

ALLEGATO 1 - MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA SPERIMENTAZIONE REGIONALE GRUPPI DI CURE PRIMARIE/CASE DELLA SALUTE

RIFERIMENTO NORMATIVO

Dgr n. 57-10097 del 17 novembre 2008, "Accordo Regionale della Medicina Generale per l'avvio dei Gruppi di Cure Primarie e le Case della Salute, in costituzione nelle Asl piemontesi"

DURATA DELLA SPERIMENTAZIONE E DEL PRESENTE ACCORDO

L'Accordo, a carattere sperimentale, ha una validità complessiva che va da agosto 2009 a dicembre 2011.

E' istituita, a livello regionale, la Consulta dei direttori dei distretti nei quali sono stati attivati i GCP/CS e dei referenti di tutti i GCP/CS.

A livello regionale si prevede, inoltre, l'istituzione di un gruppo tecnico per il monitoraggio dei risultati della sperimentazione, composto da referenti regionali, rappresentanti dei direttori di distretto e dei referenti dei Gruppi Primarie/Case della Salute, individuati all'interno della Consulta di cui sopra, i cui lavori verranno sottoposti al Tavolo ex art. 29 AIR06.

I gruppi, previa verifica dei requisiti previsti, verranno inseriti nella sperimentazione all'avvio di questa ed al primo step di valutazione a 6 mesi.

Il gruppo tecnico di cui sopra valuterà, entro 30 giorni dalla sua approvazione, i requisiti dei gruppi candidati alla sperimentazione, ai sensi della dgr 57 del 17 ottobre 2008, sulla base della rilevazione condotta dall'Assessorato Tutela Salute nei mesi di maggio – giugno 2009. I gruppi inclusi in questa prima presa d'atto regionale dovranno adeguare le proprie caratteristiche ai requisiti eventualmente mancanti della dgr 57/09 nel corso dei primi sei mesi di sperimentazione.

Il numero massimo di GCP/CS partecipanti alla sperimentazione viene mantenuto, su scala regionale, pari al numero degli attuali distretti presenti nelle Asl piemontesi (fatta salva l'opportunità di far partire i GCP nelle costituende Case della Salute, anche in deroga al numero totale). Verrà in ogni caso data la priorità ai GCP proposti in distretti dove non siano presenti altri GCP e, in subordine, a parità di requisiti, alla data di presentazione della domanda.

Dalla data di inizio del presente Accordo possono essere ricondotti ai criteri di questo gli Accordi preesistenti nelle Asl piemontesi (e comunque i due Accordi ove esistenti non sono cumulabili, per le medesime attività innovative).

Le indicazioni contenute nel presente documento per i medici di medicina generale si estendono anche ai pediatri di libera scelta presenti nei gruppi di cure primarie.

Al termine della sperimentazione, previa valutazione dei risultati, se ne può prevedere una diffusione più generalizzata nel contesto regionale.

DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE DI GCP /CASE DELLA SALUTE

GCP e CASE DELLA SALUTE nascono dall'integrazione della medicina generale in forma associativa con altre figure professionali e funzioni delle cure primarie e della area socio-assistenziale.

Essi non sono una nuova aggregazione della Medicina Generale, ma una struttura differente e più complessa.

In essi i medici di medicina generale sviluppano nuove attività e si integrano con altre professionalità, con diversi

livelli di assistenza e con il sociale.

I medici di medicina generale sono il centro e svolgono un ruolo di coordinamento delle attività che si rivolgono esclusivamente alla popolazione costituita dall'insieme degli assistiti a loro iscritti, anche in collaborazione con altre figure individuate per funzioni diverse dall'Asl.

Nei GCP/CS è salvaguardato e facilitato il rapporto personale medico/paziente, offrendo nel contempo una forte integrazione professionale, dei servizi e facilitazioni nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali

Il GCP/CS fornisce gli strumenti per una maggiore presa in carico del cittadino per i suoi problemi contingenti e cronici

Costituisce impegno delle Asl creare tutte le opportunità di comunicazione della sperimentazione in oggetto alla popolazione.

Ambito dell'Accordo

L'Accordo regionale verte:

- sulle attività qualificanti richieste alla medicina generale all'interno della struttura GCP/CS e sulle risorse necessarie ad espletarle
- sulle modalità di individuazione e sulle risorse necessarie alla gestione delle funzioni e dei servizi del GCP/CS, della sede principale, quando di proprietà della medicina di gruppo, e del suo collegamento in rete con eventuali sedi periferiche e con la rete aziendale

Requisiti e situazione logistica della Sede principale del GCP/CS

La sede principale del GCP/CS è una struttura funzionale dell'ASL, consona alle funzioni e servizi in essa espletati, che può:

essere messa a disposizione del GCP dall'Azienda (sempre nel caso della Casa della Salute)

essere messa a disposizione da un Ente Terzo compatibile

essere messa a disposizione dalla medicina di gruppo precedente.

