

ACCORDO AZIENDALE 2015 con i Medici di Medicina Generale

GOVERNO CLINICO

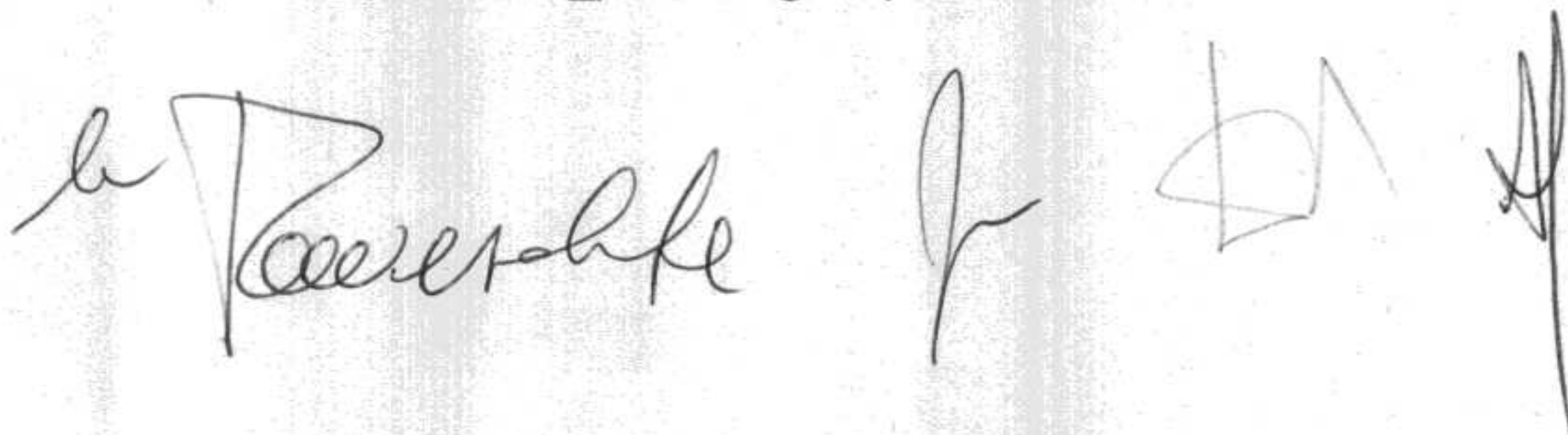
L'Accordo integrativo regionale per i Medici di Famiglia - approvato con Delibera di Giunta Regionale n°10/3024 del 16/01/2015 – stabilisce sette possibili aree nell'ambito delle quali devono essere formulate le progettualità di governo clinico.

Di concerto con le OO.SS si è stabilito di focalizzare l'attenzione su due aree, ritenute di prioritario interesse:

- Partecipazione attiva ai programmi di screening alla mammella, colon e cervice uterina
- Aumento prescrizione farmaci a brevetto scaduto e miglioramento dell'aderenza alla terapia per i pazienti cronici

Si sono pertanto sviluppati due distinti progetti, di seguito riportati, in cui vengono dettagliate le motivazioni che hanno orientato la scelta.

Entrambi i progetti sono caratterizzati dall'identificazione di obiettivi misurabili e delle fonti di dati che saranno utilizzate per consentire la valutazione dei risultati raggiunti dal singolo medico. Si precisa che, ai fini della remunerazione, l'obbligo per il medico è relativo all'adesione ed alla partecipazione ad un solo progetto. L'adesione dovrà essere trasmessa entro il giorno 30/03 all'indirizzo cure_primarie@asl.pavia.it



Progetto n°1

PARTECIPAZIONE ATTIVA DEL MMG AI PROGRAMMI DI SCREENING DELLA MAMMELLA, COLON E CERVICE UTERINA;

PREMESSA

Il progetto è stato proposto dal Dipartimento di Prevenzione Medica per migliorare, grazie alla collaborazione della Medicina di Famiglia, l'adesione della popolazione ai programmi di screening.

