel governo della domanda e dei percorsi sanitari ▪ Interfacciamento con altri operatori (es. Specialisti)
Conoscenza/ disponibilità di informazioni	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conoscenza non completa della storia clinica dei propri pazienti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migliore comunicazione tra MMG e ospedale sulla gestione del paziente attraverso la realizzazione di forme aggregate di cure primarie ▪ Piena conoscenza da parte del MMG della storia clinica dei propri pazienti grazie all'utilizzo di strumenti informatici
Aggiornamento professionale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Episodico e frammentato 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilità di formazione continua on-line
Sistemi di compensation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retribuzione in base alla quota capitaria (non sono presenti incentivi) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibile disegno di incentivi per i MMG che partecipano allo sviluppo delle nuove forme aggregate
Competenze	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitate al classico ruolo di medico generico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampliate grazie alla possibilità di erogare alcune prestazioni diagnostiche di primo livello

Fonte: elaborazione IReR

Capitolo 1

Analisi del sistema remunerativo italiano

All'interno della nostra analisi il primo asse che abbiamo analizzato è relativo all'aspetto remunerativo della medicina generale.

In particolare nel gennaio 2005 viene stipulato tra lo Stato e le Regioni l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN), all'interno del quale viene stabilito il nuovo contratto per la medicina generale. Tale accordo impatta su tre diversi livelli di contrattazione: nazionale, regionale, aziendale. Il livello nazionale stabilisce:

- le garanzie per i cittadini;
- il ruolo, il coinvolgimento nell'organizzazione e programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato;
- i servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza;
- la struttura del compenso;
- la responsabilità delle istituzioni (Regioni e Aziende) nei confronti della piena applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Il livello di negoziazione regionale definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati.

Il livello negoziale aziendale definisce i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

La struttura del compenso dovrebbe essere sintonizzata con il perseguimento degli obiettivi di salute programmati, con un adeguato equilibrio fra la parte del compenso legata ad automatismi e quella legata agli obiettivi e alle prestazioni definite dalle programmazioni regionali e aziendali.

La remunerazione dei MMG è composta da una parte fissa e una variabile, in particolare è strutturata come segue:

- a) quota capitaria ponderata per classi di età degli assistiti, negoziata a livello nazionale;
- b) quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, compresi la medicina associata, l'adesione a progetti informatici regionali, l'assunzione di personale infermieristico;
- c) quota per servizi calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale comprendente prestazioni aggiuntive, come ad esempio l'assistenza domiciliare integrata, prestazioni ed attività in strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche.

La quota capitaria è pari a 38,62 € ponderata per gli anni di convenzionamento del medico; nella Tabella 1.1 è indicato l'adeguamento per assistito relativo agli anni di anzianità del convenzionamento (aa).

Tabella 1.1 - Adeguamento remunerativo per anni di anzianità

	da 0 a 13 aa	da 13 a 20 aa	oltre 20	oltre 27
fino a 500 assistiti	13,73	15,56	17,26	18,46
Fino a 600	11,50	13,19	14,98	16,21
fino a 700	9,10	10,82	12,61	13,83
fino a 800	7,54	9,05	10,86	12,10
fino a 900	5,96	7,75	9,50	10,75
fino a 1000	4,94	6,75	8,53	9,74
fino a 1100	4,10	5,91	7,67	8,91
fino a 1200	3,42	5,20	6,99	8,23
fino a 1300	2,84	4,63	6,43	7,65
fino a 1400	2,35	4,15	5,93	7,14
oltre 1400 assistiti	1,91	3,70	5,49	6,73

Fonte: Accordo Collettivo Nazionale

La parte variabile del compenso è legata principalmente a tre aspetti: l'attività in una delle forme previste dalla legge² da diritto ad un compenso che può variare tra i 2,7 € e i 7 € per assistito a seconda della forma associativa di cui il medico fa parte; l'assunzione di un collaboratore di studio o di personale infermieristico da diritto a 3,5-4 € per assistito; l'adesione ad eventuali sistemi informatici implementati dalla regione di appartenenza da diritto ad un forfettario pari a 77,5 € mensili.

² Equipes territoriali, medicina in associazione, medicina in rete, medicina di gruppo, forme sperimentali.

La quota variabile del compenso viene indicata all'interno dell'ACN ma viene data libertà alle regioni di modificare gli importi, tenendo immutata la struttura, tramite l'Accordo Integrativo Regionale.

Come si evince la struttura remunerativa così stabilita, lascia un margine di manovra molto ridotto alle singole regioni; per questo motivo ad oggi non sembrano emergere modelli/sperimentazioni innovativi a livello locale.

Capitolo 2

Mappatura delle esperienze organizzative innovative sul territorio nazionale

Il secondo “asse del cambiamento” riguarda i sistemi organizzativi innovativi che sono stati avviati in alcune regioni italiane con l’obiettivo di rendere più vicina la sanità al cittadino e che prevedono un ruolo centrale del MMG come figura professionale responsabile della presa in carico del paziente da parte del sistema sanitario.

Svolgendo un’analisi di mappatura sul territorio italiano emerge che le strutture più innovative sono riconducibili a due gruppi: le UTAP e le Case della Salute.

2.1. UTAP

Per rispondere al bisogno di deospedalizzare il sistema sanitario da un lato e di garantire un maggiore coinvolgimento dei MMG nel governo della domanda e dei percorsi sanitari dall’altro, con l’Accordo Stato-Regioni del 2004 nascono le UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria),

“presidi integrati per le cure primarie che prevedono l’associazione di più medici (MMG, PLS, Specialisti) che operino in una sede unica, garantendo un grado d’integrazione tra medicina di base e specialistica e consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica d’elezione³”.

Le UTAP sono quindi strutture polivalenti in grado di erogare in uno stesso spazio fisico un insieme integrato di prestazioni per un bacino di utenza variabile tra i 10.000 e i 15.000 abitanti. L’obiettivo di queste strutture organizzative è quello di garantire la continuità delle cure attraverso il coordinamento funzionale dell’attività dei MMG, dei Pediatri di libera scelta e dei medici specialistici.

³ Accordo Stato-Regioni, 29 Luglio 2004

È previsto che le strutture siano dotate di supporti tecnologici per aumentare il livello del servizio offerto attraverso il collegamento informatico sia orizzontale tra i diversi professionisti che lavorano all'interno dell'UTAP sia verticale con l'eventuale sistema informativo implementato dalla regione di appartenenza e sia attraverso l'utilizzo della telemedicina che, in particolare per le aree più disagiate, può garantire una miglior gestione del paziente.

L'UTAP va concepita come centro attivo e dinamico della comunità locale che intercetta la domanda dei cittadini e la soddisfa con un modello organizzativo correlato alla popolazione assistita. Dal punto di vista organizzativo è composta dalle aree sanitaria, sociosanitaria, sociale e amministrativa.

Il Ministero della salute ha effettuato nell'anno 2006 un'analisi ricognitiva delle forme di aggregazione della medicina generale e dei modelli organizzativi innovativi esistenti sul territorio nazionale.

L'obiettivo di questa indagine era quello di pervenire, a livello nazionale e di ciascuna Regione, alla conoscenza, seppure in termini indicativi, delle dimensioni sulla costituzione delle UTAP.

Il metodo utilizzato è stato quello dell'indagine conoscitiva condotta con la richiesta di partecipazione delle ASL attraverso un questionario composto da domande riguardo l'attivazione delle UTAP.

Sono pervenuti 150 questionari compilati che riferiti alle 195 Aziende Sanitarie Locali presenti sul territorio nazionale costituiscono il 76,92 % che in termini di adesione all'iniziativa per macroaree risulta così distribuita:

- nord: su 86 aziende sanitarie locali hanno risposto 74, pari al 86,0%;
- centro: su 41 aziende sanitarie locali hanno risposto 25, pari al 60,9%;
- sud: su 51 aziende sanitarie locali hanno risposto 33, pari al 68,62%;
- isole: su 17 aziende sanitarie locali hanno risposto 17, pari al 100%.

In particolare le UTAP risultano così distribuite sul territorio nazionale:

Tabella 2.1 - Distribuzione UTAP sul territorio

REGIONE	N ASL	N questionari pervenuti	Popolazione totale aziendale riferita ai questionari	Numero dei MMG	Numero dei PLS	Numero dei MCA	Numero UTAP attivate		
							Modello Base	Modello Avanzato	Modello socio-sanitario
Piemonte	22	17	3.119.453	2821	352	475	0	1	0
Valle D'Aosta	1	np	np	np	np	np	0	0	0
Lombardia	15	14	8.916.625	6395	1024	1167	12	10	0
P. Bolzano	4	4	473.395	250	50	24	0	2	0
P. Trento	1	1	502.478	394	80	94	0	0	0
Veneto	21	19	4.765.948	3082	485	706	0	0	2
F. V.Giulia	6	3	594.970	502	61	81	0	0	0
Liguria	5	4	1.331.471	1.157	150	224	0	0	0
E.Romagna	11	11	4.187.463	3297	557	789	86	75	43
Toscana	12	7	1.308.316	853	116	344	0	3	0
Umbria	4	4	846.621	757	105	230	0	0	0
Marche	13	6	753.840	696	93	161	0	0	0
Lazio	12	9	4.416.238	3988	614	470	0	1	0
Abruzzo	6	4	903.246	760	126	272	0	0	0
Molise	4	1	309.844	270	34	200	0	0	0
Campania	13	9	3.935.468	2982	489	1044	0	0	0
Puglia	12	4	2.564.261	2143	372	625	1	0	0
Basilicata	5	5	607.767	516	69	484	0	0	0
Calabria	11	6	859.194	688	119	547	0	0	0
Sicilia	9	9	5.203.872	4207	825	155	0	0	0
Sardegna	8	8	1.618.167	1347	224	965	0	0	0
Italia	195	150	47.218.637	37.105	5945	10813	91	92	46

Fonte: Ministero della Sanità

Come si può notare dalla Tabella 2.1 le UTAP risultano essere concentrate prevalentemente in poche regioni del Centro-Nord (in particolare Emilia-Romagna e Lombardia).

2.2. Casa della Salute

La costituzione della Casa della Salute è riconducibile alla legge Finanziaria 2007; rappresenta un'evoluzione lungo il percorso di avvicinamento del sistema sanitario al cittadino.

La Casa della Salute è una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del distretto (per un bacino corrispondente a circa 10-15.000 abitanti). La Casa della salute rappresenta il contesto in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare ed in team degli operatori e in cui può operare l'insieme del personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di base (che vi eleggeranno il proprio studio associato), gli specialisti ambulatoriali.

La Casa della Salute è un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate tra loro, in cui: si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio sanitarie che lo riguardano; si persegue la prevenzione orizzontale e per tutta la vita; si attiva un'assistenza domiciliare delle cure a forte integrazione multidisciplinare. La Casa della Salute è una sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati.

In sintesi la Casa della Salute:

- a. garantisce la continuità assistenziale e terapeutica nell'arco delle 24 ore e sette giorni su sette;
- b. assicura un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda;
- c. promuove e valorizza la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro organizzazioni, assicurando forme di programmazione dei servizi e di valutazione dei risultati nei vari presidi e servizi;
- d. contribuisce alla ricomposizione delle separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzando concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti ed integrando operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
- e. organizza e coordina le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
- f. sviluppa programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;
- g. mantiene, tramite il distretto, rapporti regolari di collaborazione con l'ospedale di riferimento, anche in relazione alla definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate e protette;

- h. favorisce il controllo collegiale delle attività, e la valutazione degli outcomes interno ed esterno ai servizi;
- i. offre occasioni di formazione permanente degli operatori.

Per la Casa della Salute si potrebbero utilizzare strutture sanitarie o amministrative dismesse, per esempio a seguito della riconversione di piccoli ospedali o presidi da ristrutturare, ma anche edifici messi a disposizione dei Comuni, ambienti acquisiti dal mercato edilizio, sedi specificamente progettate ed edificate.

Da punto di vista organizzativo all'interno della Casa della Salute vi sono diverse aree: l'Area dei Servizi Sanitari, l'Area dei Servizi Socio-Sanitari, l'Area dei Servizi Socio-Amministrativi.

Area dei Servizi Sanitari

La vastità e la completezza dei servizi sanitari offerti può variare a seconda sia delle esigenze del bacino di utenza sia dei budget e delle strutture disponibili.

Una struttura completa per un bacino di utenza ampio dovrebbe prevedere i seguenti servizi.

Ambulatorio di prime cure e per le piccole urgenze

Deve essere sempre disponibile, aperto nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale.

Ambulatorio dei Medici di Medicina Generale

Non è obbligatorio che tutti i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta dell'area di riferimento trasferiscano il loro studio nella Casa della Salute. In ogni caso, la Casa della Salute costituisce la sede del coordinamento per le attività comuni di tutti i medici di medicina generale, sia che operino esclusivamente all'interno sia che mantengano il proprio studio al di fuori della nuova struttura. I medici di famiglia e i pediatri di libera scelta che si renderanno disponibili avranno ambulatori propri con sale di attesa, spazi per attività collegiali, servizi di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche e informatiche (Telemedicina e Teleconsulto), servizi d'informazione direttamente collegati con il Centro Unificato di Prenotazione (sportello), archivio informatizzato delle cartelle cliniche, ecc.

L'organizzazione dipartimentale delle attività salvaguarda l'autonomia professionale di ogni medico di famiglia e pediatra di libera scelta e garantisce, allo stesso tempo, tutte quelle possibilità di scambio, di informazione, di consulenza, di lavoro comune, di aggiornamento che consentono di disporre sul territorio di un'équipe interdisciplinare che si faccia carico della cura delle persone e, insieme, della salute della comunità.

Continuità assistenziale

Sette giorni su sette, 24 ore al giorno alla cui realizzazione contribuisco le diverse figure professionali coinvolte (medici e infermieri in primis) attraverso forme di coordinamento oggi ancora difficili da realizzare e praticamente assenti.

Ambulatorio infermieristico

Gli infermieri, pur mantenendo una propria autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i medici di medicina generale nei moduli operativi integrati: l'Unità di Valutazione Multidimensionale, gli ambulatori, i Consultori, l'ADI, il Centro diurno, la Residenza Sanitaria Assistenziale.

Attività specialistiche

Gli ambulatori specialistici, con aree e orari adeguati, possono essere diversi, con diversa frequenza settimanale, sulla base delle esigenze del bacino di utenza servito, utilizzando tanto gli specialisti convenzionati che quelli dipendenti dalla struttura ospedaliera.

Area dei Servizi Socio-Sanitari

Anche in questo caso i servizi possono essere variamente rappresentati in funzione delle esigenze di programmazione e dei diversi bisogni della comunità di riferimento e possono comprendere i seguenti servizi.

SERT

Dotati di spazi autonomi ma coordinati con i servizi di cure primarie, i servizi sociali e le attività di aiuto per contrastare la dipendenza da alcool e da sostanze stupefacenti.

Centri diurni

Svolgono attività di supporto assistenziale per persone non autosufficienti che di giorno non possono restare in famiglia. In questa sede possono essere organizzate anche attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Il Centro diurno rappresenta un anello fondamentale della rete territoriale di assistenza sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria ed ha una dotazione variabile di posti, in rapporto al bacino di utenza servito.

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'ADI deve disporre di una propria sede e di mezzi di trasporto. Le attività devono essere in gran parte proiettate al domicilio, salvo le fasi di programmazione, di coordinamento delle attività, di approfondimento dei casi che sono svolte nella Casa della salute. L'ADI è costituita da un'équipe composta dal medico di famiglia competente per il caso, da infermieri, da assistenti sociali, da operatori sociosanitari, da specialisti che intervengono secondo le necessità rilevate dall'Unità di Valutazione Multidimensionale e dal medico di medicina generale nel corso del trattamento.

Consultorio familiare e ambulatorio andrologico

Rappresentano la sede di promozione della salute della donna e del bambino, dell'educazione alla vita degli adolescenti, per la preparazione dei giovani alla vita matrimoniale, per la prevenzione dell'infertilità, per l'educazione della donna al parto, per il contrasto delle pratiche abortive, per la prevenzione dei rischi nel campo della maternità e infanzia.

Unità di valutazione multidimensionale

L'attività è direttamente collegata alla rete dei servizi e definisce le procedure di effettiva presa in carico del paziente portatore di patologie complesse, con particolare riferimento a quelle cronico-degenerative.

Area dei servizi Socio-Amministrativi

In questo spazio oltre a trovare collocazione i servizi sociali e il volontariato sono concentrate le attività amministrative e di supporto ai medici e agli altri operatori della Casa della Salute.

Uffici per il Servizio sociale

Rappresentano un'area riservata e finalizzata per colloqui, accoglienza, per il pronto intervento sociale, da attivare anche con l'apporto delle Associazioni del Volontariato. La dimensione di questo spazio varia in ragione della consistenza delle attività sociali che possono essere attivate nella Casa della Salute o attraverso la Casa della Salute.

Attività amministrative

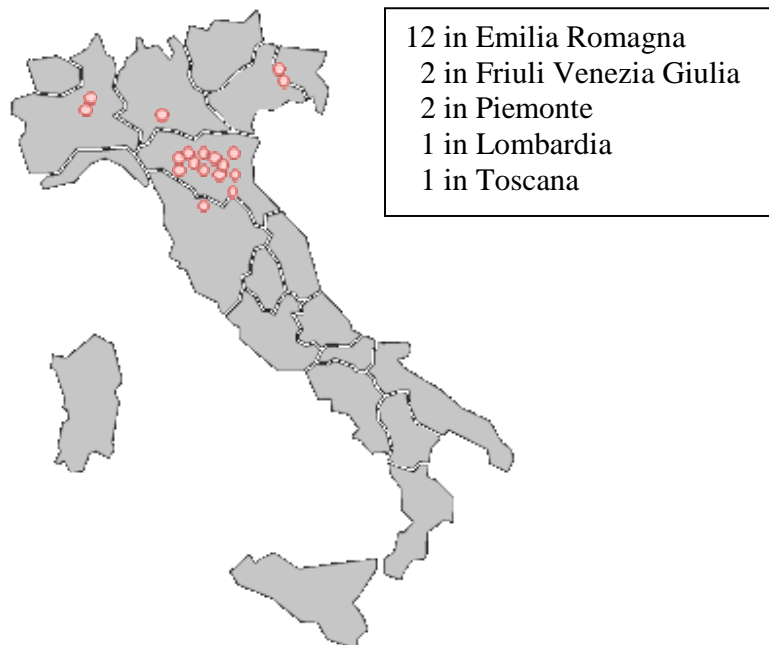
La Casa della Salute dispone di attività amministrative per il governo della struttura per l'informazione e la comunicazione con i cittadini, per il supporto delle attività sanitarie e sociali svolte nella Casa della Salute, in modo da semplificare i percorsi assistenziali dei cittadini e da "liberare" gli operatori, in particolare i medici di famiglia, dalle incombenze burocratiche che ne limitano e complicano l'esercizio della professione.