Attività qualificanti richieste ai Medici Generali all'interno del GCP/CS

Durante la sperimentazione i MMG svolgeranno le seguenti attività qualificanti quantificabili e misurabili:

- attività ambulatoriale tradizionale e per gli Ambulatori Medici Orientati su appuntamento
- assistenza coordinata e prolungata a tutta la popolazione iscritta ai medici in associazione per motivi di indifferibilità clinica o burocratica dell'assistenza, non inferiore alle 8 ore giornaliere (7 ore solo nelle condizioni previste dalla dgr 57 del 17 novembre 2008)
- incremento delle ore di contattabilità del singolo medico in associazione, anche attraverso il servizio di segreteria del GCP, per l'eventuale domiciliarità non inferiore alle due ore giornaliere dal lunedì al venerdì, salvo i prefestivi
- partecipazione di ogni medico alle attività derivanti dalla gestione pluriprofessionale di almeno un Ambulatorio Orientato (AMO)
- attività di ciascun medico partecipante al GCP, senza la presenza del paziente di tipo epidemiologico con valutazione e flusso di dati, organizzativa, programmatoria e di formazione e ricerca, inerente alle attività del progetto sperimentale regionale e di ogni singola attività anche decisa a livello aziendale, in rete con i sistemi informativi aziendali

- attività di coordinamento, gestione e collegamento ad altri livelli di tutto il GCP a seconda delle dimensioni della popolazione assistita dai MMG.

LA SPERIMENTAZIONE 2009-2011

Le caratteristiche indispensabili per definire i GCP/CS e per inserirlo quindi nella sperimentazione sono contenute nella DGR 57 del 17 novembre 2008 ed elencate nei 12 punti di essa costitutivi.

Si concorda inoltre che:

Oltre al nucleo di base del gcp (mmg, pls, medico di ca, infermieri dei mmg e dei distretti, personale amministrativo dei mmg e dei distretti, personale dei servizi sociali e gli specialisti ove individuati) è possibile prevedere l'integrazione con servizi opzionali, aggiuntiva e soggetta a contrattazione locale a seconda delle differenti necessità territoriali, ma comunque sottoposta al controllo regionale con eventuale partecipazione di risorse dedicate.

Tali servizi possono riguardare, oltre ai possibili servizi distrettuali presenti nelle Asl (Consultorio pediatrico e familiare, Antenne del Sert, Dsm, Servizio Farmaceutico, Servizi di Prevenzione, Sportelli Unici di Accesso) :

- sperimentazioni di sistemi informativi
- la presenza e l'utilizzo di altre figure professionali quali il Gestore del Sistema Informativo del GCP, il Coordinatore di Progetto
- esperienze di telemedicina o servizi interni affidati ai mmg di elettrocardiografia, ecografi a fronte di capacità professionali validate e certificate, eventualmente con corsi di formazione ad hoc
- attività aggiuntive di particolare impegno professionale.

Per tutte le attività ed i servizi se ne prevede l'attivazione sulla base di parametri concordati e certificabili e correlati a specifiche progettualità concordate con l'Asl e/o nell'ambito degli Ambulatori Medici Orientati (vedi a questo proposito il paragrafo relativo alle attività).

Tali attività comunque verranno retribuite direttamente dall'Asl, dopo contrattazione con le componenti sindacali, in termini di Indice di Valorizzazione (vedi oltre), secondo il parametro individuato a livello regionale ed esclusivamente su progetto preciso, certificabile e quantificabile a priori.

Inoltre, ogni Azienda potrà, al di fuori dei parametri minimi individuati dalla Regione Piemonte, per particolari esigenze locali, contrattare l'ampliamento della presenza medica dedicata all'intera popolazione del proprio GCP, o il periodo di contattabilità, o formulare nuovi progetti, che però dovranno essere comunque remunerati secondo i parametri previsti o validati a livello regionale (sia per la componente professionale che per quella delle spese gestionali eventualmente necessarie).

La remunerazione di queste ultime attività sarà proporzionale all'impegno e a carico direttamente dell'Asl, secondo il parametro più sotto individuato, eventualmente anche con risorse messe a disposizione da Enti, istituzioni o soggetti compatibili e privi di conflitto di interesse con l'attività espletata dai GCP.

L'Azienda dovrà contrattare con i sindacati i criteri di valutazione e verifica anche per i progetti aggiuntivi.

Restano in vigore per la Medicina Generale tutte le norme con relative retribuzioni, previste da accordi nazionali, regionali e locali precedenti; in particolare per quanto riguarda le indennità di medicina di gruppo o in rete, esse saranno dovute, come previste da accordi nazionali e regionali, a tutti i Mmg che entreranno a far parte del GCP, a seconda della forma associativa da loro scelta, anche in deroga alle percentuali attualmente previste dalla Regione Piemonte.

All'interno delle Medicine di Gruppo che fanno parte dei GCP potranno aggregarsi, durante la sperimentazione, con la periodicità prevista dall'Accordo, altri medici di medicina generale o pediatri di libera scelta, in aggiunta a quelli previsti dal progetto iniziale, a patto che operino esclusivamente nella sede principale, anche se di nuovo

inserimento negli elenchi per eventuali “carenze” verificatesi nell’area su cui insiste il GCP

I MMG potranno essere sostituiti temporaneamente (per assenza o malattia) o dai Colleghi della Medicina di Gruppo o da Colleghi esterni, oltre secondo le norme dell’ACN, anche solo per alcune funzioni o ore della giornata. Tali sostituzioni non necessitano di avviso da parte del medico all’ASL.

Attività innovative svolte dalla medicina di base nei GCP/CS

La medicina di base svolge nel GCP/CS ogni attività già prevista negli accordi precedenti a livello nazionale, regionale e locale.