OBIETTIVI

Obiettivo dichiarato dal progetto è di aumentare l'adesione ai programmi di screening organizzati al fine di governare al meglio la richiesta di prevenzione della popolazione pavese. Tale progetto, a patto che l'attività di sensibilizzazione da parte del MMG sia tempestiva, potrebbe comportare una significativa diminuzione degli invii di lettere di sollecito soprattutto nelle attività di screening con appuntamento prefissato (mammografico e citologico). Questo comporterebbe un'ulteriore risparmio delle risorse dedicate alle attività di screening.

MODALITA' DI REALIZZAZIONE

Screening mammografico

Si propone di predisporre e pubblicare sull'area dedicata al MMG l'elenco delle donne non rispondenti all'invito.

Il MMG provvederà a contattare le persone non rispondenti in elenco al fine di sensibilizzarle ad aderire al programma di screening organizzato.

Il nuovo appuntamento potrà essere fissato direttamente dalla donna (o dallo stesso MMG) contattando il Centro Screening al numero verde 800 034933 o al link "vuoi fare uno screening" presente sulla Home page dell'ASL.

Indicatore: Adesione > o = al 20%

□ *N° Donne aderenti al sollecito del MMG / N° Donne in elenco non rispondenti al primo invito*

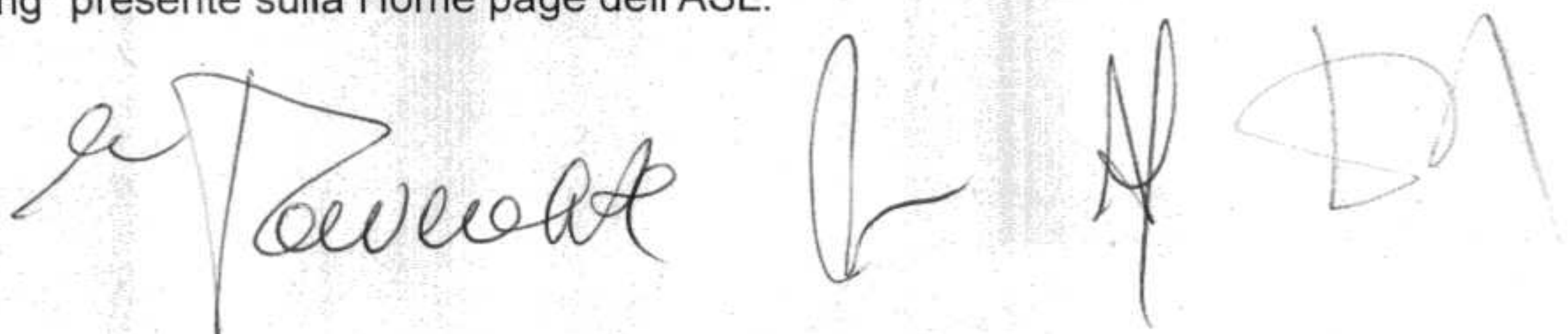
Il numero di mammografie di cui il medico segnala l'esecuzione al di fuori del percorso di screening verrà aggiunto al numero di aderenti

Screening citologico

Si propone di predisporre e pubblicare sull'area dedicata al MMG l'elenco delle donne non rispondenti all'invito.

Il MMG provvederà a contattare le persone non rispondenti in elenco al fine di sensibilizzarle ad aderire al programma di screening organizzato.

Il nuovo appuntamento potrà essere fissato direttamente dalla donna (o dallo stesso MMG) contattando il Centro Screening al numero verde 800 034933 o al link "vuoi fare uno screening" presente sulla Home page dell'ASL.



Indicatore: Adesione $\geq$ 0 = al 15%

- *N° Donne aderenti al sollecito del MMG /N° Donne in elenco non rispondenti al primo invito*

Il numero di pap-test di cui il medico segnala l'esecuzione al di fuori del percorso di screening verrà aggiunto al numero di aderenti

Screening Colon-Retto

Si propone di predisporre e pubblicare sull'area dedicata al MMG l'elenco degli assistiti non rispondenti all'invito.