Tecnologie informatiche

Teleconsulto, telediagnosi clinica, teleassistenza e tele monitoraggio rappresentano sistemi che possono essere alla portata della medicina delle cure primarie per collaborazioni a distanza con centri diagnostici e di alta qualificazione.

Da un'analisi di mappatura delle realtà presenti sul territorio italiano emerge che anche le Case della Salute, così come le UTAP, sono collocate prevalentemente in poche regioni del Centro-Nord, come si può vedere dalla cartina sottostante (Figura 2.1).

Figura 2.1 - Distribuzione Casa della Salute sul territorio



Fonte: elaborazione IReR

Le Case della Salute mappate sono state analizzate lungo due diversi assi: Gamma Servizi Offerti e Asset.

All'interno della Gamma Servizi Offerti le realtà catalogate sono state analizzate in base a:

- copertura, 12h o 24h
- n° MMG presenti nella struttura
- n° di specialità offerte nella struttura
- presenza di in Punto Unico di Accesso
- gestione interna alla struttura dell'Assistenza Domiciliare Integrata
- presenza di Consulteri all'interno della struttura

Per quanto riguarda gli Asset presenti nella Casa della Salute, si riferiscono a:

- presenza di piccoli Ambulatori per la cura di emergenza di lieve gravità
- presenza di strumentazione diagnostica radiologica (es. RX)
- implementazione di un sistema di Telemedicina

I risultati di tale analisi sono stati sintetizzati nella Tabella 2.2:

Tabella 2.2 - Caratteristiche Case della Salute mappate

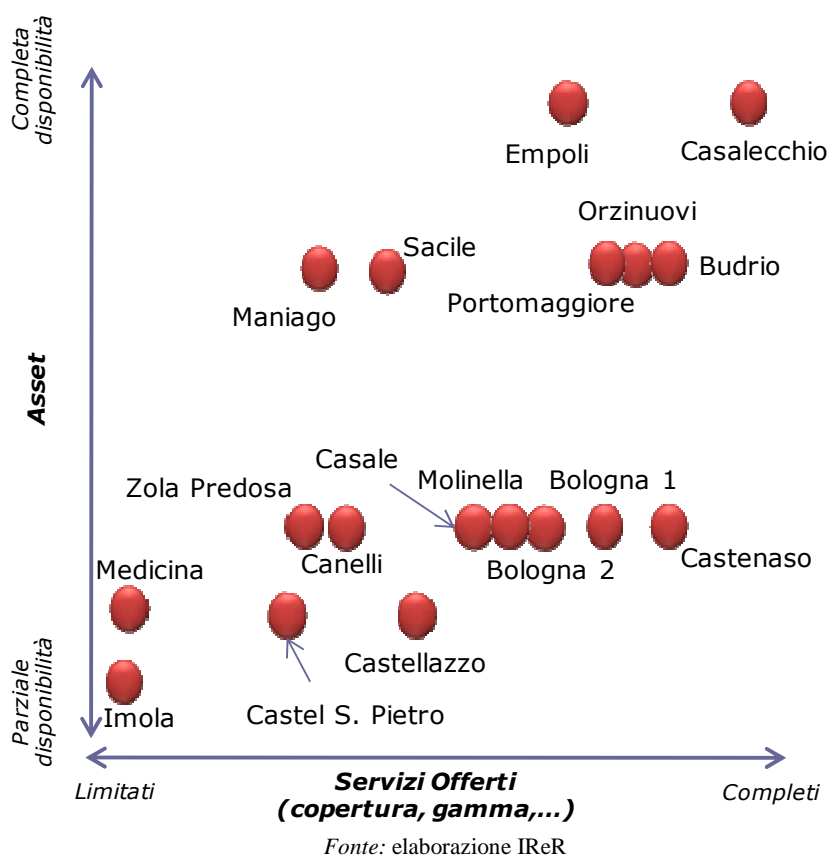
SSR	Località	Data apertura	Gamma Servizi offerti						Asset		
			Copertura	N° MMG	N° Specialità	PUA	ADI	Consultori	Ambulatorio	Radiologia	Telemedicina
Lombardia	Orzinuovi	2006	12h	19	16	si	si	no	no	no	no
Emilia Romagna	Imola	2007	12h	11	0	no	si	no	no	no	no
	Castel S. Pietro	2000	12h	21	3	no	si	no	si	no	no
	Medicina	2006	12h	16	0	no	si	no	si	no	no
	Castenaso	2007	12h	6	11	si	si	si	si	no	no
	Portomaggiore	2008	12h	16	11	si	si	si	si	si	no
	Bologna 1	2008	24h	6	5	si	si	si	si	no	no
	Bologna 2	2008	12h	5	9	si	si	no	si	no	no
	Casalecchio	2009	12h	5	22	si	si	si	si	si	si
	Budrio	2007	12h	7	16	si	si	no	si	no	si
	Casale	2007	12h	7	14	si	si	si	si	no	no
	Molinella	n.d.	12h	6	12	si	si	si	si	no	no
Zola Predosa	2001	12h	5	9	si	si	si	si	no	no	
Friuli VG.	Maniago	2002	12h	5	7	si	si	si	si	si	no
	Sacile	2006	12h	2	10	si	si	si	si	si	no
Toscana	Empoli	2008	12h	8	5	si	si	si	si	si	si
Piemonte	Castellazzo	n.d.	12h	n.d.	1	si	si	si	si	no	no
	Canelli	n.d.	24h	n.d.	n.d.	no	si	no	si	si	no

Fonte: elaborazione IReR

2.2.1. Analisi di dettaglio: evidenze emerse

In base ai dati contenuti nella Tabella 4 è possibile effettuare una valutazione qualitativa delle esperienze mappate, come indicato dal grafico sottostante (Figura 2.2).

Figura 2.2 - Valutazione qualitativa Case della Salute mappate



Come si può notare osservando il grafico, esiste una notevole variabilità delle soluzioni adottate sia in termini di asset sia in termini di servizi offerti.

Per comprendere le cause di tale variabilità sono state effettuate interviste sia a operatori sanitari direttamente impegnati nelle strutture, sia a direttori distrettuali responsabili dell'organizzazione territoriale. In particolare le interviste si sono concentrate sul territorio dell'Emilia Romagna, dato l'ampio sviluppo di soluzioni organizzative innovative presenti in tale regione.

Il primo punto che va segnalato riguarda la difficoltà incontrata nel contattare le differenti Case della Salute; ciò è principalmente dovuto al fatto che la totalità delle esperienze avviate, diversamente da quanto segnalato dal Ministero, non sono conosciute dagli stessi operatori che vi lavorano come Case delle Salute.

La principale ragione di questa discrepanza è che il modello UTAP, così come il modello Casa della Salute, non sono modelli “calati dall’alto”, ma sono il risultato finale di un lungo processo evolutivo che nella maggior parte dei casi ha il suo punto di partenza nella relazione paziente-medico e nell’associazionismo dei MMG nelle varie forme previste dalla legge (Accordo Collettivo Nazionale, 2005), in particolare la Medicina di Gruppo. Ciò comporta che le realtà intervistate, nonostante siano organizzate e strutturate come UTAP o come Case della Salute, non vengono riconosciute, o meglio, non vengono chiamate tali.

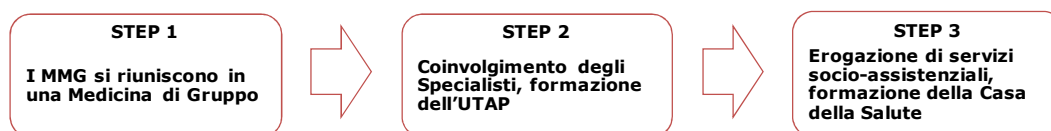
Come detto in precedenza, punto di partenza del processo evolutivo che conduce alla creazione di una Casa della Salute è la Medicina di Gruppo, una delle tre forme associative, insieme alla Medicina in Associazione e alla Medicina in Rete, previste dalla legge e caratterizzata da:

- sede unica del gruppo articolata in più studi medici
- utilizzo, per l’attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni
- gestione della scheda sanitaria su supporto informatico

È previsto che ogni medico possa far parte solo di una forma associativa, che si debba impegnare ad assistere oltre ai propri anche gli altri pazienti afferenti alla associazione e che garantisca la continuità assistenziale sia nell’arco della giornata che in caso di assenza degli altri colleghi.

Come rappresentato in Figura 2.3 lo step successivo del percorso evolutivo consiste nel coinvolgere medici specialisti all’interno della Medicina di Gruppo, formando quindi una struttura organizzativa di livello successivo in termini di complessità, l’UTAP.

Figura 2.3 - Evoluzione del processo associativo dei MMG



Fonte: elaborazione IReR

I medici specialisti coinvolti nel progetto normalmente prestano servizio presso la struttura per alcune ore settimanali; la prenotazione delle visite avviene normalmente tramite il CUP della ASL, ciò comporta la mancanza di un reale vantaggio in termini di riduzione delle liste di attesa per i pazienti che afferiscono alla struttura. Solo in pochi casi è stata segnalata dagli intervistati la presenza di una sorta di via preferenziale nella prenotazione di prestazioni specialistiche, in particolare Cardiologia.

Un'ulteriore evoluzione in termini di servizi offerti riguarda la presenza di piccoli ambulatori all'interno della struttura; tali ambulatori, presenti in tutte le realtà intervistate, erogano interventi a bassa criticità e risultano essere molto importanti poiché riducono notevolmente il carico di lavoro dei Pronto Soccorso ospedalieri, soprattutto per i codici cromatici a bassa urgenza (bianco e verde), arrivando, nelle strutture con bacino di utenza maggiore, ad erogare circa 40.000 prestazioni annue.

Il risparmio di costi legato all'alleggerimento del Pronto Soccorso ospedaliero rappresenta il principale beneficio economico per il sistema sanitario connesso allo sviluppo di nuove forme aggregative delle cure primarie.

L'apertura di un piccolo ambulatorio necessita nella totalità dei casi l'assunzione di personale infermieristico che viene normalmente pagato dalla ASL, rappresentando un notevole beneficio per i MMG poiché alleggerisce il loro carico di lavoro, in particolare nell'effettuazione di piccole medicazioni.

Il personale infermieristico svolge un ruolo di primo piano in particolare nella gestione dell'ADI, svolgendo molto spesso le visite domestiche per conto del medico; in tal senso si sta sviluppando la formazione di una nuova figura professionale, l'infermiere di famiglia, caratterizzata da una sempre maggiore autonomia nella gestione dell'assistenza domiciliare integrata.

Dalle interviste effettuate emerge che le principali differenze delle esperienze mappate sia in termini di servizio offerto che di asset disponibili, sono riconducibili principalmente a motivazioni di natura economica e di disponibilità di risorse umane.

In particolare la variabilità della disponibilità di asset nel centro (es. strumentazioni per esami radiologici), è principalmente dovuta all'infrastruttura che ospita la Casa della Salute: infatti se si tratta di ex-ospedale o se sorge nei pressi di un ospedale può sfruttare asset pre-esistenti e quindi fornire un servizio aggiuntivo; nel caso contrario l'acquisto di tali macchinari comporta un investimento troppo oneroso.

L'attivazione delle strutture organizzative delle cure primarie comporta notevoli vantaggi sia per i pazienti che per i MMG.

Per i primi si concretizzano in particolare in una maggiore accessibilità e disponibilità al sistema sanitario, grazie soprattutto alla rotazione dei MMG all'interno dei centri che garantiscono una copertura medica almeno pari a 12 h giornaliere; la maggiore accessibilità è riscontrabile anche dalla presenza nelle strutture degli sportelli CUP che permettono la prenotazione di qualsiasi prestazione sanitaria di livello successivo direttamente presso il proprio medico di famiglia. Inoltre le Case della Salute garantiscono una riduzione dei tempi di attesa, sia per quanto riguarda le piccole medicazioni erogabili dall'ambulatorio e sia, ove possibile, per quanto riguarda le visite specialistiche.

I principali vantaggi per i MMG sono sintetizzabili con quanto affermato dal coordinatore dell'associazione infermieristica del distretto di S. Pietro in Casale in provincia di Bologna, secondo cui all'interno della Casa della Salute i MMG "tornano a fare i medici", nel senso che la loro attività giornaliera è ora maggiormente concentrata sull'aspetto clinico che su quello burocratico, mentre in precedenza era vero il contrario; questo grazie anche alla presenza in alcune realtà di personale amministrativo che si occupa di tutto ciò che non attiene all'attività clinica e diagnostica.

I MMG "tornano a fare i medici" anche grazie ad un rapporto con i medici specialisti presenti in struttura, i quali molto spesso forniscono delle vere e proprie consulenze ai medici generici.

Un ultimo importante beneficio per i MMG che lavorano nella Casa della Salute è di tipo economico ed è rappresentato dal maggior guadagno legato all'integrazione della quota capitaria previsto dall'ACN del 2005 per i medici che si riuniscono in associazione o che lavorano in strutture innovative e che molto spesso è integrato da incentivi ad hoc forniti dalla regione. Inoltre vi è un ingente risparmio di costi legati al possesso del proprio studio di MMG all'interno di una associazione, quantificabili intorno al 70-80%, rispetto a possedere uno studio in autonomia

Capitolo 3

Mappatura dei sistemi di informatizzazione presenti sul territorio italiano

Il terzo asse del cambiamento analizzato è quello relativo all'implementazione di sistemi informativi regionali, attuati con l'obiettivo di rispondere ad una duplice esigenza: vi è da un lato un'esigenza, a livello nazionale, di creare un linguaggio comune interregionale che permetta l'interscambio informativo fra i diversi enti locali; dall'altro vi è la volontà delle regioni di erogare servizi migliori e in maniera più efficiente ai cittadini utilizzando strumentazioni informatiche.

Da un punto di vista nazionale, nel 2001, è stato lanciato il progetto Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS). Il disegno di un nuovo sistema informativo sanitario si propone quale strumento essenziale per il governo della sanità a livello nazionale, regionale e locale per migliorare l'accesso alle strutture e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini.

Il Patto per la Salute del 28 Settembre 2006 ha ribadito l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario "fra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni".

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario, basato sulla cooperazione e l'integrazione dei diversi sistemi informativi regionali e locali, costituisce:

- lo strumento di governo e supporto dei flussi informativi del Servizio Sanitario Nazionale;
- la fonte di riferimento dei dati utilizzata a livello nazionale per le misure di qualità, efficienza, appropriatezza e costo del SSN, nonché per le misure relative all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

La corretta progettazione e lo sviluppo del NSIS hanno, inoltre, richiesto la disponibilità di un linguaggio comune che consentisse l'interscambio tra il sistema informativo nazionale ed i sistemi sanitari regionali.

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario permetterà, una volta a regime, la creazione di un record individuale che accumuli nel tempo tutta la storia clinica di ciascun individuo.

Per coordinare e sostenere l'operato delle singole regioni, nell'ottobre del 2004, è stato costituito il Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica (TSE) il quale individua come *best practices* italiane i progetti di informatizzazione implementati dalle regioni Lombardia, Emilia Romagna e Veneto.

All'interno della nostra analisi di mappatura oltre ai sistemi delle tre regioni sopra citate abbiamo ritenuto significativo analizzare anche il sistema di informatizzazione sanitaria presente nella regione Friuli Venezia Giulia.

Come si può notare analizzando la tabella precedente e il grafico seguente (Figura 3.1) i quattro sistemi informativi analizzati presentano caratteristiche differenziabili da un duplice punto di vista, quello della fruibilità/accesso (che può essere garantita solo ai MMG o anche ai cittadini) e quello dell'ampiezza dei contenuti.

Tabella 3.1 - Progetti di informatizzazione sul territorio

SSR	Progetto	Caratteristiche
Lombardia	CRS-SISS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilità garantita sia ai cittadini che ai MMG ▪ Costituzione di un Fascicolo Sanitario Elettronico che riassume la storia clinica del paziente ▪ Scambio informativo tra MMG e medici specialisti ▪ Prescrizione medico informatizzata ▪ Possibilità di consultare i referti medici ▪ Costituzione delle Reti di Patologie ▪ Flussi amministrativi MMG/Aziende
Emilia Romagna	SOLE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilità concessa solo agli operatori sanitari ▪ Prescrizione medico informatizzata ▪ Possibilità di consultare i referti medici ▪ Flussi amministrativi MMG/Aziende
Veneto	IESS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilità concessa sia agli operatori sanitari sia ai cittadini ▪ Possibilità di consultare i referti medici ▪ Prescrizione medico informatizzata ▪ Flussi amministrativi MMG/Aziende
Friuli VG.	SISRCR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilità concessa sia agli operatori sanitari che ai cittadini ▪ Informazioni sanitarie disponibili alla totalità degli operatori ▪ Prescrizione medico informatizzata ▪ Schede sanitarie informatizzate

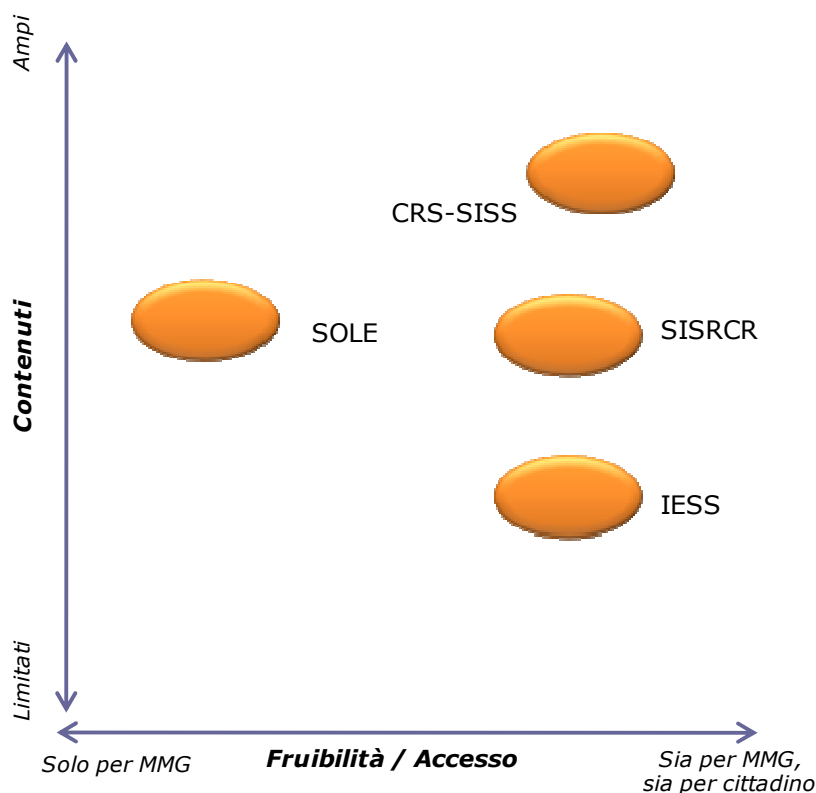
Fonte: elaborazione IReR

In particolare si può notare come il sistema CRS-SISS della Regione Lombardia garantisca una completa accessibilità ai cittadini e agli operatori sanitari offrendo una gamma di contenuti molto ampia. Il sistema SOLE dell'Emilia Romagna pur offrendo una buona completezza a livello contenutistico prevede l'accesso solo ai MMG. Infine va evidenziato che il sistema IESS del Veneto è attualmente attivo in fase sperimentale su due ASL, Bassano del Grappa e Mirano.