Le attività aggiuntive e innovative, di seguito elencate, tendono a dare soluzione ai seguenti prioritari bisogni di assistenza della popolazione

1. Incremento e generalizzazione della continuità dell’assistenza

- a. Incremento dell’attività medica ambulatoriale a disposizione di tutta la popolazione iscritta ai MMG e PLS del GCP, ed espletata dai MG, eccedente quella già prevista per la medicina di gruppo, secondo gli accordi vigenti (attualmente 6 ore giornaliere per la medicina di gruppo e apertura degli ambulatori che raggiunga le ore 19).
Almeno 8 ore al giorno (7 ore nel caso in cui siano presenti solo tre MMG e un PLS).
- b. Incremento dell’attività medica di contattabilità personale o attraverso la organizzazione interna alla struttura del GCP per l’eventuale domiciliarietà per ciascun MG. Almeno due ore giornaliere oltre le 10 del mattino nei giorni feriali non prefestivi.

2. Incremento della presa in carico del bisogno di salute

a. Organizzazione dell’attività clinica ambulatoriale tradizionale e degli Ambulatori Medici Orientati su appuntamento

b. Attivazione di almeno 1 Ambulatorio Medico Orientato (AMO)

Attività ambulatoriale dedicata, all’interno di quella attuale, alla gestione degli AMO

L’AMO che farà riferimento alle attività individuate dai Dipartimenti Aziendali di Prevenzione ed a livello regionale nell’ambito del Piano Nazionale di Prevenzione verrà gestito in collaborazione con la funzione infermieristica professionale e integrato, quando necessario con procedure concordate con i servizi specialistici, di laboratorio e diagnostici dell’ASL, in collegamento con le attività dei Distretti.

Restano in capo al MG: tutta la responsabilità e l’attività organizzativa, del percorso educativo, preventivo, diagnostico, terapeutico e di follow up del singolo paziente o di eventuali gruppi di pazienti per quanto riguarda l’educazione sanitaria e gli stili di vita.

All’infermiere, sotto il diretto controllo del singolo MG a cui è iscritto il cittadino inserito nell’AMO, verranno affidate le mansioni di verifica dei parametri biometrici e dei valori clinici di base che interessano l’attività del singolo AMO. L’attività di counselling e di educazione sanitaria, svolgibile con procedure concordate dalla funzione infermieristica, nell’ambito di progetti che definiscono i vari compiti e attività, resta sotto il controllo clinico del singolo medico generale.

All’interno della attività degli AMO dedicati alla gestione della patologie cronico- degenerative e dei percorsi diagnostico- terapeutici è possibile la distribuzione diretta di farmaci e presidi integrativi, anche attraverso la struttura del GCP.

Inoltre i MMG e i PLS collaborano al **miglioramento della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni** svolgendo le seguenti attività:

3. Attività di Governo Clinico (lavoro da eseguire in assenza del paziente)

- a. *partecipazione a sistemi informativi di raccolta dati e fornitura di servizi in rete con le Aziende*
- b. *lavoro epidemiologico di raccolta, revisione, classificazione ed eventuale comunicazione di dati riguardanti singoli cittadini o gruppi di pazienti, sia per l'attività tradizionale, sia per quella dedicata ai singoli AMO, o a programmi di educazione sanitaria o prevenzione;*
- c. *lavoro di programmazione, revisione procedure, con riunioni di settore o in plenaria tra i MG o tra loro e gli altri operatori del GCP;*
- d. *esperienze di Self Audit, Audit e Peer review, formazione dedicata alle attività del GCP in sperimentazione per il miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure, utilizzo appropriato delle risorse*

4. Attività di Coordinamento delle attività del GCP

- a. funzione da riferimento per l'asl e altri Enti firmatari l'accordo di Programma;
- b. contatto con altri livelli di assistenza;
- c. partecipazione alla programmazione delle attività del distretto che riguardino il GCP;
- d. coordinamento delle riunioni del GCP per motivi organizzativi, programmatori, formativi e di ricerca;
- e. collaborazione con il Distretto, anche a nome dei MMG e PLS per eventuali modifiche o inadempienze del regolamento e modifiche e integrazioni degli obiettivi iniziali;
- f. proposta all'ASL o ai componenti del GCP nuovi Progetti di iniziativa aziendale o professionale;
- g. partecipazione alla valutazione insieme agli altri livelli di assistenza all'andamento degli obiettivi e concorda gli eventuali correttivi in itinere.
- h) raccordo con il livello distrettuale e regionale, partecipazione alle riunioni di coordinamento della prevista Consulta e messa a disposizione dei dati per la costruzione degli indicatori di monitoraggio

ALLEGATO 2 - RISORSE

Indice di Valorizzazione della attività innovative della Medicina Generale inserita nei GCP/CS

Le attività innovative dei MMG inseriti nei GCP verranno remunerate secondo un **Indice di Valorizzazione**, derivante dalla elaborazione della quota capitaria di una popolazione di 1500 assistibili e assegnato alle prestazioni più sopra elencate come innovative

Modalità di calcolo dell' indice di Valorizzazione (IV)

1500 assistibili x 42 €/anno (quota capitaria omnicomprensiva di quote nazionali e regionali) = 63000,00 € anno.

Tale cifra viene divisa per i 12 mesi dell'anno ed equivale a 5250,00 €/mese.