Il MMG provvederà a contattare le persone non rispondenti in elenco al fine di sensibilizzare l'adesione al programma di screening organizzato.

I non aderenti reclutati dal MMG potranno recarsi presso la propria farmacia per il ritiro del Kit necessario ad eseguire la ricerca di sangue occulto nelle feci.

Indicatore: Adesione $\geq$ 0 = al 20%

- *N° Assistiti aderenti al sollecito del MMG /N° Assistiti in elenco non rispondenti al primo invito*

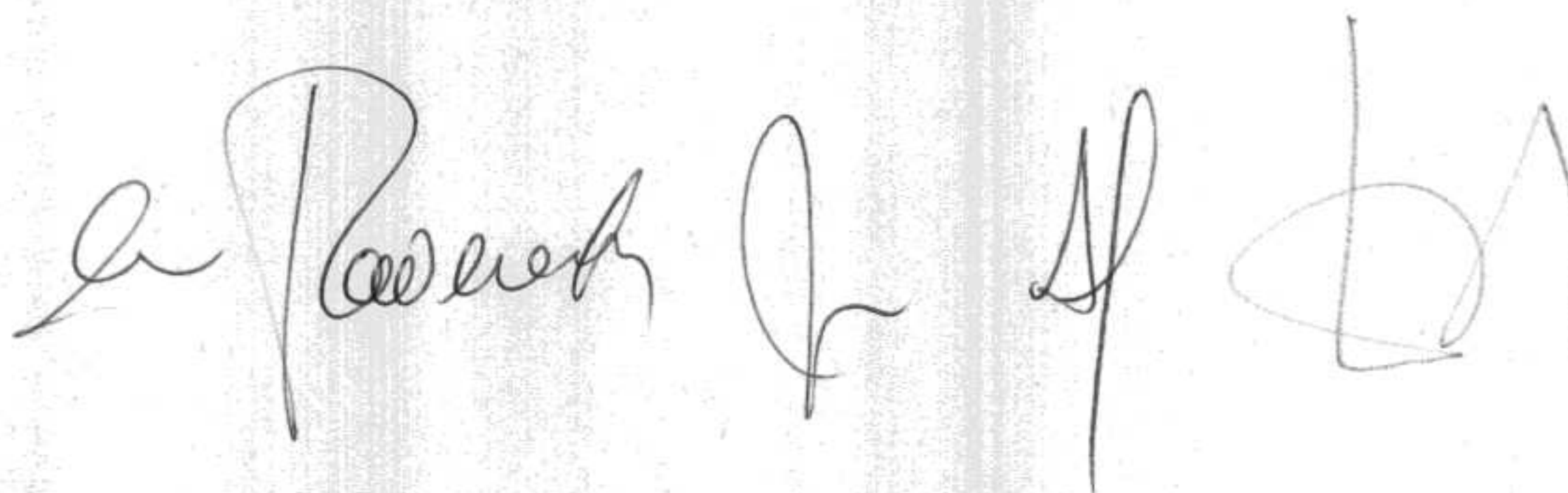
Il numero di screening colon retto o colonscopia di cui il medico segnala l'esecuzione al di fuori del percorso di screening verrà aggiunto al numero di aderenti.

Ciascun medico si impegnerà, per migliorare l'adesione dei propri assistiti, a tutti e tre gli screening. Ai fini dell'incentivazione l'obiettivo s'intende realizzato quando sono state raggiunte le percentuali di adesione previste per lo screening del tumore della mammella (obbligatorio) e per almeno uno degli altri due screening o, in subordine qualora sia stata documentata la sensibilizzazione dell'80% dei non aderenti (tramite comunicazione in area interattiva, estrazione diretta da cartella clinica, posta elettronica)