Analizzando dettagliatamente ogni singolo progetto si può notare come esistano alcuni trend di fondo, alcune somiglianze tra i vari progetti, soprattutto per aspetti inerenti gli obiettivi stabiliti e i benefici ricercati.

Strumento centrale di ogni progetto è il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), che permette, tramite la rete, la condivisione della storia clinica dei pazienti a tutti gli attori che si occupano della cura dei cittadini; ciò consente di fornire una visione integrata e contestualizzata della storia e della documentazione sanitaria prodotta fino a quel momento (Patient Summary) per un determinato cittadino (struttura Patient Centric) con modalità pensate per i processi di diagnosi e cura. Il FSE rende inoltre

Figura 3.1 - Valutazione qualitativa dei progetti di informatizzazione



Fonte: elaborazione IReR

fruibili le informazioni anche al cittadino in modo diretto (referti on-line), laddove l'accesso sia garantito anche al cittadino.

I benefici ricercati attraverso l'implementazione di questi progetti sono molteplici e coinvolgono sia i cittadini che gli operatori sanitari; in particolare per gli utenti finali i vantaggi possono avere doppia natura, diretta e indiretta.

I vantaggi diretti sono legati all'eventuale possibilità di accedere direttamente al sistema infotelematico e di poter operare in autonomia nella fruizione di determinati servizi; vi sono poi una serie di vantaggi indiretti e che riguardano principalmente la possibilità da parte di équipe assistenziali (medici di medicina generale, infermieri, medici specialisti, ecc.) di disporre su base telematica di informazioni sulle condizioni cliniche del paziente, permettendo quindi la presa in carico di quest'ultimo e assicurando anche a domicilio la continuità della cura. La disponibilità dei referti presso lo studio medico (ed eventualmente direttamente al cittadino via internet), consentirà un significativo risparmio di tempo e spostamenti, una maggiore tempestività nell'effettuare le diagnosi e attuare trattamenti terapeutici da parte del medico di famiglia.

I maggiori benefici relativi agli operatori sanitari riguardano principalmente tre aspetti che includono la riduzione degli oneri burocratici e amministrativi loro richiesti, l'acquisizione di una conoscenza completa delle condizioni cliniche dei propri assistiti e la facilitazione dell'aggiornamento professionale.

Analizzando più nel dettaglio ciascuno di questi tre aspetti emerge come i medici di medicina generale attualmente incontrano molte difficoltà nel realizzare la continuità della cura nei confronti dei loro assistiti e l'integrazione professionale con gli altri specialisti. L'organizzazione complessa dei servizi sanitari e le normative nazionali e regionali richiedono spesso la istituzione di complicate procedure amministrative ed il rispetto di difficili percorsi per l'accesso ai servizi da parte del medico di medicina generale che è tenuto, per obblighi convenzionali, al rispetto delle stesse. Il piano telematico ed il collegamento in rete dei medici di medicina generale e di tutti i servizi amministrativi e sanitari delle aziende sanitarie, permettono al medico di medicina generale di disporre on-line, in modo routinario durante la sua attività clinica, di una guida facile per l'accesso ai servizi necessari al suo assistito. Ciò evita al medico stesso di apprendere a priori tali norme o dover consultare ogni volta guide cartacee per conoscere le modalità che disciplinano l'accesso di una specifica prestazione sia questa di assistenza farmaceutica, ambulatoriale, sociale o di ricovero ospedaliero.

Da un punto di vista prettamente amministrativo la struttura del compenso del medico di medicina generale prevista dall'Accordo Collettivo Nazionale del 2005 richiede spesso di registrare con precisione le attività svolte dal MMG per essere remunerate.

Attualmente ciò richiede tempo da parte del medico di medicina generale per compilare moduli cartacei relativamente, ad esempio, alle prestazioni aggiuntive agli accessi domiciliari ecc... Il collegamento telematico con i servizi amministrativi del

distretto permette al medico di medicina generale e al pediatra di libera scelta di adempiere a tali compiti in modo rapido e puntuale e di ricevere riscontri dai competenti uffici in tempo reale.

Per quanto concerne la conoscenza delle condizioni cliniche dei propri assistiti va segnalato come attualmente il medico di medicina generale per ogni assistito possiede una cartella sanitaria cartacea o informatizzata sulla quale registra i dati significativi e il monitoraggio di eventuali patologie croniche. Con difficoltà e solo su informazioni dirette del paziente può conoscere e registrare eventuali prestazioni specialistiche o sociosanitarie ricevute dal paziente stesso dai rispettivi servizi delle Aziende sanitarie e dei Comuni. La presa in carico globale del proprio assistito da parte del medico di medicina generale richiede che tali informazioni siano invece tempestive e complete.

Il collegamento del MMG con i servizi delle aziende permette di accedere ad informazioni relative al proprio paziente presenti nelle banche dati delle aziende sanitarie. Ad esempio la possibilità da parte del MMG di consultare gli archivi specifici gli permette di conoscere con precisione e di aggiornare in modo automatico la cartella sanitaria dei propri assistiti relativamente ad esempio alle vaccinazioni, ai programmi di screening effettuati, ai ricoveri effettuati e ad altre informazioni. E' possibile per i presidi ospedalieri informare il medico di famiglia che è ricoverato un proprio assistito, oppure che ne è programmata la dimissione; più in generale per le strutture sanitarie è possibile comunicare informazioni rilevanti in merito agli assistiti dei singoli medici.

Infine per quanto riguarda la tematica relativa all'aggiornamento professionale, si nota come attualmente essa sia spesso episodica, frammentaria richiedendo quindi un notevole impegno di tempo e spostamenti spesso poco produttivi. La rete telematica dei MMG permette alle aziende di mettere a disposizione tramite apposite forme di acquisizione l'accesso a specifici siti internet contenenti informazioni aggiornate e inerenti alla medicina generale, offrendo fonti di informazioni indipendenti e accreditate. Nelle prossime pagine verrà effettuata un'analisi più dettagliata dei progetti informativi analizzati, relativi alle regioni Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Friuli Venezia Giulia.

3.1. Il Progetto CRS-SISS

Il Progetto della Regione Lombardia CRS-SISS (Carta Regionale dei Servizi-Sistema Informativo Socio-Sanitario), nasce nel 1999 con lo scopo di introdurre maggiore qualità ed efficienza nell'erogazione dell'assistenza socio-sanitaria per migliorare i servizi resi al pubblico ed ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.

Il Progetto CRS-SISS prevede la realizzazione di sistemi informativi altamente innovativi, basati su un'infrastruttura avanzata di comunicazione e cooperazione a disposizione degli enti ed operatori socio sanitari per ottimizzare e migliorare sia i servizi al cittadino che la propria operatività.

Il sistema alimenta in modo automatico, tempestivo ed affidabile le basi dati regionali delle Direzioni Generali Sanità e Famiglia e Solidarietà Sociale che costituiscono il supporto informativo necessario per la pianificazione ed il controllo della spesa, la gestione del finanziamento del sistema ed il miglioramento dei servizi al cittadino.

Il miglioramento della qualità reale e percepita dei servizi al cittadino si traduce, in prima istanza, nei seguenti punti:

- migliorare le procedure di accesso del cittadino ai servizi;
- permettere al cittadino di ricevere i servizi in modo più efficace e mirato;
- ampliare l'offerta relativa a servizi di pubblica utilità accessibili dal cittadino;

Il progetto Carta Regionale dei Servizi prevede di rendere disponibili servizi infotelematici che rendano più facile sia l'accesso dei cittadini ai Sistemi Informativi regionali e degli Enti accreditati, sia la reciproca integrazione di questi ultimi.

Un obiettivo strategico è quello di consentire al cittadino di poter operare in autonomia nella fruizione di predeterminati servizi, basandosi sulla propria smart card.

Il SISS rappresenta lo strumento operativo ideale attraverso la realizzazione di strumenti informatici per:

- la consultazione degli eventi sanitari del cittadino;
- la consultazione dei referti del cittadino;
- l'interazione fra operatori (es. posta elettronica);
- il supporto della medicina di gruppo;
- il supporto della medicina di rete;

Il SISS crea le basi dati necessarie per il supporto ai meccanismi decisionali e rende possibile la realizzazione di avanzati sistemi informativi direzionali per:

- la tempestiva contabilizzazione analitica di tutte le prestazioni;
- l'automazione dei flussi da e verso la Regione Lombardia;
- il consolidamento dei bilanci preventivi delle Aziende Socio-Sanitarie;
- il budget per assistito per MMG/PLS;
- l'analisi dei dati/indicatori significativi;
- il reporting gestionale;

Il progetto prevede la distribuzione a tutti i cittadini della Carta Regionale dei Servizi e a tutti gli operatori sanitari della carta SISS.

La CRS è una card elettronica, delle dimensioni di una carta di credito, dotata di un microprocessore che contiene una grande innovazione: un certificato elettronico che consente di essere identificati con certezza e di firmare on line documenti, domande o istanze con valore legale.

Figura 3.2 - Carta Regionale dei Servizi



Fonte: Regione Lombardia

La carta SISS, distribuita agli operatori sanitari, consente allo stesso di essere identificato e autenticato e di accedere al sistema SISS, permettendogli di accedere ai dati clinici del paziente, di aggiornare la storia clinica del paziente stesso e di firmare documenti elettronici.

Figura 3.3 - Carta SISS



Fonte: Regione Lombardia

Allo stato attuale risultano in possesso della CRS tutti i cittadini lombardi, circa l'80% dei MMG hanno liberamente aderito al SISS, risultano collegate tutte le ASL e tutte le farmacie utilizzano il canale SISS per l'invio dei loro dati alla Regione Lombardia che poi li spedisce ai Ministeri; da un primo gruppo di farmacie è possibile anche prenotare visite ed esami in ospedali milanesi.

3.2. Il Progetto SOLE

Il progetto SOLE (Sanità OnLinE), avviato nel 2002 dalla regione Emilia Romagna, prevede la realizzazione di una rete informatica di collegamento tra Aziende sanitarie

e Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta del territorio emiliano-romagnolo. SOLE punta a creare un ambiente telematico di immediato accesso per i MMG e i PLS, in cui catalogare le migliaia di informazioni relative ad ogni singolo utente del servizio sanitario.

Grazie all'Indicizzazione Regionale degli Eventi Clinici (IREC) sarà possibile accedere ai dati clinici e sanitari navigando lungo tutta la storia clinica dell'assistito, anche ponendo interrogazioni mirate nei Fascicoli Sanitari Elettronico (FSE) per i malati cronici (diabetici, cardiopatici, ipertesi, ecc...). Per via telematica sarà possibile attivare piani di ADI mediante il dialogo tra tutti gli operatori sanitari.

I medici di famiglia e i pediatri nel progetto SOLE troveranno l'ambiente di collegamento con le Aziende sanitarie e con gli specialisti con cui condivideranno per ogni loro assistito esenzioni, prescrizioni, referti, visite, ricoveri, somministrazione di farmaci, ecc... In questo modo verranno ridotti molti adempimenti burocratici, le informazioni saranno disponibili in tempo reale in formato elettronico e verrà facilitata, per il medico ma anche per l'assistito, la definizione e la gestione dei percorsi diagnostici. SOLE, inoltre, garantirà una comunicazione tempestiva e completa tra medico curante e ospedale in caso di ricovero dell'assistito, supportando il processo di continuità assistenziale.

La rete integrata a livello distrettuale e aziendale fra medici di famiglia e gli altri presidi del territorio e dell'ospedale viene quindi a costituirsi come una rete sanitaria aziendale in grado di interfacciare il cittadino e l'azienda. La creazione di tale rete aziendale è finalizzata a supportare i professionisti nel rendere più stabile la relazione medico-paziente, consentendo al medico di famiglia di essere il punto di riferimento clinico per il trattamento delle patologie più comuni e per l'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche e degenerative, ed enfatizzandone quindi il ruolo di referente per i problemi di salute del singolo e di attivatore dei diversi percorsi assistenziali.

Le azioni sulle quali verte il progetto sono:

- creazione delle interfacce con studi dei medici di famiglia, infermieri domiciliari, ambulatori distrettuali e ospedalieri, servizi di diagnostica per immagine e di laboratorio analisi, presso tutte le strutture territoriali ed ospedaliere, i consultori famigliari;
- estensione della rete anche ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta contemporaneamente al soddisfacimento delle condizioni interne alle aziende sanitarie, nella direzione della presa in carico elettronica dell'assistito e della famiglia, predisponendo anche l'introduzione di smart card per alcune tipologie di pazienti cronici;
- realizzazione a livello aziendale dell'integrazione delle differenti banche dati e necessarie per costruire in modo rapido ed affidabile le informazioni necessarie a migliorare l'assistenza ai cittadini.

- sperimentazione di protocolli organizzativi trasformabili in procedure informatizzate al fine di evitare inutili appesantimenti burocratici

Allo stato attuale risulta collegata la totalità dei MMG e risultano realizzati e operativi i seguenti servizi:

- prescrizione medica informatizzata;
- consultazione dati ambulatoriali e di ricovero;
- flussi amministrativi MMG/Aziende;
- assistenza domiciliare

3.3. Il Progetto IESS

Nel 2002 la Regione Veneto ha lanciato in fase di test pilota nelle ASL di Bassano del Grappa e Mirano il progetto IESS (Integrazione per l'Erogazione dei Servizi Sanitari).

Obiettivo fondamentale del progetto è l'allestimento di funzionalità che consentano l'accesso diretto da parte del cittadino, attraverso lo strumento telematico, ad alcuni servizi essenziali del Sistema Sanitario Regionale; la costituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico dell'utente, con aggregazione dei dati di prestazione (ospedaliera, ambulatoriale, farmaceutica, ecc.) afferenti alla persona, nonché l'accesso a tali informazioni da parte del personale clinico e del medico di medicina generale, soprattutto al fine di garantire la continuità del processo assistenziale.

Il progetto prevede l'utilizzo dello strumento telematico per l'erogazione diretta al cittadino dei servizi di:

- prenotazione delle prestazioni, presso Uffici CUP, Farmacie, Distretti, Medici di Medicina Generale
- trasmissione delle refertazioni, presso Distretti e Medici di Medicina Generale
- trasmissione diretta, in formato elettronico, delle prescrizioni, dal Medico di Medicina Generale alle Farmacie per le prescrizioni farmaceutiche

Gli obiettivi sono realizzati attraverso l'integrazione dei sistemi informativi delle Aziende ASL coinvolte, in termini di standardizzazione dei processi, dei servizi e delle basi dati.

È previsto inoltre all'allestimento di funzionalità di datawarehouse, specificamente finalizzate alla verifica di appropriatezza delle prescrizioni, ed in genere al controllo dell'andamento della spesa farmaceutica.

3.4. Il Progetto SISRCR

Il progetto di e-government SISRCR (Servizi Sanitari Integrati per la Continuità della Cura) implementato dalla Regione Friuli Venezia Giulia riguarda la realizzazione di un sistema integrato di servizi telematici per i cittadini e per gli operatori sanitari.

La finalità principale del progetto è quella di fornire al cittadino un sistema completo di servizi tenendo presente la necessità di delocalizzare i punti di accesso dei referti e delle informazioni.

L'obiettivo è anche quello di ridurre la spesa mirando più alla razionalizzazione che alla riduzione delle risorse.

Il progetto SISRCR prevede per i cittadini la possibilità, oltre che di ottenere informazioni relative alle prestazioni e alle liste d'attesa previste, di accedere al servizio di prenotazioni sanitarie, con modalità differenti, ma con un'unica chiave d'accesso, la smart card.

Nell'ambito del progetto sono stati attivati sette portali, uno per ciascuna azienda territoriale, più uno che funge da punto unico di accesso all'e-government della Sanità regionale.

In ogni portale è presente un'area internet ed un'area intranet utilizzata dai MMG ed i PLS per gestire in modo elettronico le seguenti attività:

- schede sanitarie degli assistiti;
- prescrizioni farmaceutiche;
- prescrizioni di prestazioni sanitarie;
- eseguire direttamente prenotazioni;
- certificati medici;
- visite generiche;
- anamnesi;
- vaccinazioni;
- visura referti.

In pratica il cittadino con la propria smart card può:

- recarsi dal proprio MMG e ottenere una impegnativa elettronica;
- il medico può (sempre in presenza del cittadino) visualizzare direttamente i referti relativi agli esami clinici effettuati;
- recarsi in farmacia e prenotare direttamente la prestazione (o acquistare i farmaci).

Capitolo 4

Allargamento delle competenze dei MMG

Il tema dell'allargamento delle competenze del Medico di Medicina Generale nell'ambito delle cure primarie è un tema molto dibattuto all'interno del Sistema Sanitario a causa della necessità da un lato di governare la spesa sanitaria sempre più crescente e dall'altro di tentare di ridurre le liste di attesa all'interno delle strutture ospedaliere; tale tematica porta il sistema a promuovere un ruolo del MMG quale gestore dei percorsi sanitari dell'assistito. L'assunzione di tale ruolo presuppone che il MMG possa e debba in prospettiva diventare centro di offerta di alcune prestazioni sanitarie, offrendo specifiche risposte alla domanda di salute dei propri pazienti così da orientare e dirottare la domanda verso soluzioni efficaci ed appropriate dal punto di vista prescrittivo.

Esistono infatti prestazioni abitualmente erogate dalle strutture sanitarie di II livello che per semplicità della procedura e assenza di rischi per la sicurezza del paziente possono trovare come luogo di effettuazione appropriato il livello delle cure primarie.

L'MMG è indubbiamente il gestore ideale dell'attività di prevenzione e di diagnostica per la conoscenza approfondita della storia clinica, del contesto familiare e delle abitudini di vita dei suoi pazienti; la sua azione diffusa permetterebbe di ridurre l'ingolfamento di utenti presso le strutture sanitarie di secondo livello con una significativa riduzione delle liste di attesa, e, infine, grazie alla possibilità di rimettere referti e diagnosi presso il proprio studio, permetterebbe un'evidente riduzione dei costi e dei tempi di trasporto sostenuti dagli assistiti.

