

ASL MILANO DUE

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2

<p style="text-align: center;">INTESA TRA <i>I MEDICI DI MEDICINA GENERALE</i> E <i>LA ASL DELLA PROVINCIA DI MILANO 2</i></p> <p style="text-align: center;">per il miglioramento delle cure primarie ed il governo clinico</p> <p style="text-align: center;">ANNO 2010</p>
--

1. PREMESSA

Questa intesa ha la finalità di definire gli obiettivi per il governo clinico ed il miglioramento delle cure primarie per l'anno 2010 per permettere il raggiungimento entro l'anno di risultati significativi sul piano assistenziale e nella gestione di sistema.

Il Comitato Aziendale condivide la necessità di proseguire nell'attuazione degli obiettivi strategici definiti nel 2009, in linea con le indicazioni della Regione, affinché, attraverso un approccio partecipato e d'iniziativa, si possa pervenire a completare e stabilizzare la cultura ed i risultati previsti, con particolare riferimento a:

- sviluppo della programmazione condivisa tra ASL e medici di medicina generale relativamente all'offerta di cure primarie e al ruolo dei medici di famiglia nel **governo dei percorsi di prevenzione** (stili di vita, rischio cardiovascolare, oncologico, ecc.), **diagnosi, cura ed assistenza dei cittadini;**
- **monitoraggio dei consumi farmaceutici** secondo il piano di governo 2009 richiesto dalla Regione;
- adozione dei PDT e disease management delle principali patologie croniche, in **continuità assistenziale tra ospedale e territorio**, quali strumenti di un percorso di appropriatezza del sistema di offerta;
- **conoscenza ed approfondimento dei dati epidemiologici e dei livelli di assistenza** locali tramite condivisione ed integrazione delle informazioni di consumo, di processo e di esito in possesso dell'ASL e dei medici di famiglia;
- **partecipazione dei MMG alla pianificazione e realizzazione delle iniziative di formazione professionale continua.**

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

L'ACR anno per l'anno 2007 (DGR n. VIII/4723 del 16 maggio 2007) afferma che l'attività della Medicina Generale è conseguenza degli indirizzi regionali e coerente alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e Socio Sanitario Regionale. L'obiettivo della Regione Lombardia è quello di garantire ai cittadini i più elevati

standard assistenziali richiedendo ad ogni professionista territoriale di operare facendo riferimento a definiti e specifici criteri qualitativi.

Nello stesso documento viene rimarcato che il governo clinico rappresenta una modalità di lavoro che garantisce agli assistiti una migliore gestione dei percorsi da parte dei professionisti e un miglioramento della qualità e dell'efficacia della pratica clinica. I vantaggi di un sistema improntato al governo clinico sono evidenti e misurabili in termini di indicatori di salute ma anche di miglior utilizzo delle risorse. Sul versante delle cure primarie, il governo clinico riconosce significatività alle attività di presa in carico e gestione dei percorsi degli assistiti.

L'ACR per gli anni 2008/2009/2010 (DGR n. VIII/8185 del 13 ottobre 2008) conferma, per il governo clinico, le modalità attuative pregresse.

Le Regole 2009 nell'allegato 9 alla DGR VIII/8501 del 26 novembre 2008 (Governo clinico territoriale e dote sanitaria) ribadiscono che la maggior parte delle patologie croniche tra cui il diabete, l'ipertensione, le cardiovasculopatie, le dislipidemie e le broncopneumopatie si caratterizzano per l'elevato numero di soggetti coinvolti e per una storia naturale della malattia che può permettere anni in buon compenso e senza disabilità.

La presa in carico di questi soggetti significa, in termini epidemiologici e clinici: modificare la sopravvivenza, ritardare la comparsa di complicanze d'organo e di disabilità.

Il MMG assieme al sistema delle cure primarie / distretto rappresenta la chiave di volta necessaria ad assicurare una adeguata risposta al bisogno dei pazienti affetti da patologia cronico -degenerativa. Ciò che serve in ottica di sistema è modificare l'attuale modalità operativa che prevede un approccio *hic et nunc* della erogazione delle prestazioni.

La "**Preintesa** con le rappresentanze sindacali dei medici di medicina generale **anni 2009-2010**", sottoscritta il 29.05.2009 (DGR VIII/9788 del 8 luglio 2009) prevede che, per gli anni 2009-2010, le quote di cui all'art. 59 parte B, comma 15 dell'ACN 2005 per la medicina generale, saranno erogate in funzione della partecipazione degli MMG alla gestione di una patologia cronica a maggiore prevalenza nella popolazione (malattia cardiovascolare, diabete, ecc.).