L'impegno per convenzione è, per un medico massimalista, assimilabile ad un impegno a tempo pieno e cioè di 40 ore settimanali.

Tale impegno in ore per quattro settimane, più frazione di settimana (0,34) di lavoro, ammonta a 173,6 ore al mese.

Secondo tali parametri, il valore che ne deriva è di **30,24 €** (5250,00: 173,6).

Considerato il valore innovativo dell'attività della MG all'interno dei GCP e la quantità e qualità dell'assistenza erogabile ai cittadini, molto maggiore rispetto agli attuali livelli di assistenza territoriale, l'Indice di Valorizzazione come sopra calcolato viene aumentato del 25% (7,56 €).

Risulta quindi che l'IV per le nuove attività erogabili dalla MG è pari a **37,800 €**

Quindi **37,800 €** è l' **indice di Valorizzazione** legato alle seguenti attività presenti nell'accordo del 6 Novembre 08 e nella successiva Delibera Regionale

Attività innovative del Mmg retribuibili con Indice di Valorizzazione Regionale

Attività		Indici di valorizzazione settimanali
1. Incremento e generalizzazione della continuità dell'assistenza	Avvio attività	2,5
	Raggiungimento indicatori	2
2. Presa in carico del bisogno: attività su appuntamento e AMO Rischio cardiovascolare	Avvio attività	2
	Raggiungimento indicatori	4
3. Governo clinico	Avvio attività	1
	Raggiungimento indicatori	1
4. Coordinamento: 5 IV al coordinatore		

Gli indici di valutazione relativi al governo clinico potranno essere rivalutati nel corso della sperimentazione in base all'evoluzione del progetto regionale relativo.

Per quei GCP/CS che, all'analisi dei dati forniti, risultino non ottemperanti ad almeno due dei 12 requisiti contenuti nella dgr 57/08 ritenuti qualificanti (numero minimo di mmg/pls, orario, presenza di infermiere, personale amministrativo, personale sociale, specialisti, collegamento informativo) si prevede l'inclusione nel gruppo sperimentale all'avvio della sperimentazione, prevedendo una decurtazione dei due IV collegati all'avvio della attività per il punto 1 della tabella di cui sopra, previa verifica al primo step di valutazione semestrale del conseguimento dei requisiti mancanti, con reintegrazione dei due IV a partire dal primo giorno del mese successivo al momento dell'adeguamento.

Tutti gli emolumenti sono assoggettati alle imposte di legge e al contributo Enpam obbligatorio.

Spese di gestione del GCP

Il personale di supporto del GCP/CS viene messo a disposizione dall'Asl o, nel caso del GCP, può essere messo a disposizione direttamente anche dai medici della medicina di gruppo.

Per quanto riguarda le spese di gestione del GCP, la quantificazione delle risorse destinate al personale di supporto ai medici di medicina generale (indennità per personale segretariale e personale infermieristico prevista dalla vigente convenzione) dovrà tener conto del maggior carico di lavoro imposto dall'incremento dei pazienti che afferiscono ai GCP, in quanto:

- **i collaboratori di studio** dovranno occuparsi, oltre che delle normali funzioni di reception, di gestione delle agende di Mmg e di informazione al pubblico, con preparazione di richieste e ricette, anche delle seguenti attività, qualora siano rese possibili dall'organizzazione aziendale e, ove non possibile, temporaneamente sostituite con procedure a sistema misto elettronico-manuale:

- teleprenotazione o pre-prenotazione, attraverso collegamento con il CUP di riferimento aziendale
- gestione delle agende degli specialisti e dei servizi presenti (punto prelievi, rilascio ticket...)
- gestione delle agende degli AMO
- pratiche amministrative per pagamento ticket e esenzioni collegate ai servizi specialistici e aziendali
- compilazione fogli di attività degli specialisti
- incorporazione referti clinici certificati con firma elettronica...

Per tali attività, oltre al superamento dei tetti stabiliti attualmente per l'assunzione di personale segretariale, si prevede un incremento di impegno orario di tale personale. L'incremento di orario comporterà un aumento dell'indennità prevista per il personale di studio, corrisposta dalla ASL al medico, pari alla spesa sostenuta in più dal medico in base al costo orario e agli oneri previdenziali previsti dal contratto dei collaboratori di studio. Il fabbisogno può essere coperto, là ove possibile, anche con personale ASL, qualora il dipendente precedentemente previsto per la Medicina di Gruppo sia già assunto con contratto a tempo pieno;

- **il personale infermieristico**, oltre alle normali mansioni di assistenza infermieristica oggi contemplate, dovrà partecipare alla gestione organizzata degli AMO concordati in ambito aziendale. E' altresì prevedibile per questo personale la necessità di un incremento orario.

L'incremento di orario comporterà un aumento dell'indennità prevista per il personale infermieristico, corrisposta dalla ASL al medico, pari alla spesa sostenuta in più dal medico in base al costo orario e agli oneri previdenziali previsti dal contratto degli infermieri.

L'incremento, sia per i collaboratori di studio sia per il personale infermieristico, potrà comportare un aumento dell'indennità fino al 25 % di quella attualmente erogata.

Spese strutturali

E' necessario raggiungere una uniformità sul territorio regionale per quanto riguarda l'incremento di spese di gestione della struttura principale del GCP, che può avere caratteristiche differenti.