Nonostante la centralità del problema non si riscontrano sul territorio, tranne casi isolati, ricerche strutturate ed ampie su questo aspetto dell'attività del MMG.

4.1. Il caso della Regione Lombardia

Nel 2007 la Lombardia ha effettuato un'indagine conoscitiva⁴ condotta presso MMG in grado di erogare almeno tre prestazioni di diagnostica strumentale di primo livello tra quelle inserite in un elenco concordato con la Regione Lombardia.

In particolare il test aveva come obiettivi:

1. aumentare l'appropriatezza del sistema favorendo l'effettuazione di indagini che riconoscono quale luogo di erogazione il livello delle cure primarie, inteso come studio del proprio MMG.
2. sviluppare l'offerta del servizio sanitario regionale verificando la possibilità che il medico di medicina generale con adeguato curriculum formativo e professionale, costituisca soggetto "erogatore di prestazioni diagnostiche di primo livello" all'interno di criteri definiti.
3. verificare, a fronte di un'aumentata offerta, la capacità da parte del medico di medicina generale di un maggior governo dei percorsi degli assistiti, in un'ottica di *disease management* delle patologie più osservate negli studi medici di medicina generale, forti dello sviluppo della tecnologia ambulatoriale.
4. controllare l'impatto sul sistema di offerta e sugli assistiti di queste scelte, attraverso una valutazione del livello di soddisfazione del paziente.
5. misurare la riduzione delle eventuali liste di attesa per la fruizione di esami e prestazioni specialistiche negli ospedali di riferimento e nei centri accreditati.
6. valutare l'impatto sui costi, diretti e indiretti, sostenuti dal sistema e dagli utenti, sviluppando un modello di verifica che tenga conto dei risparmi di tempo in spostamenti impropri e dello sviluppo di una diagnostica più rapida e corretta.

La metodologia dell'indagine ha previsto l'inclusione nello studio dei pazienti di età superiore ai 65 anni e l'individuazione di 14 MMG del territorio lombardo a cui è stato affidato un pacchetto complessivo di 17 differenti prestazioni erogabili; i medici sperimentatori dovevano essere in grado di erogare almeno tre prestazioni, di cui obbligatoria l'elettrocardiografia.

I dati sono stati raccolti tramite due schede in formato cartaceo: questionario e scheda di *customer satisfaction*.

La prima scheda, denominata "scheda per la rilevazione della domanda", è stata compilata dal MMG, il quale ha raccolto alcuni dati demografici e clinici del paziente, ha indagato sulle modalità e sui tempi necessari al paziente per accedere allo studio medico e ha indicato le prestazioni svolte, il grado di urgenza, le date di prenotazione, di esecuzione e di consegna del referto. Altre informazioni sono state raccolte

⁴ Progetto IReR 2006B048

riguardo all'esecutore dell'esame e, soprattutto, alle conseguenze sulla valutazione clinica del paziente. In particolare, si è chiesto quale fosse la finalità dell'esame (la conferma o negazione di un'ipotesi diagnostica piuttosto che la correzione di un indirizzo terapeutico) e se, successivamente all'esecuzione dell'esame, l'ipotesi diagnostica o la terapia fossero state confermate o meno, rinviando il paziente ad uno specialista. Infine sono state raccolte le informazioni raccolte relativamente al centro specialistico a cui l'assistito avrebbe dovuto rivolgersi in alternativa allo studio del proprio MMG: il mezzo di trasporto da utilizzarsi, il tempo di percorrenza stimato e la necessità di un accompagnatore sono le variabili rilevate, che permettono di effettuare un confronto in termini di costi indiretti tra le due opzioni.

La seconda scheda, denominata scheda di "customer satisfaction", è stata riservata alla compilazione da parte dell'assistito ed era finalizzata alla rilevazione del grado di soddisfazione dello stesso verso una serie di elementi specifici dell'esperienza oggetto dell'indagine.

I risultati, sintetizzati nella Tabella 3.1, hanno evidenziato la capacità del MMG, adeguatamente formato, di effettuare esami diagnostici di supporto alla diagnosi o al monitoraggio delle patologie croniche nel suo studio, con grande gradimento del paziente, evitando nel 92% dei casi il trasferimento in un ambito specialistico improprio. Questo servizio si è dimostrato di particolare utilità per la gestione delle patologie croniche, specie nella popolazione anziana (età media utenza 71,7 anni), permettendo al MMG un reale governo clinico del suo paziente.

L'I.Re.F. (Istituto Regionale Lombardo di Formazione per l'amministrazione pubblica) sta già preparando i suoi futuri MMG all'uso delle strumentazioni che supportano l'attività dello studio di medicina generale in questo ampliamento della capacità diagnostico/terapeutica.

Punto di forza sostanziale emergente in questa sperimentazione è il gradimento dei pazienti: oltre il 95% ha espresso piena soddisfazione per l'iniziativa; altrettanto rilevante è il risparmio determinato che, considerando solo il calcolo reale relativo ai mezzi di trasporto, evidenzia un costo del ricorso a centri specialistici quattro volte superiore rispetto all'erogazione nello studio del proprio MMG.

Tabella 4.1 - Risultati indagine IReR

Età media pazienti	▪ 72
Patologia prevalente	▪ Ipertensione arteriosa (73%)
Principali prestazioni erogate	▪ Elettrocardiogramma (23%) ▪ Ecodoppler dei tronchi sovraortici (22%) ▪ Ecografia dell'addome completo (13%) ▪ Ecocolordopplergrafia (11%)
Prestazioni che hanno richiesto personale aggiuntivo	▪ 34,1%
Pazienti rinviati ad uno specialista	▪ 8%
Pazienti che si dichiarano soddisfatti	▪ 95%
Costi complessivi per l'accesso al MMG	▪ 3,5€
Costi complessivi per l'accesso a un centro alternativo	▪ 14€

Fonte: elaborazione IReR

Mancano all'interno di questa analisi riferimenti relativi all'impatto sulle liste di attesa delle strutture specialistiche di riferimento e ad eventuali adeguamenti remunerativi connessi all'aumento del carico di lavoro/responsabilità che un allargamento delle competenze comporta per il MMG.

Capitolo 5

I Progetti della Regione Basilicata

Nonostante non possano essere catalogati in nessuno degli assi considerati nei corsi di questa analisi, abbiamo ritenuto molto interessante analizzare i progetti implementati dalla Regione Basilicata che risultano essere molto originali e che potrebbero fornire idee per progettazioni future.

In particolare la Basilicata ha avviato un progetto di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) a dimensione regionale ed ha aperto nella ASL di Venosa degli sportelli integrati a livello comunale denominati “Punti Salute” che identificano obiettivi di salute per un territorio specifico.

Progetto Assistenza Domiciliare Integrata

Il programma, avviato nel 1999 con valenza triennale, è stato sostenuto sia con risorse finanziarie proprie delle ASL che con contributo ministeriale. Il modello regionale, che prevede fra l'altro l'estensione a tutte le Aziende Sanitarie dell'uso dello strumento di valutazione multidimensionale detto VAOR-ADI è diretto da un Centro di Coordinamento delle cure domiciliari e delle cure palliative istituito in tutte le ASL e di cui fa parte anche un rappresentante dei Medici di Medicina Generale.

Il servizio ADI eroga prestazioni infermieristiche, riabilitative, di medicina generale e specialistica, nonché prestazioni socio-assistenziali che sono a carico dei Comuni. Il servizio, reso oramai in forma omogenea su tutto il territorio regionale, individua nel MMG la figura di riferimento, cui è affidata tutta la responsabilità delle cure domiciliari sia pure coadiuvato dalle Unità di Valutazione Distrettuale e dal Centro di Coordinamento.

Per rispondere al bisogno di salute degli anziani la ASL di Venosa, una delle cinque aziende sanitarie della Basilicata, ha costruito un modello di rete governato dal Centro Integrato di Medicina dell'Invecchiamento (CE.I.M.I.) che rappresenta il punto unico di accesso, di accoglienza, di informazione e progettazione organizzativa dell'Azienda in tema di assistenza agli anziani.

Il CE.I.M.I, che può essere paragonato a un vero e proprio hub logistico delle attività socio-sanitarie rivolte agli anziani, è inserito nella rete dei servizi territoriali e

ospedalieri della ASL con il compito di creare un sistema che dia risposta compiuta e globale tanto ai bisogni sanitari quanto a quelli socio-assistenziali dell'anziano.

Ogni paziente candidato alle cure domiciliari viene preventivamente sottoposto a valutazione multidimensionale (VMD) per identificarne bisogni, problematiche assistenziali e obiettivi assistenziali (“problem solving”); programmare l'intervento assistenziale; migliorarne la funzione e la qualità di vita; ottimizzare l'allocazione delle risorse; ridurre l'utilizzo dei servizi non necessari.

L'Unità di Valutazione Generale (UVG) è composta da medico geriatra (Team Leader), che ha la responsabilità medica del caso, infermiere professionale (case manager), terapeuta della riabilitazione, assistente sociale, e ha la responsabilità complessiva del caso. Con la UVG collaborano in forma strutturata il MMG e un referente dei servizi sociali comunali (integrazione socio-sanitaria). Il case manager è l'attore principale della VMD, segue gli adempimenti amministrativi; agevola la comunicazione tra UVG, i familiari dell'anziano, la cooperativa sociale, i servizi comunali; supporta le scelte della famiglia (strutture e ausili); promuove ogni forma di integrazione con le altre agenzie di servizio.

Il servizio infermieristico domiciliare e quello riabilitativo sono gestiti in outsourcing, dalla cooperativa Auxilium. La cooperativa sociale, mette a disposizione il pool di professionisti (infermieri, geriatri, fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi) per lo svolgimento delle attività domiciliari. Una scelta che presenta numerosi punti di forza: le economie di scala che si realizzano nella fornitura del servizio domiciliare; i vantaggi organizzativi che derivano dalla maggiore flessibilità di gestione del personale da parte del soggetto privato rispetto al pubblico; la formazione sul VAOR-ADI a tutto il personale della cooperativa; la valutazione ex ante ed ex post effettuata con il VAOR-ADI che rimane appannaggio del soggetto pubblico; la possibilità di riprogettare il servizio anche con il contributo del privato sociale, spesso depositario di maggiori conoscenze e competenze distintive nelle attività di assistenza domiciliare.

L'Unità di Valutazione, a seguito della Valutazione Multidimensionale, può prevedere anche il ricovero nei reparti per i casi acuti o in day hospital geriatrico, cicli riabilitativi o interventi specialistici ambulatoriali da eseguirsi presso la parte ospedaliera del CE.I.M.I.

È operativo un Accordo per le Cure Domiciliari, tra ASL e MMG, che definisce obiettivi, interventi e ruoli dei vari operatori e dei vari servizi nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Viene ribadita la centralità del Medico di Medicina Generale che viene supportato dall'Azienda attraverso il Centro di coordinamento delle cure domiciliari e delle cure palliative per il conseguimento di obiettivi strategici come la riduzione del tasso di ospedalizzazione dei pazienti in ADI, l'attivazione delle dimissioni protette e dell'ospedalizzazione domiciliare.

I Punti Salute

Nella ASL di Venosa è stato adottato il Piano di Salute che prevede l'apertura di sportelli integrati a livello dei singoli Comuni della ASL – denominati Punti Salute – cogestiti con le rispettive amministrazioni comunali. Il Piano di Salute predispone programmi di miglioramento della salute per la comunità; identifica gli obiettivi di salute da raggiungere nel territorio sulla base della situazione demografica, epidemiologica e socio-economica locale. Esso si propone inoltre di sensibilizzare i cittadini al fine di migliorare il coinvolgimento della comunità nella costruzione di politiche per la salute.

L'idea è quella di diffondere nel territorio di afferenza dell'Azienda Sanitaria, un insieme di punti di accesso, i Punti Salute, che consentano al cittadino di:

- iniziare il proprio percorso diagnostico-terapeutico là dove egli vive;
- agevolare la “navigazione sanitaria” tra le varie forme di assistenza attraverso la rete;
- coniugare in un “unicum” le esigenze di assistenza socio-sanitaria e di prevenzione;
- impiegare, ove clinicamente appropriata, la telemedicina;

L'ipotesi è che tale sistema sia capace di produrre modifiche e contrazioni dei percorsi diagnostici e di cura, migliorando al contempo la qualità globale di vita dell'utente-persona.

Parte seconda

Estero

Introduzione

Nel corso dell'analisi abbiamo preso in considerazione le dinamiche sottostanti all'evoluzione dei sistemi sanitari, ed in particolare delle Cure Primarie, in alcuni paesi esteri.

L'aspetto ricorrente è che nella maggior parte dei paesi europei sono riscontrabili gli stessi assi del cambiamento evidenziati per il caso italiano. Infatti anche nel resto del continente l'evoluzione del Sistema del Primary Care si basa su quattro direttrici strategiche:

1. Introdurre un sistema remunerativo più incentivante;
2. Decentrare parte dell'assistenza dall'ospedale al territorio;
3. Coinvolgere il MMG all'interno del processo di informatizzazione del sistema sanitario;
4. Riconoscere competenze al Medico Generale, che si avvia ad essere uno specialista nella relazione assistenziale di primo livello.

Dal momento che la presente ricerca ha come obiettivo un focus particolare sull'Italia, ci siamo focalizzati principalmente sui due stati europei a nostro parere più interessanti ai fini della ricerca (Inghilterra e Spagna).

L'Inghilterra dal 2002 ad oggi ha attuato una serie di iniziative politiche che impattano su tutte le direttrici strategiche sopra evidenziate, proponendosi come punto di riferimento in particolare per gli aspetti relativi a remunerazione e competenze dei MMG:

- nel 2002 viene implementato il “National Programme for IT in the NHS”, il più grande progetto di informatizzazione sanitaria a livello europeo che coinvolge tutte le ASL del territorio inglese;
- nel 2003 viene siglato il “New Contract for General Practice Services” che introduce un sistema remunerativo basato su una quota capitaria ponderata per quel che concerne la parte fissa e una parte variabile legata prevalentemente a misure della qualità del servizio offerto;
- nel 2006 viene varata la riforma “Implementing Care closer to Home” attraverso la quale viene rivisto il sistema di erogazione di prestazioni

sanitarie con l'obiettivo di rendere più accessibile l'offerta di salute da parte dei cittadini.

La Spagna, similmente agli altri paesi dell'Unione Europea, sta avviando progetti di ammodernamento del proprio sistema sanitario, concentrandosi in particolar modo sulle direttrici dell'organizzazione e dell'informatizzazione:

- da alcuni anni sono attivi dei centri, denominati CAP, dentro i quali collaborano in forma strutturata MMG e infermieri;
- è inoltre prevista l'implementazione dei CAP II, l'evoluzione della precedente struttura che intende integrare anche i medici specialisti;
- nel 2006 è stato varato il piano quadriennale "Servicios Publicos Digitales", una riforma che prevede la digitalizzazione del sistema sanitario spagnolo.

Nei due capitoli successivi passeremo ad analizzare con maggior dettaglio le iniziative effettuate da questi due paesi, partendo dall'Inghilterra.

Capitolo 6

Le esperienze mappate sul territorio inglese

L'Inghilterra, come si può vedere nella tabella seguente, ha implementato progetti inerenti le quattro direttrici strategiche individuate.

Nelle prossime pagine verrà analizzata in dettaglio ognuna di tali direttrici

Tabella 6.1 - Esperienze sul territorio inglese

Diretrice	Progetto	Caratteristiche
Remunerazione	New Contract for General Practice Services (2003)	<ul style="list-style-type: none">▪ Sistema remunerativo basato sull'esistenza di un minimo garantito più un variabile vincolato non solo al numero di assistiti ma ponderato in base a fattori geografici e socio-demografici degli assistiti▪ Completa separazione contrattuale fra prestazioni fornite durante o al di fuori dell'orario visite (lun-ven 8-18.30)▪ Sistema di incentivi basato sulla qualità del servizio offerto che può arrivare a rappresentare il 15% della retribuzione complessiva
Organizzazione	Community of GP	<ul style="list-style-type: none">▪ Sostenuta la formazione di associazioni/federazioni di GP attraverso metodologie che non provengano dal Ministero ma che si adattino alle esigenze locali
Informatizzazione	National Programme for IT in the NHS (2002)	<ul style="list-style-type: none">▪ Electronic Prescription Service (EPS), un sistema che permette l'invio telematico della ricetta medica al farmacista▪ Choose and Book, che permette la prenotazione di visite specialistiche su internet▪ Picture Archiving and Communication Systems, che permette la trasmissione telematica di diagnosi per immagini▪ New National Network, grazie al quale tutte le strutture sanitarie inglesi sono collegate informaticamente tra di loro
Competenze	Implementing Care closer to Home (2006)	<ul style="list-style-type: none">▪ Attraverso la riforma del 2006 è stato rivisto il processo di erogazione di prestazioni sanitarie con l'obiettivo di rendere più accessibile l'offerta di salute da parte dei cittadini▪ Prevista la formazione di nuove figure professionali, i General Practitioners with Special Interest (GPSI), intermedi tra medici generici e medici specialisti

Fonte: elaborazione IReR

6.1. Remunerazione

Tabella 6.2 - Aspetti innovativi del nuovo contratto

	Vecchio contratto	Nuovo contratto
Sistema remunerativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basato su quota capitaria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La quota capitaria viene ponderata in base all'età alle necessità di cure degli assistiti ed a fattori geografici
Servizi offerti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limiti all'erogazione di servizi aggiuntivi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Struttura flessibile che permette di erogare servizi aggiuntivi personalizzati alle esigenze dei pazienti
Orario di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il GP è responsabile dell'assistenza al di fuori dell'orario visite 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Separazione contrattuale tra servizi erogati durante l'orario di visite (lun-ven 8-18.30) e servizi al di fuori di questo orario
Incentivi legati alla qualità	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Molto limitati 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legati alla qualità del servizio ▪ Misurati attraverso il Quality and Outcomes Framework (QOF) ▪ Possono rappresentare il 10-15% della remunerazione
Incentivi legati all'assunzione di personale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assenti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legati all'assunzione in particolare di personale infermieristico

Fonte: elaborazione IReR

Il “New Contract for General Practice Service” siglato nel 2003 aveva come obiettivo strategico principale di rendere più equo il sistema remunerativo dei General Practitioners (GP, l'equivalente dei MMG italiani). Il business case sviluppato dal Ministero della Sanità identifica la necessità di indirizzare più risorse ai quei medici il cui carico di lavoro è maggiore, tipicamente perché operano in aree meno sviluppate con bisogni sanitari più elevati.