La **DGR VIII/8591 del 11 giugno 2009** "Determinazioni in ordine all'esercizio del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2009 – IV provvedimento" ripropone, tra l'altro, il tema dell'*appropriatezza prescrittiva* con particolare riferimento alla promozione della prescrizione dei farmaci equivalenti.

Le regole 2010 di cui alla DGR VIII/ 10804 del 16/12/2009 all'allegato 11 che prevede la sperimentazione di nuovi strumenti e metodi per verificare l'appropriatezza dei percorsi di cura delle patologie croniche.

3. AZIONI DI MIGLIORAMENTO DELLE CURE PRIMARIE E GOVERNO CLINICO

Per i pazienti affetti da patologia cronica il livello di programmazione in termini di terapia e di follow-up è molto elevato. Occorre sfruttare questa peculiarità e proseguire nel definire approcci diversi da quelli attuati storicamente che prevedono di dare risposte puntiformi e discontinue solo quando il paziente si presenta direttamente in ambulatorio.

Viceversa, alcune esperienze mostrano risultati positivi in termini di continuità di cura e adesione al PDTA, qualora il paziente sia responsabilizzato ed informato circa il proprio stato di salute e sollecitato a sottoporsi agli esami di follow-up. In questo modo alla discontinuità e casualità dell'intervento si sostituiscono la regolarità e la continuità di cura con il risultato di migliorare l'adesione al PDTA e di ridurre gli interventi clinicamente inappropriati.

Potenziando questa linea di sviluppo, la "logica" e l'approccio dei progetti avviati negli anni precedenti ed in particolare nel 2009 , in una prospettiva di consolidamento ed estensione di buone pratiche, a tutela dell'assistito, si condivide:

- di individuare anche per il 2010 , quale patologia da monitorare attraverso l'applicazione del PDTA, la **broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)**;
- proseguire il percorso dell'**appropriatezza prescrittiva**, con l'obiettivo di aumentare l'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto.

Riguardo le altre patologie croniche a maggior prevalenza nella popolazione, si ritiene, infatti, che:

- la **patologia diabetica** trovi ampia "tutela" nel "Progetto dote" (sperimentazione regionale, riservata alla medicina di gruppo) e nel "Progetto continuum for care" (aperto alla partecipazione dei medici non operanti in gruppo);
- la **patologia cardiovascolare**, con particolare riguardo al monitoraggio dei pazienti in terapia anticoagulante, richieda una fase di approfondimento ulteriore prima dell'avvio della progettualità.

Concentrare l'attenzione sulla BPCO significa anche dare attualità e continuità ad un lavoro avviato nel 2008 e 2009 . Va, infatti, rimarcato come il PDTA di questa patologia sia stato recentemente definito e sia oggetto di un ulteriore specifico evento formativo da attuarsi in collaborazione con la A.O. di Melegnano.

Da questi incontri, dal confronto fra pari, sono emerse alcune criticità, tra cui:

- sotto-stima dei fattori di rischio: il fumo di sigaretta è un fattore di rischio non abitualmente registrato in cartella clinica dal MMG, così come il grado di rischio in relazione al tempo di esposizione;
- sotto-diagnosi di BPCO: in un quadro complessivo di patologia sotto diagnosticata quando viene formulata, la malattia è in stadio moderatamente avanzato. A causa dell'evoluzione lenta della BPCO i pazienti con malattia iniziale hanno pochi sintomi e quando si rivolgono al medico, questo non riconosce il danno polmonare. Molti soggetti si adattano ai sintomi, riducendo la loro attività fisica, senza richieste di aiuto medico. Tosse ed espettorato sono sintomi presenti nella BPCO, ma aspecifici ed è difficile misurare quanti siano i casi non diagnosticati, anche se spesso si riportano dati intorno al 50%;
- spirometria sotto-utilizzata nelle cure primarie: la difficoltà al ricorso della spirometria nel setting della medicina generale rappresenta una delle barriere per la diagnosi corretta di BPCO. I limiti di strumentazione e tempo del MMG e di interazione con le strutture specialistiche fanno sì che raramente la diagnosi di BPCO venga formulata con ricorso alla spirometria.
- Utilizzo limitato di farmaci a brevetto scaduto
- Utilizzo limitato di farmaci gastroprotettori a brevetto scaduto per i pazienti in trattamento cortisonico

Queste criticità sono uno stimolo a proporre, nell'ambito dei progetti del governo clinico, obiettivi volti a favorire l'aderenza dei pazienti con BPCO al PDTA.