Tabella di sintesi attività / riconoscimento degli incentivi*

	Attività	Incentivo	Note
Adesione al Progetto	Adesione al progetto e impegno alla partecipazione	50% dell'incentivo a titolo di acconto	L'acconto ricevuto dovrà essere recuperato qualora non venga raggiunto l'obiettivo.
Realizzazione	Raggiungimento delle percentuali di adesione previste dagli indicatori. (fonte dati d-base del Dipartimento di Prevenzione)	50% dell'incentivo a saldo previa verifica del raggiungimento dell'obiettivo	L'obiettivo s'intende realizzato quando sono state raggiunte le percentuali di adesione previste per lo screening del tumore della mammella (obbligatorio) e per almeno uno degli altri due screening. o in subordine qualora sia stata documentata la sensibilizzazione dell'80% dei non aderenti (area interattiva, estrazione diretta da cartella clinica, posta elettronica)

*fonte dati database Dipartimento di prevenzione e Controllo di gestione



Progetto n°2

MIGLIORARE LA PERSISTENZA NELL'USO DI FARMACI APPROPRIATI E COSTO-OPPORTUNI TRAMITE VERIFICA DI ADERENZA E REVISIONE DELLE TERAPIE PER PAZIENTI CON PATOLOGIE CRONICHE

PREMESSE

- Secondo il Codice di Deontologia medica, il medico agisce secondo il **principio di efficacia delle cure** nel rispetto dell'**autonomia della persona** tenendo conto dell'**uso appropriato delle risorse** (articolo 6). L'articolo 13 ribadisce che le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità.
- Nel Prontuario Unificato alla Dimissione (PUD) condiviso dalla ASL di Pavia con le Aziende Ospedaliere della Provincia, vengono definiti **principi attivi preferibili** quei farmaci per cui è dimostrabile maggiore sicurezza e/o maggiore efficacia terapeutica relativa e minor costo per l'erario, ovvero con il miglior rapporto tra costo ed efficacia, alla luce delle indicazioni normative (ad es. Note prescrittive di AIFA) e delle documentazioni scientifiche disponibili.
- L'**efficacia terapeutica relativa** teorica è peraltro un riferimento di massima e mai puntuale che deve sempre essere interpretato nel singolo paziente, dal momento che la risposta terapeutica nel singolo è determinata anche da numerosi altri fattori genetici e fisiopatologici (variabilità biologica).
- **Adesione alla cura (compliance)**: con questo termine si intende l'adesione alla terapia e alle prescrizioni mediche da parte del paziente. Rispettare le prescrizioni nella posologia, nei tempi e nei modi di assunzione di un farmaco è indispensabile per ottenere il massimo del risultato terapeutico. Una percentuale di malati che oscilla fra il 30% e il 50% non aderisce alla posologia prescritta, rischiando di rendere vana l'azione terapeutica¹.
- **Adesione ai medicinali**: grado di volontaria cooperazione del paziente nell'assumere le medicine prescritte. L'adesione riguarda i dosaggi, i tempi e la frequenza di assunzione².
- **La non-adesione può essere classificata come parziale o completa**: nel primo caso consiste nell'assunzione di una dose considerevolmente minore, nel secondo nella mancata assunzione (talvolta denominata non-persistenza)³. La non-adesione aumenta col tempo dall'inizio del trattamento: la prevalenza di non-adesione alle statine nei pazienti di età maggiore di 65 anni è stata stimata essere al 29%, 38%, 42%, e 56% rispettivamente dopo sei, mesi, uno, due e cinque anni di trattamento⁴. Gruppi differenti di pazienti manifestano tassi differenti di non-adesione: entro due anni dall'inizio di un trattamento con statine, il 75% dei pazienti in prevenzione primaria e il 40% dei pazienti con pregressa sindrome coronarica acuta non aderisce più alla terapia⁵. Molti pazienti infine assumono i medicinali ma non al dosaggio prescritto: ad esempio, in uno studio si è notato che tra i pazienti che assumevano almeno il 20% dei medicinali loro prescritti, circa 4 su 10 assumevano meno dell'80% di questi farmaci dopo un anno^{3,6}.
- **Persistenza ai medicinali**: varie definizioni sono riportate in ambito specialistico. In sostanza e dal punto di vista operativo, quando i pazienti inizialmente aderenti ai trattamenti terminano del tutto

¹ Tratto da Servizio di Epidemiologia e farmacologia Preventiva (www.sefap.it) Università di Milano, dipartimento di Scienze farmacologiche.