Come sintetizzato nella Tabella 6.2, parte fondamentale del nuovo contratto è la “Global Sum”, che rappresenta la parte fissa della retribuzione dei GP; la global sum è una sorta di quota capitaria, ponderata in base ad alcuni fattori geografici e socio-demografici degli assistiti: infatti nel calcolo vengono presi in considerazione fattori quali:

- l’età e il sesso dei pazienti;
- eventuale presenza di pazienti con necessità di assistenza domiciliare;
- tasso di mortalità locale;
- costo della vita nell’area in cui il medico vive e lavora;

Un secondo importante obiettivo strategico del nuovo contratto è rappresentato dalla volontà di introdurre misure di performance che evidenziano e premiano la qualità del servizio offerto dai GP; per rispondere a questa necessità vengono introdotti un insieme di indicatori denominati Quality and Outcomes Framework (QOF)⁵.

Il QOF è composto da quattro aree tematiche:

- clinica, suddivisa in 19 sotto-aree (es. ipertensione, asma) e 80 indicatori;
- organizzativa, composta da 43 indicatori e 5 sotto-aree (es. campagne informative effettuate);
- esperienziale, composta da 4 indicatori (es. lunghezza delle visite);
- servizi aggiuntivi, composta da 8 indicatori (es. consultori).

Ad ogni area vengono assegnati dei punti per un massimo di 1000, ogni punto è remunerato 125£. I punti vengono assegnati quando un medico riesce a dimostrare che ha pienamente raggiunto certi risultati su una porzione di popolazione che normalmente varia tra il 25% e il 90%.

Per esempio, come mostrato nella Figura 6.1, per la cura dell’ipertensione un GP può ricevere:

- 9 punti se implementa un database in cui monitora la situazione dei suoi pazienti;
- 20 punti per la diagnosi e la cura dei pazienti (es. monitoraggio della salute dei pazienti fumatori);
- 76 punti per la gestione e il monitoraggio continuo dei pazienti (es. misurare regolarmente la pressione del sangue);

⁵ In allegato il dettaglio di tutti gli indicatori clinici previsti nel QOF

Figura 6.1 – Indicatori di QOF per l'ipertensione

Indicator	Points	Payment Stages
Records		
BP 1. The practice can produce a register of patients with established hypertension	9	
Diagnosis and initial management		
BP 2. The percentage of patients with hypertension whose notes record smoking status at least once since diagnosis	10	25-90%
BP 3. The percentage of patients with hypertension who smoke, whose notes contain a record that smoking cessation advice or referral to a specialist service, if available, has been offered at least once	10	25-90%
Ongoing Management		
BP 4. The percentage of patients with hypertension in whom there is a record of the blood pressure in the past 9 months	20	25-90%
BP 5. The percentage of patients with hypertension in whom the last blood pressure (measured in the last 9 months) is 150/90 or less	56	25-70%

Fonte: NHS

Il QOF è stato creato dal Ministero della Sanità inglese insieme ad una commissione di esperti nell'*healthcare* nominata dallo stesso ministero. La maggior parte degli indicatori selezionati è rappresentata da prove cliniche oggettive che migliorano la salute dei pazienti, le sotto-aree sono state scelte in base all'impatto che una particolare patologia ha sul sistema sanitario generale.

I punteggi ottenuti dal singolo medico sono registrati attraverso un software, denominato Quality Management Analysis System (QMAS), fornito al GP che lui stesso utilizza.

L'accertamento del punteggio finale ottenuto viene svolto da un comitato audit della ASL di riferimento che svolge verifiche puntuali all'incirca sul 5% dei Framework ricevuti, per la restante parte si tratta di un *high-trust model*.

Un'altra importante novità del nuovo contratto è rappresentata dall'introduzione dei cosiddetti "servizi aggiuntivi". Ogni GP è tenuto ad erogare i servizi essenziali tipici di ogni medico generalista ma può anche singolarmente contrattare con la propria ASL di riferimento l'offerta di altri servizi utili alla popolazione, come ad esempio la cura dei tossicodipendenti o la cura dei senzatetto; questa tipologia di servizi non necessariamente sono utili ovunque o ovunque richiedono lo stesso approccio, ma vanno ideati in modo da essere il più attinenti possibili con i reali bisogni della comunità locale.

Vi sono tre differenti tipologie di servizi aggiuntivi:

- Servizi aggiuntivi diretti: ogni singola ASL è obbligata ad erogare tali servizi ai cittadini, sebbene nessun singolo medico sia obbligato ad erogare tali servizi.

Rientrano all'interno di questa categoria ad esempio le campagne di vaccinazioni nazionali per i bambini;

- Servizi aggiuntivi nazionali: le ASL possono decidere di erogare tali servizi a seconda delle necessità locali, ma con standard qualitativi e di prezzo decisi a livello nazionale;
- Servizi aggiuntivi locali: le ASL hanno la completa libertà di decidere i servizi e il prezzo che ritengono opportuno erogare; alcuni esempi possono essere iniziative per aiutare persone con problemi di apprendimento;

Con il nuovo contratto viene meno la responsabilità della gestione e organizzazione da parte del GP dell'assistenza al di fuori dell'orario visite, inteso come 8-18.30 dal lunedì al venerdì. Qualora il medico si rendesse disponibile ad essere reperibile anche durante la notte o durante il fine settimana, ciò richiederebbe la stipulazione di un contratto separato.

L'ultima innovazione relativa al nuovo contratto riguarda l'introduzione di incentivi connessi all'assunzione di personale, in particolare infermieristico, da parte dei GP.

Il Ministero della Sanità ritiene che il nuovo contratto possa apportare notevoli benefici sia ai GP sia ai pazienti e sia al sistema sanitario nel suo complesso, in particolare per quanto concerne i benefici attesi per i GP:

- Maggior soddisfazione in ambito lavorativo e morale;
- Riduzione degli adempimenti burocratici in capo al medico;
- Maggior attrattività del posto di lavoro di GP grazie ad una struttura più flessibile che meglio gestisce le situazioni di sovraccarico lavorativo;

Per quanto riguarda i pazienti i maggiori benefici attesi sono:

- Erogazione di servizi più consistenti con i reali bisogni dei cittadini;
- maggior agevolazione nell'accesso e nella scelta dei servizi;
- servizi più flessibili e più attenti alle esigenze locali;
- miglior livello qualitativo del sistema sanitario, in particolare grazie all'introduzione del Quality and Outcomes Framework;
- estensione dei servizi utilizzabili;

Infine, i benefici attesi per il sistema sanitario nel suo complesso sono:

- Aumento della produttività;
- miglior utilizzo delle risorse disponibili, in particolare risorse umane;
- miglior gestione della governance clinica;
- minor pressione sui sistemi di cure di secondo livello grazie all'introduzione dei servizi aggiuntivi.

6.2. Informatizzazione

Nel 2002 il ministero della sanità inglese, il National Health Service (NHS), lancia il “National Programme for Information Technology”, un programma decennale con lo scopo di utilizzare tecnologie informatiche per riformare la gestione delle informazioni sanitarie, quindi migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini.

Il cuore della riforma è rappresentato dal Care Record Service, il fascicolo sanitario elettronico che renderà disponibili a tutti gli operatori sanitari la storia clinica del paziente; il Programma prevede l’implementazione di altri servizi come la possibilità di consultare referti medici on-line, la possibilità di prenotare visite specialistiche direttamente dal proprio pc, ecc...

In passato era compito delle regioni implementare e mantenere un proprio sistema di informatizzazione della pubblica amministrazione, ma, dato lo scarso successo ottenuto attraverso tale approccio, la nuova riforma ha l’obiettivo di centralizzare la gestione del processo di sviluppo del programma IT.

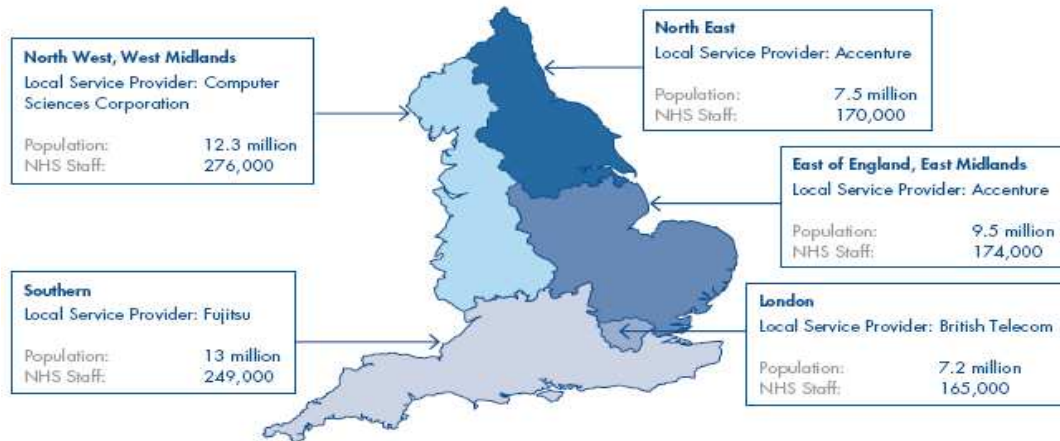
La portata e la complessità fanno del Programma il più ampio e costoso investimento connesso all’utilizzo di sistemi informatici nella sanità nel mondo. Per questo motivo se la riforma decennale avrà pieno successo produrrà importanti benefici sia in termini finanziari ma soprattutto in termini di miglior servizio offerto ai cittadini.

La fase di implementazione e la realizzazione dei benefici previsti non sono ancora completati, sarà quindi necessario ulteriore tempo per poter effettuare giudizi sia qualitativi che quantitativi sulla riforma in essere.

Il Programma è composto da diversi progetti che impattano sia a livello nazionale che a livello locale.

Il territorio inglese è stato diviso in cinque aree geografiche, ognuna delle quali è responsabile, insieme al ministero, dello sviluppo del Programma nel proprio territorio.

Figura 6.2 - Aree di sviluppo del progetto informatico



Fonte: NHS

L'implementazione del Programma segue un processo incrementale:

- Ciascuna delle cinque aree identificate deve fornire al ministero una serie di dati gestibili relativi alla propria area specifica, collaborando alla completa implementazione del sistema nazionale entro il 2010;
- il ministero delega a livello locale la realizzazione di alcuni piccoli progetti funzionali al disegno complessivo dell'intera riforma;
- a livello locale dove sono già presenti dei sistemi informatici, questi non devono essere sostituiti fino a che i più recenti non dimostrano di essere in grado di ottenere risultati almeno pari ai precedenti.

Il Programma deve essere attuato seguendo una tempistica, molto ben definita a livello centrale, suddivisa in tre fasi:

- 1) la prima fase prevede l'installazione di tutti gli hardware e i software necessari all'operabilità di tutte le funzioni previste dalla riforma e la gestione dei processi più complessi (es. prenotazione di visite specialistiche da parte del MMG).
- 2) la seconda fase prevede lo sviluppo e il perfezionamento degli strumenti implementati in fase I e l'implementazione di un servizio che dia la possibilità ai pazienti di accedere direttamente ai loro fascicoli sanitari elettronici integrandoli con informazioni aggiuntive.
- 3) la terza fase prevede che siano a regime la totalità dei progetti implementati, in particolare:

- a) la maggior parte degli eventi e dei processi clinici devono essere registrati informaticamente, comportando una riduzione dei costi e un servizio più veloce ed efficace;
- b) ai pazienti deve essere garantito un accesso completo ai propri dati clinici;
- c) le informazioni contenute nei fascicoli sanitari elettronici devono permettere la personalizzazione dei percorsi clinici, fornendo inoltre dati storici e prospettici del paziente stesso;
- d) il sistema deve essere “auto-consapevole”, attraverso un sofisticato sistema di monitoraggio e correzione degli errori.

Allo stato attuale, come mostrato in Tabella 6.3, risultano avviati in particolare quattro progetti strategici che riguardano la creazione dei database contenenti i fascicoli sanitari elettronici dei pazienti, la possibilità di prenotare visite specialistiche direttamente dallo computer del proprio medico di famiglia, la trasmissione di ricette mediche direttamente alle farmacie collegate in rete, la trasmissione ad altri operatori sanitari dei referti medici.

Tabella 6.3 - Stato avanzamento progetti informatici

Progetti strategici	Risultati conseguiti
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creare un database (<i>Care Records Service</i>) accessibile sia ai cittadini sia agli operatori che contenga la storia clinica di ogni paziente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In fase di implementazione
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permettere ai GP di prenotare visite specialistiche tramite internet (<i>Choose and Book</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Circa il 20% delle visite specialistiche sono prenotate con il sistema <i>Choose and Book</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementare un servizio di trasmissione delle ricette mediche direttamente alle farmacie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dal 2004 è attivo il sistema di <i>Electronic Prescription Service</i>, che collega gli studi medici con tutte le farmacie nazionali
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creare una rete accessibile a tutti gli operatori per la trasmissione di referti medici 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dal 2005 è attivo il sistema di <i>Picture Archiving and Communications</i> che permette la trasmissione di referti medici

Fonte: elaborazione IReR

6.3. Organizzazione

In Inghilterra, diversamente dagli altri paesi presi in considerazione, non si rilevano iniziative politiche volte a stimolare la formazione di nuove strutture organizzative innovative.

Le uniche sollecitazioni in merito provengono dal “Royal College of General Practitioners”, una sorta di associazione accademica di medici di medicina generale paragonabile per certi aspetti alla Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale, la quale nel 2007 ha pubblicato uno studio, “The Future Direction of General Practice” in cui si esplorano possibili evoluzioni future del ruolo del medico di famiglia.

All’interno di questo documento viene auspicata la formazione di forme associative di GP che permettano l’erogazione in gruppo di prestazioni mediche con la possibilità di garantire una maggior copertura di servizio durante la giornata, grazie alla rotazione dei medici all’interno di una ipotetica struttura, e la possibilità di erogare una quantità di servizi maggiore.

Nello studio in esame non viene dato nessun framework su quali potrebbero essere le soluzioni organizzative migliori, anzi, si sottolinea come a soluzioni standardizzate “top-down” siano preferibili soluzioni “bottom-up” che meglio si adattano ai bisogni specifici del territorio di riferimento.

L’unica linea-guida che viene fornita riguarda la creazione di soluzioni organizzative che siano entità legali in grado quindi di raccogliere fondi, soprattutto sotto forma di donazioni, per lo sviluppo della struttura a livello infrastrutturale e di macchinari; a questo proposito, tra le possibili evoluzioni delle competenze del GP, vengono identificate capacità manageriali di gestione dei fondi raccolti.

6.4. Competenze

La riforma del 2006, “Implementing Care closer to home”, è focalizzata ad allineare il sistema sanitario ai bisogni crescenti dei cittadini; per ottenere ciò l’obiettivo è sviluppare una struttura centrata sul paziente che utilizza le risorse disponibili nella maniera più efficace ed efficiente possibile per ridurre le ineguaglianze e erogare il miglior servizio sanitario possibile.

La novità della riforma consiste nel cambiamento di prospettiva, da una logica top-down ad una logica bottom-up, in cui i principali driver del cambiamento non sono i target e le direttive emanate a livello nazionale ma i bisogni dei pazienti e degli operatori.

Per riuscire concretamente ad avvicinare il sistema sanitario ai cittadini, in particolar modo in quelle zone disagiate che non dispongono di strutture sanitarie complete, viene creata una nuova figura professionale denominata General Practitioner with Special Interest (GPSI).

Il GPSI è un medico generalista che integra il suo ruolo tradizionale erogando servizi specialistici di alta qualità diventando un professionista del tutto simile ad un medico specialista, con particolare focus sulle patologie croniche (es. diabete, ipertensione).

Un GP per poter diventare un GPSI deve acquisire le competenze necessarie per poter essere considerato “specialista” di una particolare patologia cronica, ciò può avvenire o attraverso specifici corsi di formazione organizzati dalle singole ASL locali, cui spetta la totale gestione della nuova figura professionale, o attraverso periodi di internato in reparti ospedalieri affiancato da medici specialisti “senior” con elevata esperienza.

Lo status di GPSI viene acquisito in seguito ad un processo di accreditamento strutturato a livello nazionale ma completamente gestito a livello locale; sempre a livello locale vengono stabiliti orari di lavoro, aspetti remunerativi ed ogni altro aspetto relativo alla gestione di queste nuove risorse.

Il processo di accreditamento ha lo scopo principale di:

- verificare e dimostrare che le competenze acquisite dal medico siano sufficienti ad erogare il servizio specialistico loro richiesto;
- dimostrare che il medico abbia compreso il ruolo centrale che il GPSI deve svolgere all'interno del sistema sanitario;
- accertare la disponibilità a svolgere continui percorsi di formazione per mantenere aggiornate le competenze specialistiche richieste;

Il ministero fornisce agli enti locali una guida che passo dopo passo enuncia la metodologia che deve essere seguita durante un processo di accreditamento del GP (Figura 6.3).

Figura 6.3 - Processo di accreditamento del GPSI



Fonte: elaborazione IReR

Nella prima fase vengono acquisiti i curriculum dei medici, dai quali deve emergere in particolare l'allineamento delle loro competenze con quelle richieste dal ruolo che dovranno svolgere. In seguito ad una prima selezione vengono svolti dei colloqui individuali con i potenziali candidati; coloro i quali superano questa fase accedono alla successiva in cui viene firmato il contratto con una particolare struttura e vengono stabiliti ruoli e competenze del medico. Al massimo ogni tre anni ciascun medico deve effettuare un processo di ri-accREDITamento per poter continuare ad essere un GPSI; durante tale processo il medico deve dimostrare di aver svolto con sufficiente successo il proprio lavoro, attraverso la fornitura di un database in cui sono registrate le informazioni relative ai pazienti visitati e il loro grado di soddisfazione.

Un processo di accREDITamento del tutto simile a quello svolto dai medici deve essere affrontato anche dalle strutture che ospitano l'operato dei GPSI.