Si concorda di suddividere le risorse previste dal comma 15, lett. B) art. 59 dell' ACN 2009 del 29/7/2009 (€ 3,08 x assistito pari a € 1.663.871) come dettagliato di seguito:

- A) applicazione del PDTA sulla BPCO: 50%
- B) valutazione del rischio cardiovascolare: 50%

Obiettivi, indicatori, modalità di misurazione, remunerazione e risorse sono contenuti nei prospetti sotto riportati.

ACCORDO PER L'ANNO 2010
TRA LA ASL MILANO DUE E I MMG
Descrizione obiettivi ed indicatori

A) Applicazione PDTA

Ambito	Progetto	Obiettivi	Indicatori di processo	Quota del budget	Remunerazione
GOVERNO CLINICO	Applicazione e monitoraggio del PDTA relativo alla BPCO	Riduzione dei fattori di rischio	<p>1. Rilevazione del pack year in almeno il 70 % dei pazienti (entro il 31.12.2009), compresa la registrazione nella banca dati aziendale.</p> <p>Per ogni paziente estratto dalla BDA – segnalato dalla ASL e confermato nella diagnosi dal MMG -, andrà indagata la storia relativa al fumo di sigaretta in termini di anni di pacchetti fumati (pack year = numero di sigarette fumate al giorno, divise per 20, moltiplicato per il numero di anni in cui il paziente ha fumato). <i>Un "pack year" equivale a un pacchetto di sigarette fumate al giorno per un anno. Un fumatore che fuma 20 sigarette al giorno per cinque anni ha un livello di esposizione equivalente a 5 pack year.</i> Inoltre, negli ex fumatori occorre definire il tempo - data - di stop al fumo</p> <p>Raccomandazione opzionale: <i>ogni paziente con BPCO che continua a fumare, a prescindere dall'età, dovrebbe essere incoraggiato a smettere, ed essere disposto a farsi aiutare ad ogni opportunità.</i></p>	12,5 %	<p>50% di acconto a titolo di adesione dopo la sottoscrizione dell'impegno alla partecipazione alle attività, così come definite dalla intesa aziendale</p> <p>50% alla verifica degli indicatori individuali (trasmissione alla ASL dei dati, attraverso modalità informatizzate successivamente fornite, entro il 16.01.2011);</p>

Ambito	Progetto	Obiettivi	Indicatori di processo	Quota del budget	Remunerazione
GOVERNO CLINICO	Applicazione e monitoraggio del PDTA relativo alla BPCO	Monitoraggio diagnostico	<p>2. Effettuazione di almeno una spirometria in almeno il 40% dei soggetti nel periodo 1.01.2009 - 31.12.2010 (2 anni), - con particolare attenzione ai pazienti in età avanzata e con insufficienza respiratoria - compresa la registrazione nella banca dati aziendale.</p> <p>Per ogni paziente andrà verificata l'esecuzione di una spirometria a partire dal 01.01.2009. I soggetti senza spirometria andranno invitati ad eseguirla.</p> <p>Nota. <i>Con uno specifico progetto sarà estesa ai MMG - in possesso di idonea strumentazione e competenze - la possibilità di effettuare ai propri pazienti, con remunerazione a parte per il medico e senza oneri a carico dell'assistito, la spirometria prevista dal PDTA.</i> Il progetto sarà finanziato con i residui del Governo clinico anno 2009 secondo le indicazioni degli ACR.</p>	12,5 %	<p>50% di acconto a titolo di adesione dopo la sottoscrizione dell'impegno alla partecipazione alle attività, così come definite dalla intesa aziendale</p> <p>50% alla verifica degli indicatori individuali (trasmissione alla ASL degli esiti degli esami, attraverso modalità informatizzate successivamente definite, entro il 16.01.2011); gli esami saranno poi "validati" dalla ASL, attraverso il DWH aziendale e i compensi eventualmente conguagliati</p>
		Prevenzione delle riacutizzazioni	<p>3. Effettuazione della vaccinazione antinfluenzale ad almeno il 70% dei soggetti (entro il 31.12.2010), compresa la registrazione nella banca dati aziendale.</p> <p><i>Raccomandazione opzionale:</i> La vaccinazione antinfluenzale annuale dovrebbe essere proposta a tutti i pazienti con BPCO.</p>	12,5 %	<p>50% di acconto a titolo di adesione dopo la sottoscrizione dell'impegno alla partecipazione alle attività, così come definite dalla intesa aziendale</p> <p>50% alla verifica degli indicatori individuali (fonte: banca dati aziendale)</p>
		Appropriatezza terapeutica	<p>4. Monitoraggio dei pazienti in ossigeno terapia domiciliare a lungo termine: effettuazione di almeno 3 valutazioni/anno (ogni 4 mesi), nel 100 % dei pazienti, circa l'aderenza al piano terapeutico, compresa la registrazione nella banca dati aziendale.</p>	RACCOMANDATO	