Si prevede che la partecipazione dei mmg alle spese necessarie al funzionamento del gcp, per la componente della medicina generale (paniere costituito da affitto studi, riscaldamento, telefono, luce, spese di informatizzazione, eventuali spese assicurative, consulenti, tassa rifiuti, materiale di uso corrente...) non debba superare il 30 % del globale previsto per ciascuna struttura, con un tetto comunque non superabile rispetto al monte spese precedente all'avviamento dei GCP, dimostrabile dalla medicina di gruppo.

Di seguito i possibili casi:

- Sede offerta da Ente terzo o Asl al GCP: i mmg parteciperanno cumulativamente con non più del 30 % delle spese previste, salvo superamento delle spese precedentemente dimostrabili.
- Sede messa a disposizione della precedente medicina di Gruppo nella quale sia presente il nucleo di base GCP (mmg. Pls, medici ca, infermieri dei mmg o del distretto, collaboratori di studio dei mmg o del distretto, personale sociale, specialisti ove presenti): l'Asl parteciperà alle spese legate ai servizi inseriti nella sede principale per una cifra che cumulativamente non può superare il 70 % della spesa complessiva

La cifra di compartecipazione alle spese della sede del GCP per i MG non dovrà in alcun caso essere superiore alla cifra precedentemente pagata per la sede della medicina di gruppo o della somma delle spese per i singoli studi.

**ALLEGATO 3 - CRITERI E INDICATORI DI VALUTAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE
2009-2011
GRUPPI DI CURE PRIMARIE – CASE DELLA SALUTE
RELATIVI INDICI DI VALORIZZAZIONE (IV)**

I criteri di valutazione della sperimentazione Gruppi di Cure Primarie /Case della Salute sono riferiti alle attività innovative in questi svolte; gli indicatori individuati prendono come riferimento il miglioramento della qualità dell'attività a prescindere dalle ore effettive di lavoro (che vengono prese in considerazione solamente per il punto relativo alla continuità dell'assistenza).

Oltre ai criteri di valutazione si chiede ai GCP/CS in avvio di tener conto delle indicazioni fornite per ciascuno di essi nel documento di presa d'atto regionale inviato a tutte le Asl della Regione, in relazione all'ottemperanza ai 12 punti indicati nella dgr 57 del 16 novembre 2008.

1. CRITERI DI VALUTAZIONE PER CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA E CONTATTABILITÀ

4,5 Indici di Valorizzazione (IV) settimanali complessivi:

2,5 IV settimanali all'avvio dell'attività, 2 IV settimanali al raggiungimento degli indicatori

Indicatori

Strumenti Facilitatori

Informazione della popolazione della modalità organizzativa tramite esposizione di cartelli in studio o tramite altri mezzi scelti in accordo con l'Azienda

0,5 IV settimanali

Indicatore di processo

Incremento della effettiva attività su appuntamento effettuata dai medici di medicina generale

1 IV settimanali

Livello accettabile di Performance (LAP)

a 1 anno: 50% almeno dell'attività svolta dai Mmg su appuntamento

a 2 anni: 60% almeno dell'attività svolta dai Mmg su appuntamento

Indicatore di esito

Valutazione di un questionario della qualità percepita dell'assistenza da parte dei cittadini per quanto riguarda il parametro citato e il prolungamento della contattabilità

0,5 IV settimanali

Livello accettabile di Performance (LAP)

a 1 anno: 60% degli intervistati nella fascia del positivo

a 2 anni: 70% degli intervistati nella fascia del positivo

2- CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA PRESA IN CARICO DEL BISOGNO: AMO CON ATTIVITÀ SU APPUNTAMENTO

6 IV settimanali complessivi:

2 IV settimanali all'avvio attività (subordinati alla effettiva possibilità organizzativa dell'AMO scelto dalla Medicina di Gruppo; pertanto la struttura di ciascun AMO deve corrispondere a quella di seguito descritta)

AMBULATORIO MEDICO ORIENTATO (AMO)

Definizione

L'AMO è, più che una struttura fisica, un modo di lavorare organizzato della Medicina di Famiglia per la gestione delle patologie croniche degenerative e per particolari percorsi diagnostico-terapeutici, che riguardino l'intera popolazione assistibile o sottogruppi a maggior rischio di una determinata patologia, seguendo procedure e/o linee guida accreditate, concordate e condivise con altri livelli di assistenza.

Struttura e Organizzazione

Perché possa definirsi tale, un AMO in Medicina di famiglia deve disporre di una organizzazione che permetta di impostare attività di medicina proattiva e cioè che metta in campo strategie di reclutamento dei pazienti per la gestione di un determinato problema, che preveda quindi strategie di medicina di opportunità e/o di iniziativa.

Cioè i cittadini debbono essere convocati attivamente, in un ambulatorio ben individuabile dalla popolazione nell'ambito della medicina generale, da personale ausiliario, direttamente collegato con il medico titolare delle scelte, per una serie di controlli organizzati, con l'obiettivo di prevenire, diagnosticare precocemente, curare e seguire nel tempo sull'intera popolazione o su sottogruppi a rischio, una determinata patologia cronica – degenerativa, ma nello stesso tempo di non perdere e snaturare il rapporto medico - paziente, fondamento della medicina generale.