L'accREDITamento della struttura è volto a:

- definire verso quali pazienti si rivolge il centro;
- definire le tipologie di interventi clinici che verranno erogate dal centro;

- definire il personale che lavorerà all'interno della struttura e valutare che questo rispetti gli standard qualitativi e di efficienza richiesti dal ministero;
- stabilire per ogni centro gli obiettivi da raggiungere

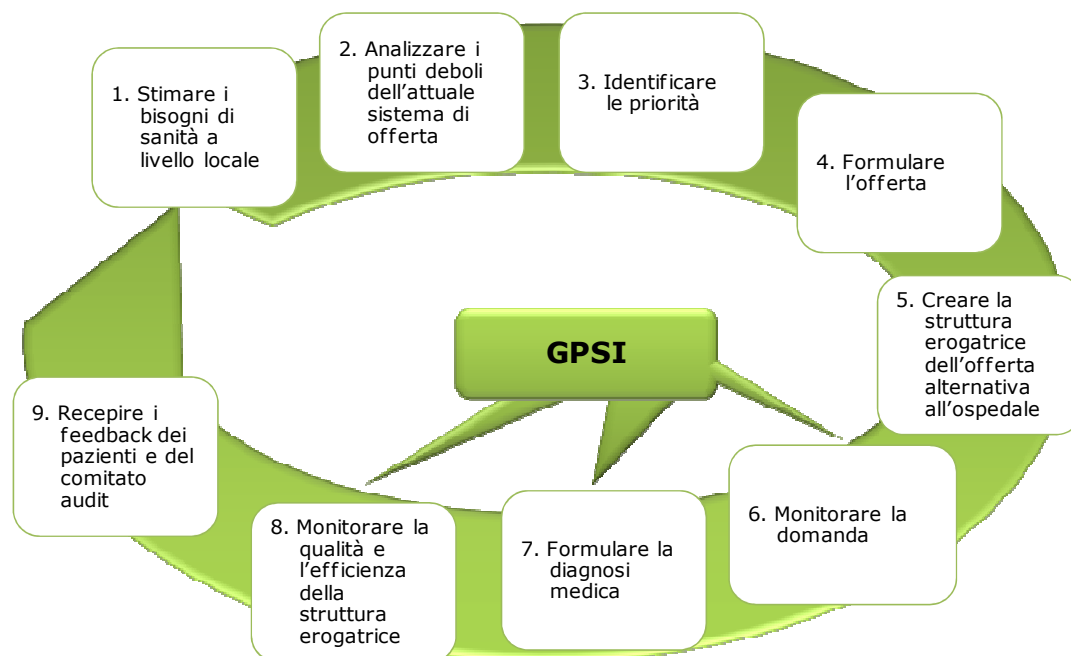
Anche in questo caso al massimo ogni tre anni deve essere svolto un percorso di ri-accreditamento.

La figura del GPSI si inserisce all'interno di un ampio progetto di rivisitazione del sistema sanitario che si concretizza nel marzo 2007 attraverso la pubblicazione di un framework per l'offerta di salute e benessere che ha la funzione di fornire una guida per gli enti locali sulle modalità di erogazione dell'offerta, con l'obiettivo di:

- erogare servizi personalizzati ai bisogni individuali;
- ri-orientare la strategia sanitaria attraverso la promozione della salute e del benessere investendo oggi per ridurre i costi in futuro;
- focalizzare l'offerta su quei servizi che massimizzano il benessere della collettività.

Il framework fornisce una sorta di guida step-by-step che supporta gli enti locali nell'implementazione di una sanità specializzata più vicina al cittadino.

Figura 6.4 – Framework per una sanità più vicina al cittadino



Fonte: elaborazione IReR

STEP 1

Nella prima fase vengono stimati i bisogni locali di sanità e vengono identificate le aree in cui l'impatto della riforma può essere maggiore

STEP 2

In questa fase si analizza il sistema di offerta esistente cercando di individuare i punti deboli e calcolando i possibili gap fra sistema presente e sistema prospettico. Calcolati i gap si formano le prime ipotesi sul futuro gruppo di lavoro che si occuperà dell'offerta all'interno della specifica area geografica

STEP 3

La terza fase consiste nell'identificare e classificare le priorità sanitarie a livello locale, in questa fase è importante l'apporto sia dei medici che dei cittadini

STEP 4

La fase di formulazione dell'offerta è composta da:

- Definizione dell'ampiezza dei servizi offerti;
- Definizione delle best practice all'interno di ogni percorso clinico;
- Individuazione del particolare ruolo svolto dal GPSI all'interno di ogni percorso clinico cercando di capire i razionali che spiegano il passaggio da parte dei pazienti dall'ambito delle cure primarie a quelle dei livelli successivi;
- calcolo delle risorse disponibili per supportare i nuovi servizi;
- il volume e la tipologia di lavoro richiesta ai GPSI;
- gli indicatori chiave con cui si può misurare la qualità del servizio offerto.

STEP 5

Nella fase cinque va individuata ed eventualmente costruita la struttura fisica che erogherà il servizio sanitario alternativo all'ospedale, la quale subirà un percorso di accreditamento del tutto simile a quello che coinvolge i medici generalisti.

Per poter lavorare all'interno di queste strutture i GP devono dimostrare di aver acquisito le competenze necessarie per diventare GPSI, ciò avviene principalmente attraverso corsi di formazione o periodi di internato in reparti specifici di strutture ospedaliere.

STEP 6

In questa fase vengono monitorate la domanda, attraverso la raccolta dei primi feedback forniti dai pazienti, e l'utilizzo delle risorse per valutare il grado di allineamento con gli obiettivi prestabiliti.

STEP 7

La fase 7 è tipicamente operativa, di erogazione delle prestazioni sanitarie

STEP 8

In questa fase un comitato audit misura il livello qualitativo del servizio erogato, le performance in termini di efficienza e pone gli obiettivi per il futuro

STEP 9

Nell'ultima fase, recepiti i feedback dei pazienti e del comitato audit, si prendono iniziative volte al miglioramento qualitativo e di performance del servizio.

Capitolo 7

Le esperienze mappate sul territorio spagnolo

Dall'analisi dell'evoluzione del sistema sanitario spagnolo emerge come questa si stia sviluppando principalmente lungo due direttrici tra quelle individuate nel corso della ricerca, l'organizzativa e l'informatica (Tabella 7.1).

Tabella 7.1 - Esperienze sul territorio spagnolo

Diretrice	Progetto	Caratteristiche
Organizzazione	Centro de Atención Primaria (CAP)	<ul style="list-style-type: none">❑ Il CAP rappresenta il primo livello di accesso al sistema sanitario, aperto h 24 e sette giorni su sette❑ Il CAP è una struttura fisica dentro la quale collaborano MMG e infermieri organizzati in team (Equipo de Atención Primaria)❑ Un'evoluzione del CAP è rappresentata dal CAP II che intende integrare l'operato dei MMG e degli specialisti in un unico spazio fisico
Informatizzazione	Servicios Públicos Digitales (2006-2010)	<ul style="list-style-type: none">❑ Avviato nel 2006 prevede la digitalizzazione del sistema sanitario e una volta a regime permetterà di<ul style="list-style-type: none">▪ Creare e rendere consultabile on-line la storia clinica del paziente▪ Collegare in modo informatico le diverse strutture sanitarie▪ Prenotare visite mediche su internet (già attivo in alcune regioni)▪ Applicare ove possibile la telemedicina

Fonte: elaborazione IRer

Nelle pagine seguenti verranno analizzati nel dettaglio i progetti inerenti le due direttrici strategiche percorse dalla Spagna.

7.1. Organizzazione

L'organizzazione delle Cure Primarie in Spagna presenta caratteristiche che la distinguono dagli altri casi analizzati in questa ricerca e che la pongono, per certi aspetti, come punto di riferimento.

La struttura responsabile dell'erogazione del primary care in Spagna è il "Centro Atención Primaria" (CAP), un centro in cui operano in maniera integrata diversi medici di medicina generale ("medico de cabecera").

All'interno del CAP vengono formati dei team di assistenza primaria, denominati "Equipo de Atención Primaria" (EAP), composti da medici di famiglia e da infermieri, che si occupano della presa in carico del paziente, rappresentando il suo punto di riferimento all'interno del sistema sanitario nazionale.

Per il cittadino spagnolo il CAP rappresenta il punto di accesso al sistema sanitario, poiché è qui che deve recarsi quando ha un qualunque tipo di bisogno, ed è da qui che verrà poi eventualmente inserito nei sistemi sanitari di livello successivo.

Il CAP si fa inoltre carico della gestione dell'assistenza domiciliare e può spesso ospitare sedi di associazioni di volontariato o di consultori; normalmente lavora all'interno della struttura anche del personale amministrativo.

La differenza sostanziale che caratterizza la Spagna rispetto ad altri paesi compresa l'Italia, è che i CAP non sono sperimentazioni attuate negli ultimi anni ma rappresentano la base portante dell'organizzazione del sistema delle Cure Primarie.

Un'evoluzione del CAP è rappresentata dal CAP II, che intende integrare l'operato dei medici di famiglia con i medici specialisti, avvicinandosi in questo al modello italiano della Casa della Salute.

Attualmente il CAP II è ancora in fase progettuale in alcune regioni del nord della Spagna, in particolare la Catalogna.

7.2. Informatizzazione

Nel 2006 il governo spagnolo ha lanciato il progetto “Servicios Publicos Digitales” con lo scopo di digitalizzare la pubblica amministrazione nel suo complesso per offrire ai propri cittadini un maggior numero di servizi con qualità migliore; all’interno di questo progetto è prevista anche l’informatizzazione del sistema sanitario.

Da questo punto di vista la Spagna si differenzia dall’esperienza analizzata in Italia avvicinandosi maggiormente alla realtà inglese, caratterizzata anch’essa da un piano di informatizzazione nazionale gestito centralmente dal governo.

Come in Inghilterra e come nelle realtà regionali riscontrate in Italia il cuore della riforma è rappresentato dalla creazione del Fascicolo Sanitario Elettronico che possa permettere la creazione e la consultazione on-line della storia clinica del paziente. Il progetto prevede inoltre l’implementazione di altri servizi quali la prenotazione di visite mediche su internet, il collegamento informatico delle diverse strutture sanitarie all’interno della stessa rete e l’applicazione della telemedicina.

L’implementazione del programma è ufficialmente iniziata il 1 gennaio 2006, anche se a partire dal 2005 erano stati effettuati alcuni test pilota in alcune regioni.

Attualmente tutte le regioni spagnole hanno iniziato ad implementare, con diverso grado di estensione, tutti i servizi previsti dal piano; l’obiettivo nel medio termine è di avere la piena applicazione di tutti i servizi in tutte le regioni e province del paese.

Parte terza

Conclusioni

Capitolo 8

Conclusioni dell'analisi di mappatura

Nel corso della presente ricerca è stata effettuata un'analisi di mappatura delle esperienze in atto sul territorio italiano ed estero con lo scopo di identificare punti di forza di ciascuna realtà per proporre un modello organizzativo innovativo, adattabile alla Regione Lombardia, che preveda un "reinserimento" del Medico di Medicina Generale all'interno del Sistema Sanitario, passando da una posizione marginale ad un ruolo centrale all'interno del sistema stesso.

Per mappare le realtà riscontrate è stato utilizzato un framework caratterizzato dai seguenti quattro assi strategici

Figura 8.1 - I quattro assi del cambiamento



Fonte: elaborazione IReR

Dall'analisi delle esperienze mappate nel corso della presente ricerca emerge chiaramente l'esistenza di alcuni trend di fondo che caratterizzano le iniziative di

ciascun asse strategico; come illustrato nella tabella seguente, ciascuna esperienza rilevata, presa singolarmente, presenta diversi punti di forza.

Tabella 8.1 - Punti di forza delle principali esperienze mappate

Asse strategico	Aspetti principali	Punti di forza
Organizzazione (es. Casa della Salute)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modello evolutivo con una logica bottom-up (partendo dal basso, dal cittadino e dalla sua relazione con il medico) ▪ Punto di partenza per le diverse esperienze è l'associazionismo medico ▪ Aumento dei servizi (es. specialisti) e degli asset (es. ambulatorio) offerti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servizi a valore aggiunto per il paziente: medico disponibile 12h, ambulatorio più vicino a casa, ridotti tempi di attesa per piccoli interventi e per alcune visite specialistiche (es. cardiologia) ▪ "Reinserimento" MMG: rivalutazione del ruolo di medico dal punto di vista clinico, flessibilità orario, rapporto più stretto con specialisti a cui chiedere consulenze, infermieri a disposizione, vantaggi remunerativi ▪ SSR: risparmio costi connessi al PS, maggior controllo sull'operato dei MMG
Informatizzazione (es. CRS-SISS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costituzione del FSE in cui si riassume la storia clinica del paziente ▪ Maggiore comunicazione e scambio di informazioni tra MMG- AO-ASL ▪ Enormi potenzialità connesse allo sfruttamenti di asset già esistenti (es. reti di patologia, DB) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vantaggi per il paziente: accesso a maggiori servizi (es. refertazione on-line) <ul style="list-style-type: none"> ○ Per il momento gli utilizzi sono limitati ▪ Vantaggi per MMG e per il sistema: possibilità di monitorare il percorso clinico dei pazienti, o, in generale, maggior presidio da parte del SSR sulla salute dei singoli cittadini
Competenze (es. Lombardia, GPSI)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nel modello sperimentato in Lombardia utilizzo di strumentazioni diagnostiche (es. elettrocardiogramma) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se adeguatamente formati MMG evitano nel 92% casi il ricorso allo specialista ▪ Vantaggi per il cittadino: risparmio di costi di trasporto e di tempo ▪ Vantaggi per il SSR: risparmi in termini di costo
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nel modello inglese assunzione da parte del MMG del ruolo di specialista in una particolare patologia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema di formazione e accreditamento per poter operare da specialista di patologia ▪ Vantaggi per il cittadino: disponibilità di un nuovo "specialista" più vicino a casa ▪ Vantaggi per il sistema: forte iniziativa verso la deospedalizzazione, risparmio di costi
Remunerazione (es. Quality and Outcomes Framework)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In Inghilterra incentivi legati ad indicatori di qualità del servizio offerto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Introdotti nel 2006, mancano dati certi circa la loro effettiva efficacia

Fonte: elaborazione IReR

Passando ad analizzare nel dettaglio ciascun asse strategico rappresentato nella Tabella 8.1, iniziamo dall'asse organizzativo.

La struttura organizzativa più innovativa riscontrata è la Casa della Salute, creata con un ordinamento ministeriale inserito nella Legge Finanziaria 2007 dall'allora Ministro della Sanità Livia Turco.

Le maggiori esperienze organizzative sono situate sul territorio dell'Emilia Romagna, che, sotto questo punto di vista, si configura come la regione con il più alto livello di sperimentazioni in atto; per questo motivo è sulle strutture emiliane che ci siamo maggiormente concentrati analizzando l'asse organizzativo.

Come già emerso nel Capitolo 2 esiste una certa discrepanza tra quanto comunicato dal Ministero della Sanità e quanto appreso durante le interviste effettuate presso alcune realtà mappate. Questa discrepanza, che è più di forma che di sostanza, è molto significativa poiché, a nostro avviso, sottolinea un concetto molto importante: modelli evolutivi sotto il profilo strategico seguono una logica bottom-up, una logica che parte dal basso, in particolare dalla relazione tra il cittadino il suo medico. Ed è proprio dall'iniziativa individuale dei singoli medici che ha inizio il percorso evolutivo che porta alla creazione della Casa della Salute, ideale punto di arrivo di tale processo.

Per venire incontro alle esigenze dei propri assistiti i MMG sono spinti a riunirsi in una delle associazioni previste dalla legge, in particolare nella forma della medicina di gruppo; ed è sempre per avvicinare la sanità al cittadino che le forme associative semplici si evolvono prevedendo sia l'apporto dei medici specialisti all'interno della struttura e sia la creazione di piccoli ambulatori che erogano interventi non urgenti.

Compito del SSR all'interno di tale processo è di sostenere ed incentivare la formazione di strutture sempre più innovative, per ottenere il duplice beneficio da un lato di aumentare i servizi resi al cittadino e dall'altro di ottenere un notevole risparmio dei costi soprattutto grazie ai minori accessi che si registrano presso i Pronto Soccorso ospedalieri da parte di pazienti che normalmente vengono catalogati con i codici a minor urgenza, quelli bianco e verde. Per agevolare la formazione di strutture innovative il SSR dovrebbe prendere misure concrete quali, ad esempio, mettere a disposizione dei medici strutture di appartenenza degli enti locali adatte ad ospitare Case della Salute o incrementare gli incentivi remunerativi previsti dalla legge per i medici che si riuniscono in associazioni. Da sottolineare come in particolare la disponibilità di infrastrutture pubbliche rappresenti un enorme incentivo economico per i MMG, i quali beneficiano di risparmi di costo, rispetto a possedere uno studio autonomo, di circa il 70-80%.

Un ulteriore beneficio connesso allo sviluppo di tali forme aggregative è rappresentato dal progressivo "reinsediamento" del MMG all'interno del SSR grazie ad una rivalutazione del suo ruolo di medico dal punto di vista clinico, legata sia al maggior impegno lavorativo richiesto a quei medici che operano all'interno della struttura e sia al rapporto più stretto che si viene a formare tra MMG e medici specialisti, i quali molto spesso effettuano vere e proprie consulenze ai medici di famiglia.

Menzione a parte merita l'esperienza spagnola del CAP, che, come descritto nel Capitolo 7, risulta interessante poiché non è configurabile come semplice sperimentazione, rappresentando il sistema organizzativo di base delle cure primarie del sistema sanitario spagnolo.

Passando ad analizzare l'asse strategico dell'informatizzazione, l'aspetto principale evidenziato riguarda l'esistenza di fortissimi trend comuni sottostanti lo sviluppo dei sistemi informatici implementati sia dalle regioni italiane (Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia) e sia dai paesi esteri considerati (Inghilterra e Spagna).

Tali trend riguardano prima di tutto la costituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico, un fascicolo telematico accessibile a tutti gli operatori sanitari, e in alcuni casi anche ai cittadini, che riassume la storia clinica di ogni paziente. I vantaggi connessi alla costituzione del FSE sono molteplici sia per i MMG che per il sistema nel suo complesso, permettendo ai singoli medici di conoscere nella maniera più precisa possibile la situazione sanitaria dei pazienti, stimolando un maggior dialogo fra gli operatori sanitari e garantendo quindi un miglior servizio ai cittadini. Nonostante il FSE rappresenti la base portante di ogni sistema di informatizzazione, nella totalità dei casi analizzati si assiste all'implementazione di altri servizi rivolti a semplificare l'accessibilità del cittadino al sistema sanitario e ad agevolare alcuni compiti, in particolare burocratici, per i MMG; rientrano in queste due categorie servizi quali: la prescrizione del medico informatizzata con la possibilità di collegare in rete anche le farmacie, la possibilità di consultare i referti degli esami on-line, ecc..

Il terzo asse analizzato riguarda il tema dell'allargamento delle competenze dei MMG.

Allo stato attuale sembrano configurarsi due modelli: il primo relativo anche alla ricerca condotta dall'IReR in merito alla possibilità di far eseguire ai MMG esami diagnostici di primo livello, il secondo relativo al modello inglese dei General Practitioners with Special Interest (GPSI).

Il modello lombardo evidenzia come un MMG adeguatamente formato sia in grado di effettuare esami diagnostici di primo livello (es. elettrocardiogramma, ecodoppler) evitando nel 92% dei casi il ricorso al medico specialista e generando un grado di soddisfazione nei pazienti pari al 95%. Per quanto concerne il tema della formazione del MMG va sottolineato come l'I.Re.F. (Istituto Regionale lombardo di Formazione per l'amministrazione pubblica) sta già formando i nuovi MMG all'uso di strumentazioni diagnostiche di primo livello.