Ambito	Progetto	Obiettivi	Indicatori di processo	Quota del budget	Remunerazione
GOVERNO CLINICO	Applicazione e monitoraggio del PDTA relativo alla BPCO	Appropriatezza terapeutica	Incremento/shift nell'uso di farmaci inibitori di pompa a brevetto scaduto utilizzati nei pazienti con BPCO in trattamento cortisonico. Almeno il 50% dei pazienti trattati con cortisonico utilizzino inibitori di pompa a brevetto scaduto	12,5%	50% di acconto a titolo di adesione dopo la sottoscrizione dell'impegno alla partecipazione alle attività, così come definite dalla intesa aziendale 50% alla verifica degli indicatori individuali (fonte: banca dati aziendale)

B) Valutazione del Rischio Cardiovascolare

Ambito	Progetto	Obiettivi	Indicatori	Quota del budget	Remunerazione
GOVERNO CLINICO	Valutazione del rischio cardiovascolare	<ul style="list-style-type: none"> Rivalutazione dei pazienti con esenzione per ipertensione senza danno d'organo (esenzione A31) Aumento dell'appropriatezza prescrittiva nell'uso dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci a brevetto non ancora scaduto per arrivare ad un incremento dei primi. Semplificazione per il cittadino nel processo di esenzione per patologia 	<ul style="list-style-type: none"> Rivalutazione di almeno il 30% dei pazienti con esenzione A31 sulla base di un elenco segnalato dall'ASL attraverso la BDA. Ogni medico dovrà segnalare all'ASL il nominativo dei pazienti rivalutati con esami concordati (fundus, albuminuria, ECG, ecocardiogramma se necessario) Revisione della terapia in atto per tutti i pazienti rivalutati di cui al punto precedente con shift verso farmaci a brevetto scaduto Possibilità per il MMG di certificare direttamente il diritto ad esenzione per ipertensione con danno d'organo (D31 e sottocodici) da rilasciare al paziente che potrà rivolgersi direttamente al distretto dell'ASL per ottenere il rilascio dell'esenzione. Quanto sopra sperimentalmente all'interno di tale accordo, limitato all' anno 2010. <p>Nota. Con uno specifico progetto sarà estesa ai MMG - in possesso di idonea strumentazione (elettrocardiografo e/o ecocolor Doppler) e competenze - la possibilità di effettuare ai propri pazienti, con remunerazione a parte per il medico e senza oneri a carico dell'assistito, gli esami previsti dal PDTA. Il progetto sarà finanziato con i residui del Governo clinico secondo le indicazioni degli ACR. I medici che aderiranno a questo specifico progetto parteciperanno anche alla revisione del PDT ipertensione da definire entro il 30/6/2010.</p>	50 %	50% di acconto a titolo di adesione dopo la sottoscrizione dell'impegno alla partecipazione alle attività, così come definite dalla intesa aziendale 50% alla verifica degli indicatori individuali attraverso BDA e documentazione presente nei distretti per esenzione

Ad ulteriore titolo di incentivo, visto l'impegno richiesto ai MMG per i progetti e l'incremento in via generale della prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto, l'ASL garantirà la copertura da parte del Servizio di Continuità Assistenziale dell'inizio attività alle ore 8,00 dei giorni prefestivi, anziché alle ore 10,00. I Medici di C.A. sono quindi tenuti ad iniziare la loro attività nei prefestivi alle ore 8,00 e per questa attività si concorderà un riconoscimento economico da definire nell'ambito degli istituti contrattuali previsti.

RIEPILOGO RISORSE

Area	Totale risorse (euro)	Note
GOVERNO CLINICO 2010 (euro 3,08 per assistito)	1.663.871,00	

Per quanto riguarda l'area **"Governo clinico"**, si segnala che l'ACR 2009, relativamente alla redistribuzione delle quote eventualmente non erogate per il mancato raggiungimento degli obiettivi, rinvia ai criteri già definiti nell'Accordo regionale del 15 maggio 2007, parte prima, punto 1, pag. 5. In quel documento viene precisato che i "residui" saranno redistribuiti, con modalità da concordare nel Comitato Aziendale, fra i medici di medicina generale che avranno raggiunto gli obiettivi *ovvero* verranno destinati a progetti aziendali secondo le indicazioni del comitato aziendale.

Siglato in Melegnano il 25/2/2010

Il Direttore Generale dell'ASL – _____

Il Capo Delegazione SNAMI - Dr. Giovanni Canto _____

Il Capo Delegazione FIMMG – Dr. Raffaele Contini _____

Il Capo Delegazione SMI – Dr. Paolo Bozzolo _____