² PubMed: MeSH "Medication Adherence".

³ Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation* 2009;119:3028-35.

⁴ Benner JS, Glynn RJ, Mogun H, Neumann PJ, Weinstein MC, Avorn J, et al. Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA* 2002;288:455-61.

⁵ Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA* 2002;288:462-7.

⁶ Adattato con modifiche da: Bell KJ, Kirby A, Hayen A, Irwig L, Glasziou P. Monitoring adherence to drug treatment by using change in cholesterol concentration: secondary analysis of trial data. *BMJ*. 2011 Jan 21;342:d12. doi: 10.1136/bmj.d12.

- l'assunzione dei medicinali prescritti, o li assumono saltuariamente intervallando più o meno ampi periodi di non assunzione con periodi di assunzione, vengono considerati casi di non-persistenza.
- Perché i pazienti possano avvantaggiarsi dei benefici osservati negli studi clinici, sia l'adesione iniziale che la persistenza nel tempo ai trattamenti con farmaci, soprattutto per le terapie croniche, devono essere aumentate nel limite del possibile. Per poter vigilare ed intervenire sui pazienti meno aderenti e meno persistenti⁷, **è necessario che i clinici possano diagnosticare in modo affidabile la non-adesione e la non-persistenza**. Sono disponibili metodi diretti, ad esempio l'osservazione clinica e la misurazione dei lipidi sierici durante le visite o i ricoveri, e metodi indiretti quali questionari, conteggi di farmaci, controlli sulla frequenza di rinnovo delle ricette, misure di marcatori fisiologici (es. il colesterolo) e sistemi di monitoraggio elettronico delle prescrizioni⁸ e di comunicazione col paziente (SMS, altri).
 - **La identificazione della mancata aderenza e scarsa persistenza ai farmaci prescritti negli assistiti della ASL di Pavia è possibile grazie all'utilizzo della Banca Dati Assistito (BDA) e dei Ritorni Informativi Periodici Personalizzati (RIPP)**, disponibili nella area interattiva del sito web aziendale, da anni utilizzati per il miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei farmaci nel contesto della Medicina Generale.

OBIETTIVO

Il progetto, proposto dal Dipartimento "Governo della rete distrettuale e del farmaco", si pone l'obiettivo di migliorare la persistenza nell'uso di farmaci appropriati dal punto di vista clinico ed economico tramite verifiche di aderenza ed eventuale rivalutazione delle terapie per pazienti cronici.

MODALITA' DI REALIZZAZIONE

Popolazione ed interventi considerati

L'ASL fornisce a ciascun MMG un elenco di tutti gli assistiti che risultano ipertesi e/ o dislipidemicici sulla base delle esenzioni per patologia e non-aderenti o non-persistenti secondo il criterio del calcolo di ddd (giornate di terapia) erogate :

- 1) presi in cura entro il 31/12/2013 per ipertensione arteriosa essenziale e/o per dislipidemia,
- 2) per i quali nel 2013 è stata prescritta almeno 1 confezione di antipertensivo (farmaci di ATC C03-C07-C08-C09) e/o ipolipemizzante (Statine ATC C10AA);
- 3) i quali ,pur dovendo mantenere un trattamento farmacologico specifico di lunga durata, non hanno raggiunto, durante l'intero 2014, una copertura farmacologica corrispondente ad almeno 6 mesi, comunque distribuiti nell'anno (aderenza >20 e < 80% del valore teorico).

L'elenco degli assistiti considerati, con la codifica delle condizioni patologiche, viene compilato e consegnato tramite un applicativo in formato elettronico (da valutare la possibilità di inserimento diretto in area interattiva)

Sono esclusi dall'elenco tutti gli assistiti ai quali, nel corso dell'anno 2014, è stata effettuata una sola prescrizione.