La ricerca condotta dall'IReR evidenzia inoltre come un decentramento di tali esami presso il MMG comporti un notevole risparmio di costi e di tempo per il cittadino.

Radicalmente diverso risulta essere il modello inglese dei GPSI, infatti in questo caso l'obiettivo del programma è di creare una nuova figura professionale tra il MMG e lo specialista. Di fatto il GPSI è un medico generico che, pur mantenendo il suo

status di medico di famiglia, diventa specialista in una particolare patologia, solitamente una patologia cronica.

Per ottenere questo riconoscimento il GP deve sostenere una formazione specifica e un processo di accreditamento che lo configura come GPSI.

Questa riforma rappresenta un importante passo verso la deospedalizzazione e verso l'avvicinamento della sanità al cittadino, infatti è previsto che i GPSI accreditati lavorino presso strutture, anch'esse accreditate, create appositamente per soddisfare la domanda di bisogni sanitari, in particolare in aree disagiate in cui probabilmente non vi è una struttura ospedaliera nelle vicinanze.

Infine, l'ultimo asse strategico riguarda la remunerazione dei MMG; attualmente solo in Inghilterra risulta implementato un sistema remunerativo realmente innovativo.

Come descritto nel Capitolo 6 nel 2006 è stato introdotto un sistema di incentivi, denominato Quality and Outcomes Framework, con l'obiettivo di misurare la qualità del servizio offerto dal personale medico alla cittadinanza.

Pur configurandosi come un'iniziativa molto innovativa, data la sua recente introduzione, non esistono attualmente dati che certifichino la sua reale funzionalità; il rischio maggiore connesso all'utilizzo di tali indicatori risulta essere la creazione di asimmetrie informative, in cui i medici sono incentivati ad erogare solo determinate prestazioni e a determinate categorie di pazienti che sono oggetto di misurazione del QOF con l'obiettivo di massimizzare il loro guadagno.

Nonostante, come detto in precedenza, ciascuna delle realtà analizzate, prese singolarmente, presenti diversi punti di forza, solo raramente si riscontra una logica complessiva che prevede la riformulazione del ruolo del MMG. Infatti la quasi totalità delle esperienze mappate si configura come progetti e sperimentazioni specifiche, focalizzate su un asse sempre diverso.

Solo le esperienze estere, in particolare quelle inglesi ma in parte anche quelle spagnole, tendono ad intervenire su diversi assi: per esempio con il modello del GPSI viene prevista anche l'apertura di strutture ad hoc che ospitano l'operato di queste nuove figure professionali, impattando quindi sia sull'asse dell'organizzazione sia su quello delle competenze.

Inoltre, la totalità delle esperienze analizzate continuano ad ispirarsi ad una logica di MMG e di sistema sanitario "passivo", focalizzato sulle singole patologie dei pazienti e sulle cure da somministrare per curare tali patologie, ragionando quindi con una logica di processo; l'obiettivo di fondo, come verrà meglio delineato nel prossimo capitolo, è quello di avere un sistema sanitario (e quindi un MMG) "attivo", che anticipa i bisogni dei cittadini.

Capitolo 9

Ipotesi di modello futuro

Un'ipotesi di modello di sanità futuro può essere caratterizzata da tre obiettivi fondamentali:

1. Creare un modello di MMG ispirato all'ottimizzazione dei 4 assi strategici
2. Anticipare i bisogni dei cittadini attraverso un ruolo proattivo del SSR e del MMG
3. Garantire una significativa libertà di scelta al cittadino

Figura 9.1 - Ipotesi di modello futuro di SSR



Fonte: elaborazione IReR

Il primo obiettivo prevede la definizione di un modello che ottimizzi le *best practice* emerse dall'analisi di mappatura effettuata.

In particolare, per quanto riguarda l'asse organizzativo, è possibile la creazione di strutture sul modello della Casa della Salute che integrino servizi erogati dai MMG, servizi di primo intervento che permettano anche di alleggerire il carico di lavoro dei Pronto Soccorso ospedalieri, servizi erogati dai medici Specialisti, che lavorano in maniera integrata con i medici di famiglia, e servizi di tipo socio-assistenziale.

È importante inoltre che all'interno di tali strutture siano presenti strumentazioni diagnostiche di primo livello utilizzabili dai MMG, che possano garantire quei livelli di soddisfazione e di risparmi di costo evidenziati dalla sperimentazione effettuata nella Regione Lombardia, e sportelli di Punto Unico di Accesso che permettano al cittadino di essere facilmente veicolato all'interno dei vari livelli assistenziali direttamente dalla Casa della Salute.

Una struttura di questo tipo necessita una effettiva revisione delle competenze tipiche del medico generalista, sia in modo trasversale, mettendolo nelle condizioni di essere in grado di utilizzare le strumentazioni diagnostiche di primo livello, e sia in modo specifico al singolo MMG, che, sul modello del GPSI inglese, dovrebbe avere le capacità di prendere in cura quei pazienti affetti da patologie croniche che prevedono un piano di cura per certi aspetti "routinario".

L'allargamento delle competenze specifiche deve necessariamente prevedere un sistema di formazione e accreditamento periodico che certifichi l'acquisizione e il mantenimento delle competenze da parte dei MMG.

Per quanto concerne l'asse informatico va segnalato come il sistema CRS-SISS della Regione Lombardia, configurandosi come *best practice* anche a livello internazionale, non sembra necessitare dello sviluppo di ulteriori contenuti; è importante invece potenziare l'utilizzo degli strumenti già esistenti, su tutti il Fascicolo Sanitario Elettronico e i Database utilizzabili per segmentare la domanda secondo i bisogni di salute di gruppi di popolazione e dei singoli cittadini.

Una volta stabiliti il ruolo e le competenze dei MMG è opportuno implementare un sistema di indicatori di esito e di processo sulla base di percorsi clinici prestabiliti per integrare la remunerazione con una variabile legato alla "quantità" e alla "qualità" del servizio erogato. Chiaramente l'implementazione di tali indicatori presuppone la capacità di misurare le performance in maniera oggettiva e la possibilità chiara e univoca di attribuire performance a singoli medici.

Il secondo obiettivo richiede un cambiamento radicale del SSR; attualmente la sanità svolge un ruolo passivo, di ricettore dei bisogni degli individui: il cittadino si reca presso le strutture sanitarie in presenza di una patologia e viene curato in base alla patologia che manifesta, secondo una logica di processo.

L'obiettivo è di sfruttare i Database presenti nei sistemi informatici regionali per segmentare la domanda di salute, in modo da anticipare i bisogni sanitari di segmenti di popolazione e dei singoli cittadini; non è il cittadino che va dalla "sanità", ma è la "sanità" che va dal cittadino.

All'interno di questo nuovo modello, che deve necessariamente essere guidato "dall'alto", dalla Regione, il MMG esercita un ruolo fondamentale, poiché, con il supporto della Regione e della ASL, effettua un monitoraggio continuo di tutti i suoi assistiti, intercettando anche quelli che ad oggi sono sconosciuti poiché non si recano mai presso lo studio del loro medico di famiglia.

Il nuovo ruolo del MMG dovrebbe prevedere che egli non debba mai "scaricare" il proprio paziente ad un altro medico, come oggi avviene frequentemente, ma debba guidarlo, sotto la sua responsabilità, attraverso ogni passaggio del percorso clinico da lui effettuato.

Chiaramente per poter svolgere al meglio queste funzioni che gli vengono richieste, il MMG deve essere adeguatamente e continuamente formato e verificato, pena la decadenza dell'incarico.

È facile notare come un modello di questo tipo consenta inoltre un controllo, ad oggi assente, sull'operato di ogni singolo MMG. Inoltre, in prospettiva si può ipotizzare un ruolo maggiormente gestionale da parte del medico di famiglia il quale potrebbe ricevere dalla Regione budget di spesa da allocare in base alle reali esigenze dei suoi assistiti.

Infine, l'ultimo obiettivo riguarda la garanzia dei cittadini di avere una significativa libertà di scelta e di influenza nei confronti del sistema sanitario. Appare fondamentale che il cittadino possa compiere scelte relative a quale struttura ospedaliera o extra-ospedaliera utilizzare o quale medico di famiglia prediligere in base a dati statistici e clinici trasparenti e pienamente disponibili.

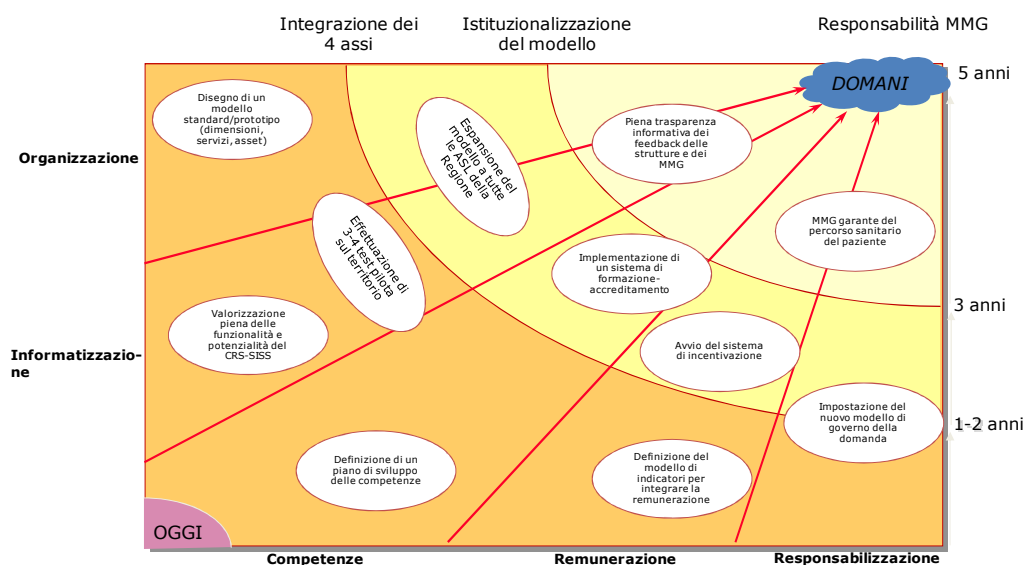
Per ottenere ciò, è necessario che vengano predisposti e implementati in maniera strutturata questionari di *customer satisfaction* da effettuarsi sia nei confronti del singolo medico sia nei confronti di strutture sanitarie; è necessario che venga garantita la pubblicazione e la piena accessibilità di dati statistici e clinici certificanti il livello qualitativo sia della persona che della struttura. Solo in questa maniera la scelta compiuta dal cittadino potrà considerarsi libera e informata.

Capitolo 10

Ipotesi di percorso di sviluppo del modello futuro

Per poter raggiungere gli obiettivi delineati nel capitolo precedente appare necessario disegnare un percorso di sviluppo di medio termine composto da *step* intermedi in grado di trasformare la situazione attuale (Oggi) nel modello futuro (Domani).

Figura 10.1 - Ipotesi di roadmap del cambiamento



Fonte: elaborazione IReR

Come mostrato in Figura 10.1, il processo di cambiamento si può svolgere lungo un orizzonte temporale di circa 5 anni, basarsi su alcune linee guida fondamentali, la prima delle quali riguarda l'effettuazione di alcuni test pilota sul territorio lombardo; lo scopo dei pilota è di rendere concreto l'obiettivo di ottimizzazione dei quattro assi strategici descritto nel capitolo precedente.

La prima *milestone* del processo di cambiamento, l'avvio dei test, può essere previsto in circa 1-2 anni, a seguito di un processo che prevede il disegno di un modello organizzativo pubblico, standardizzato e replicabile su larga scala, sull'esempio, diffuso nel campo commerciale, del franchising.

Parallelamente al disegno del modello organizzativo si suggerisce lo sviluppo e il potenziamento delle funzionalità cliniche presenti nel progetto informatico del CRS-SISS (es. Fascicolo Sanitario Elettronico, Database); la definizione di un piano di sviluppo delle competenze del MMG affiancato, in una fase successiva, dall'implementazione di progetti di formazione e valutazione continua delle competenze stesse; la definizione del modello di indicatori per integrare la remunerazione dei MMG, che verrà avviata nella fase successiva.

Questo processo di cambiamento deve essere caratterizzato da un mix di azioni di tipo bottom-up e top-down, infatti se da un lato è la Regione che deve acquisire il ruolo di guida complessiva del processo, dall'altro l'adesione da parte dei medici al modello organizzativo delineato dovrebbe essere volontaria e graduale. È prevedibile una maggior adesione da parte di medici giovani e intraprendenti che fungano da motori del cambiamento e, allo stesso tempo, da "esempio" per i medici più anziani o comunque meno intraprendenti. Compito della Regione in questo caso è di veicolare le scelte dei MMG verso l'adesione al nuovo modello, ad esempio utilizzando incentivi, facendo in modo che i medici non aderenti si ritrovino "fuori dal sistema".

È fondamentale, tanto in questa fase che nelle successive, che la Regione comunichi in modo chiaro e trasparente quali sono le iniziative intraprese e quali benefici produrranno sia all'esterno, nei confronti dei cittadini, sia all'interno, nei confronti dei MMG.

La seconda *milestone* del processo prevede l'istituzionalizzazione del modello, utilizzato nelle fasi di test pilota, a tutto il territorio della Regione Lombardia in un orizzonte temporale di circa 3 anni.

All'interno di questa fase è inoltre prevedibile l'avvio dell'impostazione del nuovo modello di governo della domanda, che dovrebbe condurre, nella terza ed ultima fase, al compimento degli ultimi due obiettivi descritti nel capitolo precedente: anticipare i bisogni dei cittadini attraverso un ruolo proattivo del SSR e garantire una significativa libertà di scelta e di influenza ai cittadini.

Anche in questa fase la Regione riveste un ruolo fondamentale di guida del processo evolutivo, sia fornendo gli strumenti necessari al MMG per rivestire il nuovo ruolo di garante del percorso clinico dei propri assistiti e sia predisponendo e pubblicando questionari di *customer satisfaction* e dati statistico-clinici relativi a strutture sanitarie e MMG che garantiscano trasparenza informativa e feedback sul sistema sanitario nel suo complesso, assicurando quindi una concreta libertà di scelta ai cittadini.

Da un punto di vista più operativo si suggerisce di prevedere una prima attività caratterizzata dall'analisi dettagliata dei bisogni e delle aspettative della domanda con l'obiettivo di capire come i cittadini giudicano oggi il loro rapporto con la medicina di base, quali sono i punti deboli e quali i miglioramenti possibili per il futuro.

Successivamente, i risultati di tale analisi saranno utili alla definizione dei nuovi modelli organizzativi; a tal proposito è necessario prevedere l'istituzione di modelli gestionali flessibili sia in termini di dimensione della struttura organizzativa che di ampiezza e completezza dei servizi erogati, in grado di adattarsi alle specificità territoriali della Regione (es. metropoli vs. contesti di provincia).

Proprio per quest'ultimo motivo si suggerisce che i test pilota previsti siano distribuiti in diverse aree del territorio regionale in modo da testare le nuove strutture organizzative all'interno di contesti differenziati

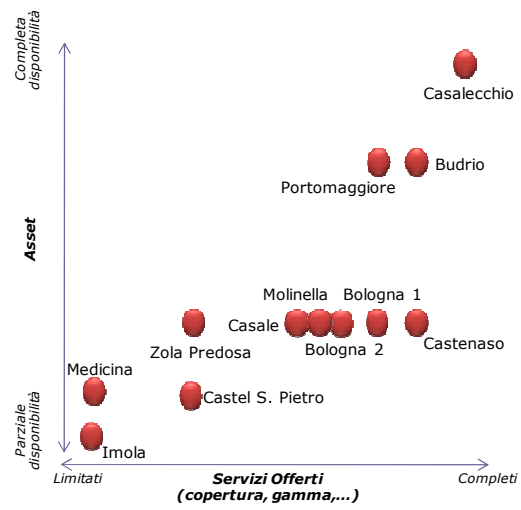
.