Personale Coinvolto

Per far funzionare un AMO occorre

- personale con funzione di segreteria per convocare e gestire l'agenda dei pazienti che affluiscono all'AMO;
- personale infermieristico professionale che gestisce le visite di screening e di controllo periodico, raccogliendo parametri concordati per ciascuna patologia secondo linee guida accreditate e svolgendo se previste, attività di counselling organizzato, educazione sanitaria e controllo della compliance del paziente;
- i medici generali titolari delle scelte che debbono attivare procedure di prevenzione primaria e secondaria, diagnosticare anche in base alle osservazioni del personale infermieristico la patologia in osservazione, impostare la terapia, controllare nel tempo l'andamento della patologia, con particolare riguardo all'insorgenza di complicanze, valutare ogni discosto dal compenso su pazienti segnalati, decidere il coinvolgimento al secondo livello, gestirne i rapporti e reinserire il paziente nel protocollo di base. Ogni azione segue le linee guida precedentemente concordate e si muove al raggiungimento di obiettivi posti in precedenza come realizzabili
- nel caso specifico dell'AMO per Sovrappeso – Obesità (SO) parte dell'attività dell'infermiere professionale può essere svolta dal dietista, in coordinamento con le strutture di dietetica e nutrizione clinica di ASL e ASO e con altre strutture analoghe, che provvederà a svolgere attività di educazione alimentare in gruppo o per singole persone e/o in Piani di Prevenzione predisposti a livello regionale e distrettuale.

Procedura standard per il funzionamento di un AMO

Il personale di segreteria o l'infermiere o il medico stesso impostano procedure di medicina di opportunità, inviando ad un appuntamento presso l'AMO tutti i pazienti non ancora inseriti che si presentano in studio per qualsivoglia motivo.

Il personale di segreteria o l'infermiere telefonano a casa o inviano un messaggio cartaceo o elettronico a quei pazienti che risultano non frequentare ancora l'AMO (medicina di iniziativa).

Il personale infermieristico esegue le prime visite e registra su supporto informatico comune con il medico titolare i parametri concordati per il primo controllo.

I soggetti normali vengono rinviati a visita successiva secondo le linee guida per lo screening di quella patologia.

I patologici, dopo procedura di controllo, vengono inviati dal medico titolare della scelta.

Il MG esegue la diagnosi, anche avvalendosi di esami di laboratorio e/o strumentali per l'eventuale accertamento eziologico, imposta il processo terapeutico e i controlli successivi.

Oppure invia il paziente al livello specialistico secondo procedure precedentemente concordate e ne cura il ritorno al livello di base.

Ottenuto il compenso, rinvia il paziente all'infermiere professionale che ne segue i controlli nel tempo, fino all'eventuale nuovo scompenso o al controllo programmato per il MG.

Se si verifica una complicanza il paziente viene immediatamente avviato al MG

L'infermiere professionale riceve i pazienti compensati e li segue nel tempo secondo procedure concordate, anche sorvegliando l'aderenza all'esecuzione degli esami periodici e alla terapia.

Tale organizzazione si applica alla gestione dell'ipertensione e di tutte le patologie del RCV (diabete, dislipidemie, obesità e sovrappeso, stili di vita dannosi); Asma e BPCO; gestione dello SCC, ma anche procedure di prevenzione dei tumori, osteoporosi.

Per la sperimentazione in avvio si propone ai GCP/CS di lavorare sugli AMO scegliendo tra quello relativo al rischio cardiovascolare e quello relativo a sovrappeso-obesità.

4 IV settimanali al raggiungimento degli indicatori

INDICATORI PER L'AMO RISCHIO CARDIOVASCOLARE (RCV)

L'AMO per l'RCV deve raggiungere i seguenti obiettivi:

- Valutare i valori pressori di tutta la popolazione ambulabile dai 18 anni in su, raccogliendo dati generali sul RCV espressi dal BMI, Circonferenza Vita, abitudine al fumo, alcol, attività fisica e inserirla in un controllo periodico programmato, dopo aver calcolato il RCV con il punteggio individuale (utilizzando i parametri del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità)
- Porre la diagnosi di ipertensione nel maggior numero di casi possibile, riducendo la percentuale dei soggetti ipertesi non noti.
- Seguire nel tempo i pazienti diagnosticati, valutando periodicamente il RCV globale attraverso i parametri clinici e di laboratorio che lo indicano e quelli che indicano l'eventuale danno d'organo.
- Impostare e seguire nel tempo la terapia per ottenere i valori di compenso, curando nel contempo le situazioni collegate al RCV attraverso processi educazionali, non farmacologici e farmacologici.

Indicatori

1- Prevenzione e Diagnosi Precoce (*Valuta la popolazione presa in carico nell'AMO*)

1,5 IV settimanale

Percentuale della popolazione generale dai 18 anni in su ambulabili, inserita nell'AMO, nei due anni di sperimentazione, con metodiche di medicina di iniziativa o opportunità, deve essere presente, 1 volta ogni 2 anni:

- almeno 1 valore pressorio;
- almeno un calcolo del BMI
- almeno 1 calcolo della circonferenza vita,
- registrazione dell'abitudine al fumo,
- registrazione del consumo di alcol,
- registrazione dell'attività fisica,

Livello Accettabile di Performance (LAP)

a 12 mesi: il 30% della popolazione dai 18 anni, ambulabile in carico al GCP

a 24 mesi: il 60% della popolazione dai 18 anni, ambulabile in carico al GCP

2- Miglioramento della qualità della diagnosi (*Valuta la miglior capacità di diagnosi attraverso l'AMO*)

1 IV settimanale

Percentuale di Pazienti ipertesi diagnosticati, rispetto alla popolazione generale inserita nell'AMO, con diagnosi secondo le linee guida scelte a livello regionale

Dalla letteratura: Prevalenza della malattia 30% della popolazione generale (in questo contesto la popolazione inserita in AMO)

Livello Accettabile di Performance (LAP)

a 12 mesi: 60% della percentuale indicata dalla letteratura

a 24 mesi: 80% della percentuale indicata dalla letteratura

3- Corretto follow up (*Valuta la capacità di dare risposte appropriate*)

1 IV settimanale

Percentuale pazienti ipertesi inseriti in AMO con presenza almeno ogni anno di:

- 2 valutazioni pressorie
- 1 valutazione dei seguenti parametri orientati al RCV (profilo lipidico con calcolo dell'LDL Colesterolo, Glicemia) fumo, attività fisica
- 1 valutazione dei seguenti parametri orientati alla valutazione del danno d'organo (ECG, Creatinina, esame urine, valutazione estemporanea dell'albuminuria)
- 1 calcolo del RCV con punteggio individuale nella popolazione tra 35 e 69 anni

Percentuale generale non nota

Livello Accettabile di Performance (LAP)

a 12 mesi: 50% degli ipertesi inseriti

a 24 mesi: 80 % degli ipertesi inseriti

In più si prevede la partecipazione ad almeno un programma di prevenzione da mettere in atto a cura dei Distretti e dei Servizi di Prevenzione dell'Asl. L'Assessorato Tutela Salute si impegna a predisporre un repertorio dei programmi per distretto per i quali i medici caldeggeranno presso i loro pazienti la partecipazione.

Indicatori di esito (*valutano il risultato della corretta gestione terapeutica sui parametri surrogati*)

1- Corretta gestione terapeutica

0,5 IV settimanale

Percentuale di pazienti ipertesi inseriti in AMO, in trattamento farmacologico o non farmacologico con valori pressori uguali o inferiori a 140/90

Percentuale generale 25% dei pazienti ipertesi noti

Livello Accettabile di Performance (LAP)

a 12 mesi: 50% della percentuale generale del 25 %

a 24 mesi; 70% della percentuale generale del 25 %

Percentuale di pazienti ipercolesterolemici (LDL superiore a 160 mg%) che raggiungono valori uguali o inferiori a 160 mg %

Percentuale generale non nota

Livello Accettabile di Performance (LAP)

a 12 mesi: 20% del globale diagnosticato

a 24 mesi; 35% del globale diagnosticato

INDICATORI PER L'AMO SOVRAPPESO – OBESITÀ (SO)

L'AMO per SO deve raggiungere i seguenti obiettivi:

- Valutare il BMI di tutta la popolazione ambulabile di età superiore ai 6 anni in carico al GCP ed i dati anamnestici relativi al problema SO
- Rivalutare il BMI dopo 24 mesi per la popolazione con BMI inferiore a 25 e che non ha mai avuto problemi di SO
- Inserire in un controllo programmato gli assistiti con BMI uguale o superiore a 25, o che hanno avuto in passato problemi di SO, monitorando la circonferenza vita, le abitudini alimentari, l'attività fisica, le patologie correlate, i fattori di rischio cardiovascolare
- Stadiare gli assistiti con BMI uguale o superiore a 25 per la scelta del percorso di gestione
- Richiedere periodicamente gli esami necessari al monitoraggio dei parametri metabolici
- Avviare gli assistiti inseriti nell'AMO con problemi di SO a percorsi di educazione e trattamento dietetico e di attività fisica utilizzando le risorse messe a disposizione dal Distretto, compreso l'accesso al secondo livello di cure.

Indicatori di attività

1. Inquadramento

1.5 IV settimanale

Percentuale della popolazione in carico al GCP, ambulabile, inserita nell'AMO nei due anni di sperimentazione con metodiche di medicina di opportunità o di iniziativa.

Deve essere registrato almeno una volta ogni 24 mesi:

- BMI
- Circonferenza vita
- Attività fisica (intesa come sedentarietà o meno)

Livello Accettabile di Performance (LAP)

a 12 mesi: 40% della popolazione in carico al GCP

a 24 mesi: 60% della popolazione in carico al GCP

2. Stadiazione

1 IV settimanale

Percentuale di pazienti con BMI uguale o superiore a 25 stadiati e con registrazione dei fattori di rischio cardiovascolare (eventuale diagnosi di ipertensione arteriosa, diabete mellito, dislipidemia + abitudine al fumo).

Livello Accettabile di Performance (LAP)

a 12 mesi: 60% degli assistiti in carico al GCP in SO, inseriti in AMO

a 24 mesi: 80% degli assistiti in carico al GCP in SO, inseriti in AMO

3. Follow up

1 IV settimanale

Percentuale di assistiti in SO inseriti nell'AMO con presenza almeno ogni anno di:

- Due misurazioni di BMI e circonferenza vita
- Raccolta abitudini di alimentazione e attività fisica
- Una valutazione di profilo lipidico con colesterolo totale, HDL colesterolo, trigliceridi e calcolo LDL colesterolo
- Un rilevamento dei parametri per la valutazione delle patologie correlate: creatininemia, esame urine, glicemia.