Allegato

Le case della Salute in Emilia Romagna



- ❑ L'Emilia Romagna presenta numerose esperienze di Case della Salute sul proprio territorio
- ❑ La maggior parte delle quali concentrate nella ASL di Bologna



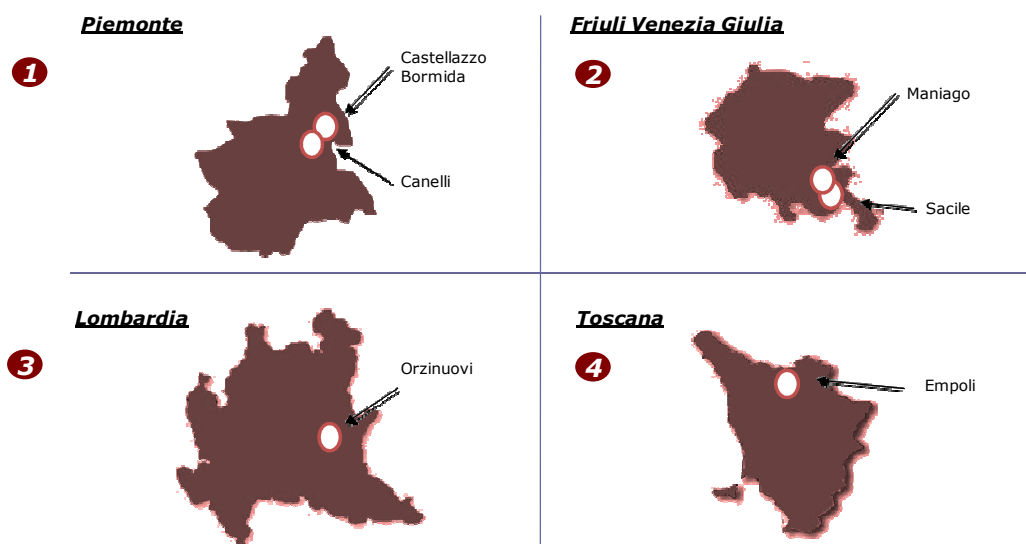
Il caso di Imola come esempio di struttura con una limitata gamma di servizi e asset offerti

Caratteristiche Generali	<ul style="list-style-type: none">❑ Sede di una Medicina di Gruppo❑ Al suo interno si svolge attività ambulatoriale per 12h al giorno durante i giorni feriali❑ Il coordinatore della struttura effettua le riunioni di organizzazione di cui fornisce alla ASL la verbalizzazione e la reportistica sulle prestazioni erogate
Gamma servizi offerti	<ul style="list-style-type: none">❑ L'attività è garantita da 11 MMG a rotazione❑ Non sono presenti medici specialisti❑ Il PUA effettua solo attività di segreteria❑ La gestione dell'ADI è affidata al singolo medico❑ Non sono presenti consultori
Asset	<ul style="list-style-type: none">❑ Non è attualmente attivato l'ambulatorio❑ Non sono presenti strumenti per effettuare esami radiologici❑ Non è prevista l'attivazione della telemedicina

Il caso di Casalecchio come esempio di una struttura completa e innovativa

Caratteristiche Generali	<ul style="list-style-type: none">❑ Struttura articolata su due livelli fuori terra più un seminterrato per i servizi tecnici e di supporto logistico❑ La struttura è in relazione con:<ul style="list-style-type: none">• Le strutture di Cure Primarie presenti nel Distretto• La Rete ospedaliera Aziendale presente nel Distretto• Gli studi dei MMG esterni
Gamma servizi offerti	<ul style="list-style-type: none">❑ 5 MMG presenti in struttura e 28 collegati❑ 60 specialisti a rotazione che coprono 22 diverse specialità❑ Attivi sia il PUA che lo Sportello Sociale❑ La gestione dell'ADI è affidata ai MMG e agli infermieri❑ È presente il Comitato Consultivo Misto
Asset	<ul style="list-style-type: none">❑ È attivo sia l'ambulatorio infermieristico che il punto prelievi nel laboratorio di analisi❑ Gli esami di radiologia vengono effettuati all'interno delle due sale raggi presenti❑ È attivo un sistema di telemedicina

Sul territorio nazionale abbiamo riscontrato altre esperienze attive



La Casa della Salute di Castellazzo Bormida

Caratteristiche Generali	<ul style="list-style-type: none">□ La struttura fa riferimento ad un bacino di 4.300 abitanti□ È gestita dal Distretto con la collaborazione della ASL di Alessandria
Gamma servizi offerti	<ul style="list-style-type: none">□ Non è specificato il numero di MMG che hanno aderito al progetto□ È presente un ginecologo all'interno della struttura□ Sono attivi il PUA e il nucleo di gestione dell'ADI□ È presente il SERT presso la struttura
Asset	<ul style="list-style-type: none">□ È presente un ambulatorio nella struttura□ Non si effettuano esami radiologici e non è attualmente prevista l'implementazione di un sistema di telemedicina

La Casa della Salute di Canelli

<i>Caratteristiche Generali</i>	<ul style="list-style-type: none">❑ La struttura è gestita dal Distretto in collaborazione con l'Unità Collinari Astigiane
<i>Gamma servizi offerti</i>	<ul style="list-style-type: none">❑ Sono presenti nella struttura sia MMG che medici specialisti in un numero non specificato❑ La struttura garantisce una copertura assistenziale 24h❑ L'ADI è gestita dai MMG in collaborazione con gli infermieri❑ Vengono effettuate attività di prevenzione (es. screening, promozione della salute)
<i>Asset</i>	<ul style="list-style-type: none">❑ Presso la struttura vengono effettuati alcuni esami radiologici❑ È presente un ambulatorio infermieristico attivo 24h❑ Non sono attualmente previsti sistemi di telemedicina

La Casa della Salute di Maniago

<i>Caratteristiche Generali</i>	<ul style="list-style-type: none">❑ È stato riconvertita l'ex struttura ospedaliera di Maniago e attualmente la gestione è affidata al Distretto con la collaborazione dell'ospedale di Pordenone e del Comune di Maniago
<i>Gamma servizi offerti</i>	<ul style="list-style-type: none">❑ Sono presenti 5 MMG nella struttura mentre gli altri sono collegati funzionalmente❑ 7 specialisti facenti riferimento a 6 diverse specialità sono presenti nella struttura❑ È presente il PUA ed è attivo un sistema di ADI gestito dai MMG❑ Hanno sede presso la struttura alcune associazioni di cittadini
<i>Asset</i>	<ul style="list-style-type: none">❑ Sono presenti sia l'ambulatorio e sia le strumentazioni necessarie allo svolgimento di alcuni esami radiologici❑ È in fase di attivazione un sistema di telemedicina

La Casa della Salute di Sacile

Caratteristiche Generali	<ul style="list-style-type: none">□ Si tratta dell'ex ospedale di Sacile oggetto di alcuni interventi strutturali finalizzati a consentire l'attività territoriale□ La conduzione della struttura fa capo al Distretto con la collaborazione dell'ospedale di Pordenone e del Comune di Sacile
Gamma servizi offerti	<ul style="list-style-type: none">□ Sono presenti 2 MMG nella struttura mentre tutti gli altri MMG del Distretto sono collegati funzionalmente□ Presenti una decina di specialisti appartenenti a 10 diverse specialità□ È presente il PUA□ La gestione dell'ADI è affidata ai MMG□ Hanno sede presso la struttura alcune associazioni di volontariato
Asset	<ul style="list-style-type: none">□ È presente sia un ambulatorio che il laboratorio di analisi□ Vengono effettuati alcuni esami radiologici (es. RX torace, ecografia, urografia)□ È in fase di attivazione un sistema di telemedicina

La Casa della Salute di Orzinuovi

Caratteristiche Generali	<ul style="list-style-type: none">□ Progetto sperimentale attuato in collaborazione tra ASL di Brescia e A.O. Mellino Mellini di Chiari□ Attivati 4 posti letto che dovrebbero diventare 10 entro fine 2008□ Sono presenti 3 studi medici tutti collegati al SISS, 1 sala d'attesa e 1 studio amministrativo
Gamma servizi offerti	<ul style="list-style-type: none">□ Al progetto hanno aderito 19 MMG su 35 appartenenti al Distretto□ Sono presenti specialisti di 16 diverse specialità□ L'Unità per la Continuità Assistenziale Multidimensionale (UCAM) coordina la stesura del Piano Assistenziale Individualizzato e monitora l'accesso dei MMG alla struttura□ L'ADI è gestita dagli infermieri
Asset	<ul style="list-style-type: none">□ Non è presente il laboratorio infermieristico presso la struttura□ Tutti gli esami radiologici vengono effettuati presso l'ospedale di Chiari adiacente alla struttura□ Non è attualmente attivo nessun sistema di telemedicina

La Casa della Salute di Empoli

Caratteristiche Generali

- ❑ La struttura architettonica risulta staccata dal resto del Centro Direzionale presente sul luogo
- ❑ I MMG che aderiscono al progetto stipulano un contratto con l'Azienda
- ❑ La struttura risulta funzionalmente collegata con le altre strutture del Distretto

Gamma servizi offerti

- ❑ 8 MMG nella struttura e 22 collegati funzionalmente
- ❑ 7 specialisti appartenenti a 5 diverse specialità
- ❑ Il PUA è collegato funzionalmente con il Punto Unico Aziendale che coordina l'assistenza territoriale
- ❑ L'ADI è gestita dai MMG e dagli infermieri
- ❑ Presso la struttura hanno sede alcune associazioni (es. diabetici, alcolisti anonimi)

Asset

- ❑ L'ambulatorio è aperto 12h diurne nei giorni feriali
- ❑ Si effettuano esami radiologici di ecografie internistiche
- ❑ È attivo un sistema di telemedicina

Il Quality and Outcomes Framework inglese

Stroke and Transient Ischaemic Attacks

Indicator	Points	Payment Stages
Records		
STROKE 1. The practice can produce a register of patients with Stroke or TIA	4	
STROKE 2. The percentage of new patients with presumptive stroke (presenting after 1 April 2003) who have been referred for confirmation of the diagnosis by CT or MRI scan	2	25-80%
Ongoing Management		
STROKE 3. The percentage of patients with TIA or stroke who have a record of smoking status in the last 15 months, except those who have never smoked where smoking status need be recorded only once since diagnosis	3	25-90%
STROKE 4. The percentage of patients with a history of TIA or stroke who smoke and whose notes contain a record that smoking cessation advice or referral to a specialist service, if available, has been offered in the last 15 months	2	25-70%
STROKE 5. The percentage of patients with TIA or stroke who have a record of blood pressure in the notes in the preceding 15 months	2	25-90%
STROKE 6. The percentage of patients with a history of TIA or stroke in whom the last blood pressure reading (measured in last 15 months) is 150/90 or less	5	25-70%
STROKE 7. The percentage of patients with TIA or stroke who have a record of total cholesterol in the last 15 months	2	25-90%
STROKE 8. The percentage of patients with TIA or stroke whose last measured total cholesterol (measured in last 15 months) is 5 mmol/l or less	5	25-60%
STROKE 9. The percentage of patients with a stroke shown to be non-haemorrhagic, or a history of TIA, who have a record that aspirin, an alternative anti-platelet therapy, or an anti-coagulant is being taken (unless a contraindication or side-effects are recorded)	4	25-90%
STROKE 10. The percentage of patients with TIA or stroke who have had influenza immunisation in the preceding 1 September to 31 March	2	25-85%

Hypertension

Indicator	Points	Payment Stages
Records		
BP 1. The practice can produce a register of patients with established hypertension	9	
Diagnosis and initial management		
BP 2. The percentage of patients with hypertension whose notes record smoking status at least once since diagnosis	10	25-90%
BP 3. The percentage of patients with hypertension who smoke, whose notes contain a record that smoking cessation advice or referral to a specialist service, if available, has been offered at least once	10	25-90%
Ongoing Management		
BP 4. The percentage of patients with hypertension in whom there is a record of the blood pressure in the past 9 months	20	25-90%
BP 5. The percentage of patients with hypertension in whom the last blood pressure (measured in the last 9 months) is 150/90 or less	56	25-70%

Hypothyroidism

Indicator	Points	Payment stages
Records		
THYROID 1. The practice can produce a register of patients with hypothyroidism	2	
Indicator		
Points		
Payment Stages		
Ongoing Management		
THYROID 2. The percentage of patients with hypothyroidism with thyroid function tests recorded in the previous 15 months	6	25-90%

Diabetes Mellitus (Diabetes)

Indicator	Points	Payment Stages
Records		
DM 1. The practice can produce a register of all patients with diabetes mellitus	6	
Ongoing Management		
DM 2. The percentage of patients with diabetes whose notes record BMI in the previous 15 months	3	25-90%
DM 3. The percentage of patients with diabetes in whom there is a record of smoking status in the previous 15 months, except those who have never smoked where smoking status need be recorded only once since diagnosis	3	25-90%
DM 4. The percentage of patients with diabetes who smoke and whose notes contain a record that smoking cessation advice or referral to a specialist service, where available, has been offered in the last 15 months	5	25-90%
DM 5. The percentage of diabetic patients who have a record of HbA1c or equivalent in the previous 15 months	3	25-90%
DM 6. The percentage of patients with diabetes in whom the last HbA1C is 7.4 or less (or equivalent test/reference range depending on local laboratory) in last 15 months	16	25-50%
DM 7. The percentage of patients with diabetes in whom the last HbA1C is 10 or less (or equivalent test/reference range depending on local laboratory) in last 15 months	11	25-85%
DM 8. The percentage of patients with diabetes who have a record of retinal screening in the previous 15 months	5	25-90%
DM 9. The percentage of patients with diabetes with a record of the presence or absence of peripheral pulses in the previous 15 months	3	25-90%
DM 10. The percentage of patients with diabetes with a record of neuropathy testing in the previous 15 months	3	25-90%
DM 11. The percentage of patients with diabetes who have a record of the blood pressure in the past 15 months	3	25-90%
DM 12. The percentage of patients with diabetes in whom the last blood pressure is 145/85 or less	17	25-55%
DM 13. The percentage of patients with diabetes who have a record of micro-albuminuria testing in the previous 15 months (exception reporting for patients with proteinuria)	3	25-90%
DM 14. The percentage of patients with diabetes who have a record of serum creatinine testing in the previous 15 months	3	25-90%
DM 15. The percentage of patients with diabetes with a diagnosis of proteinuria or micro-albuminuria who are treated with ACE inhibitors (or A2 antagonists)	3	25-70%
DM 16. The percentage of patients with diabetes who have a record of total cholesterol in the previous 15 months	3	25-90%
DM 17. The percentage of patients with diabetes whose last measured total cholesterol within the previous 15 months is 5mmol/l or less	6	25-60%
DM 18. The percentage of patients with diabetes who have had influenza immunisation in the preceding 1 September to 31 March	3	25-85%

Secondary Prevention in Coronary Heart Disease (CHD)

Indicator	Points	Payment Stages
Records		
CHD 1. The practice can produce a register of patients with coronary heart disease	6	
Diagnosis and initial management		
CHD 2. The percentage of patients with newly diagnosed angina (diagnosed after 1 April 2003) who are referred for exercise testing and/or specialist assessment	7	25-90%
Ongoing Management		
CHD 3. The percentage of patients with coronary heart disease whose notes record smoking status in the past 15 months, except those who have never smoked where smoking status need be recorded only once since diagnosis	7	25-90%
CHD 4. The percentage of patients with coronary heart disease who smoke, whose notes contain a record that smoking cessation advice or referral to a specialist service, where available, has been offered within the last 15 months	4	25-90%
CHD 5. The percentage of patients with coronary heart disease whose notes have a record of blood pressure in the previous 15 months	7	25-90%
CHD 6. The percentage of patients with coronary heart disease in whom the last blood pressure reading (measured in the last 15 months) is 150/90 or less	19	25-70%
CHD 7. The percentage of patients with coronary heart disease whose notes have a record of total cholesterol in the previous 15 months	7	25-90%
CHD 8. The percentage of patients with coronary heart disease whose last measured total cholesterol (measured in last 15 months) is 5 mmol/l or less	16	25-60%
CHD 9. The percentage of patients with coronary heart disease with a record in the last 15 months that aspirin, an alternative anti-platelet therapy, or an anti-coagulant is being taken (unless a contraindication or side-effects are recorded)	7	25-90%
CHD 10. The percentage of patients with coronary heart disease who are currently treated with a beta blocker (unless a contraindication or side-effects are recorded)	7	25-50%
CHD 11. The percentage of patients with a history of myocardial infarction (diagnosed after 1 April 2003) who are currently treated with an ACE inhibitor or angiotensin II antagonist	7	25-70%
CHD 12. The percentage of patients with coronary heart disease who have a record of influenza immunisation in the preceding 1 September to 31 March	7	25-85%
Sub Set – Left Ventricular Dysfunction		
Records		
LVD 1. The practice can produce a register of patients with CHD and left ventricular dysfunction	4	
Diagnosis and initial management		
LVD 2. The percentage of patients with a diagnosis of CHD and left ventricular dysfunction (diagnosed after 1 April 2003) which has been confirmed by an echocardiogram	6	25-90%

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

Indicator	Points	Payment Stages
Records		
COPD 1. The practice can produce a register of patients with COPD	5	
Initial diagnosis		
COPD 2. The percentage of patients in whom diagnosis has been confirmed by spirometry including reversibility testing for newly diagnosed patients with effect from 1 April 2003	5	25-90%
COPD 3. The percentage of all patients with COPD in whom diagnosis has been confirmed by spirometry including reversibility testing	5	25-90%
Ongoing management		
COPD 4. The percentage of patients with COPD in whom there is a record of smoking status in the previous 15 months, except those who have never smoked where smoking status need be recorded only once since diagnosis	6	25-90%
COPD 5. The percentage of patients with COPD who smoke, whose notes contain a record that smoking cessation advice or referral to a specialist service, where available, has been offered in the past 15 months	6	25-90%
COPD 6. The percentage of patients with COPD with a record of FeV1 in the previous 27 months	6	25-70%
COPD 7. The percentage of patients with COPD receiving inhaled treatment in whom there is a record that inhaler technique has been checked in the preceding 27 months	6	25-90%
COPD 8. The percentage of patients with COPD who have had influenza immunisation in the preceding 1 September to 31 March	6	25-85%

Epilepsy

Indicator	Points	Payment Stages
Records		
EPILEPSY 1. The practice can produce a register of patients receiving drug treatment for epilepsy	2	
Ongoing Management		
EPILEPSY 2. The percentage of patients aged 16 and over on drug treatment for epilepsy who have a record of seizure frequency in the previous 15 months	4	25-90%
EPILEPSY 3. The percentage of patients aged 16 and over on drug treatment for epilepsy who have a record of medication review in the previous 15 months	4	25-90%
EPILEPSY 4. The percentage of patients aged 16 and over on drug treatment for epilepsy who have been seizure free for the last 12 months recorded in the last 15 months	6	25-70%

Cancer

Indicator	Points	Payment stage
Records		
CANCER 1. The practice can produce a register of all cancer patients diagnosed after 1 April 2003	6	
Ongoing Management		
CANCER 2. The percentage of patients with cancer diagnosed from 1 April 2003 with a review by the practice recorded within six months of confirmed diagnosis. This should include an assessment of support needs, if any, and a review of co-ordination arrangements with secondary care	6	25-90%

Mental Health (MH)

Indicator	Points	Payment stages
Records		
MH 1. The practice can produce a register of people with severe long-term mental health problems who require and have agreed to regular follow-up	7	
Ongoing management		
MH 2. The percentage of patients with severe long-term mental health problems with a review recorded in the preceding 15 months. This review includes a check on the accuracy of prescribed medication, a review of physical health and a review of co-ordination arrangements with secondary care	23	25-90%
MH 3. The percentage of patients on lithium therapy with a record of lithium levels checked within the previous 6 months	3	25-90%
MH 4. The percentage of patients on lithium therapy with a record of serum creatinine and TSH in the preceding 15 months	3	25-90%
MH 5. The percentage of patients on lithium therapy with a record of lithium levels in the therapeutic range within the previous 6 months	5	25-70%

Asthma

Indicator	Points	Payment stages
Records		
ASTHMA 1. The practice can produce a register of patients with asthma, excluding patients with asthma who have been prescribed no asthma-related drugs in the last twelve months	7	
Initial Management		
ASTHMA 2. The percentage of patients aged eight and over diagnosed as having asthma from 1 April 2003 where the diagnosis has been confirmed by spirometry or peak flow measurement	15	25-70%
Indicator	Points	Payment Stages
Ongoing management		
ASTHMA 3. The percentage of patients with asthma between the ages of 14 and 19 in whom there is a record of smoking status in the previous 15 months	6	25-70%
ASTHMA 4. The percentage of patients aged 20 and over with asthma whose notes record smoking status in the past 15 months, except those who have never smoked where smoking status need be recorded only once since diagnosis	6	25-70%
ASTHMA 5. The percentage of patients with asthma who smoke, and whose notes contain a record that smoking cessation advice or referral to a specialist service, where available, has been offered within the last 15 months	6	25-70%
ASTHMA 6. The percentage of patients with asthma who have had an asthma review in the last 15 months	20	25-70%
ASTHMA 7. The percentage of patients aged 16 and over with asthma who have had influenza immunisation in the preceding 1 September to 31 March	12	25-70%