Livello Accettabile di Performance (LAP):

a 12 mesi: 50% dei pazienti in SO inseriti nell'AMO

a 24 mesi: 80% dei pazienti in SO inseriti nell'AMO

In più si prevede la partecipazione ad almeno un programma di prevenzione da mettere in atto a cura dei Distretti e dei Servizi di Prevenzione dell'Asl. L'Assessorato Tutela Salute si impegna a predisporre un repertorio dei programmi per distretto per i quali i medici caldeggeranno presso i loro pazienti la partecipazione.

4. Indicatore di esito

0.5 IV settimanale

Percentuale di pazienti in SO inseriti nell'AMO con riduzione del BMI superiore al 4 %

Livello Accettabile di Performance (LAP)

A 12 mesi: 10% dei pazienti in SO inseriti nell'AMO

A 24 mesi: 20% dei pazienti in SO inseriti nell'AMO

3 - GOVERNO CLINICO (LAVORO DA ESEGUIRE IN ASSENZA DEL PAZIENTE)

2 IV settimanali complessivi:

La medicina di Gruppo provvederà nell'ambito di un'attività di governo clinico a:

- 1- Raccolta dati che riguardino la popolazione inserita nell'AMO, gli AMO attivati e gli indicatori decisi per le varie fasi e invio periodico all'Azienda
- 2- Impostazione di almeno un percorso diagnostico terapeutico di integrazione con gli altri livelli del Servizio Sanitario coinvolti nell'AMO attivato

1 IV settimanale all'avvio non rapportato a indicatori

1 IV settimanale al raggiungimento degli indicatori

Indicatori qualificanti del Governo Clinico

- 1- Impostazione di almeno un percorso di Audit/ Peer Review autogestito dalla medicina di gruppo (progetto depositato all'ASL, con risultati in forma anonima, anche aggregati)
0,5 IV settimanale
- 2- Partecipazione ad almeno un corso di formazione all'anno, anche in FAD¹ sui contenuti o sui processi o sulle attività inerenti le attività del GCP, con acquisizione di punti ECM.
0,5 IV settimanale

Al primo step semestrale di valutazione della sperimentazione sarà valutata l'opportunità di attribuire un ulteriore indice di valutazione commisurato all'attività in rete dei Gruppi di Cure Primarie con i professionisti dell'ASL e/o dell'ASO di riferimento, impostata e organizzata in accordo con il Coordinatore e il Direttore di Distretto, sulla base dello sviluppo del progetto di governo clinico territoriale a livello distrettuale.

¹ alcuni di questi sono già disponibili sulla piattaforma regionale

4 - GESTIONE E COORDINAMENTO

5 IV settimanali al Coordinatore Mmg che costituisce la medicina di gruppo che afferisce al GCP

Attività del Coordinatore - Indicatori di Processo

5 IV settimanali

- 1- Relazione ogni 6 mesi sull'attività del GCP all'Azienda
- 2- Costruzione, organizzazione e aggiornamento, insieme al Direttore di Distretto, della rete sanitaria e socio-assistenziale di contatti tra professionisti per il funzionamento del GCP all'interno della ASL e delle ASO di riferimento, anche per collaborare ad avviare un processo di appropriatezza delle prestazioni e riallocazione delle risorse, a cui partecipano i Medici Generali che afferiscono al GCP
- 3- Partecipazione a riunioni e incontri con operatori interni e esterni alla medicina generale (attestata da verbali e/o firma di presenza) e/o ad eventuali convegni e seminari (attestata da certificazione di partecipazione)
- 4- Partecipare ad almeno il 50% degli incontri della Consulta Regionale (attestato da firma di presenza)
- 5- Messa a disposizione dei dati utili per la costruzione degli indicatori di monitoraggio al livello distrettuale e regionale (rappresenta un Allegato alla Relazione di cui al punto 1): i dati verranno inviati al distretto ed agli Uffici Regionali alla fine del primo e del secondo anno di sperimentazione e gli indicatori di monitoraggio verranno discussi nella successiva riunione della Consulta Regionale)

MODALITA' DI VALUTAZIONE ED EROGAZIONE DEGLI INCENTIVI

Il pagamento verrà effettuato mensilmente, secondo gli IV settimanali concordati, a partire dalla data di inserimento nella sperimentazione del singolo GCP/Casa della Salute, per gli IV assegnati all'avvio dell'attività.

Il pagamento verrà effettuato al termine del primo e del secondo anno di sperimentazione, a ciascun medico generale, secondo gli IV settimanali concordati, per gli IV commisurati al raggiungimento degli indicatori da parte della medicina di gruppo inserita nel Gruppo di Cure Primarie.

I dati verranno inoltrati per via telematica ogni semestre dal coordinatore al distretto di appartenenza ed agli Uffici regionali competenti sulla base di un prospetto che verrà predisposto per la prima riunione della consulta prevista dal presente provvedimento.

*Letto, Approvato e Sottoscritto,
in originale firmato:*

L'Assessore Regionale alla Tutela della Salute e Sanita'

FIMMG

Federazione Medici

SMI

(INTESA SINDACALE):

SIMET

SUMAI

CISL Medici

CGIL Medici

Torino,