Modalità

1-verifica/conferma da parte del mmg della scarsa aderenza mediante l'identificazione del peso per singolo paziente ed eliminazione dei casi in cui il risultato ricalcolato per l'aderenza si trovi = o > dell'80%

2- revisione sui pazienti residuali dell'indicazione al trattamento con farmaci antipertensivi e/o ipolipemizzanti per soggetti il cui trattamento, a giudizio del MMG, può essere limitato alla modifica degli stili di vita e conseguente eliminazione dei casi;

3-identificazione sui pazienti residuali di interventi di stimolo da parte del mmg per raggiungere l'aderenza terapeutica = o > dell'80% di giornate DDD coperte sul periodo luglio – dicembre (arruolati)

4- documentazione ,tramite compilazione su file dedicato, della strategia utilizzata dal mmg per ottenere l'aderenza terapeutica

⁷ Schedlbauer A, Schroeder K, Peters T, Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. Cochrane Database Syst Rev 2004;4:CD004371.

⁸ Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005;353:487-97.

Obiettivo per ciascun MMG

La realizzazione dell'obiettivo presuppone la realizzazione dei **due** adempimenti sotto riportati:

1. Compilazione e trasmissione - tramite l'applicativo precedentemente descritto – dei dati riferiti agli assistiti indicati dall'asl .(area interattiva, estrazione da cartella clinico , posta elettronica –all 1)
2. Almeno il 10% di incremento (anno 2015 su 2014) del n° assistiti aderenti (con raggiungimento di aderenza > 80% di giornate DDD coperte sul periodo che verrà considerato), per la popolazione di assistiti con verificata indicazione al trattamento e con bassa aderenza (arruolati),

Tabella di sintesi attività / riconoscimento degli incentivi*

	Attività	Incentivo	Note
Adesione al Progetto	Adesione al progetto e impegno alla partecipazione	50% dell'incentivo a titolo di acconto	L'acconto ricevuto dovrà essere recuperato qualora non venga raggiunto l'obiettivo. (punti 1 e 2 di cui sopra)
Realizzazione	Raggiungimento dell'obiettivo assegnato al singolo medico, secondo i parametri dettagliati nel progetto	50% dell'incentivo a saldo previa verifica del raggiungimento dell'obiettivo	L'obiettivo s'intende realizzato quando sono stati soddisfatti entrambi gli adempimenti previsti (1 - puntuale compilazione e trasmissione dei dati specificati nel progetto; 2 - almeno il 10% di incremento del n° assistiti aderenti

*fonte dati database Governo della rete distrettuale e del farmaco e Controllo di gestione

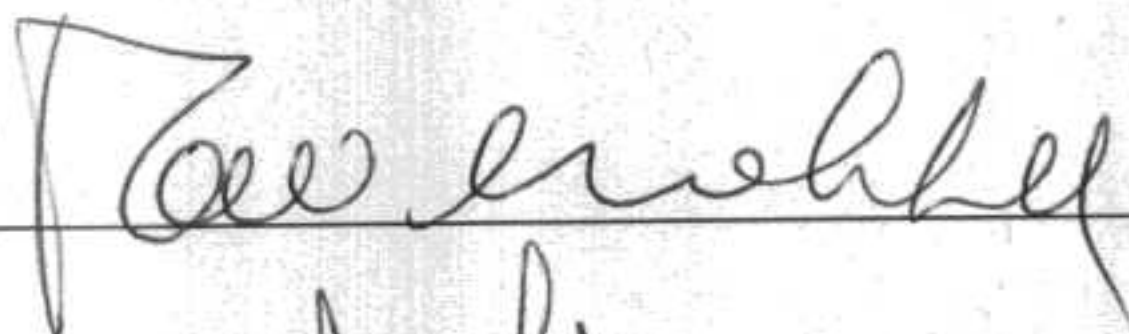
Lu Paoletti

DISPOSIZIONE FINALE

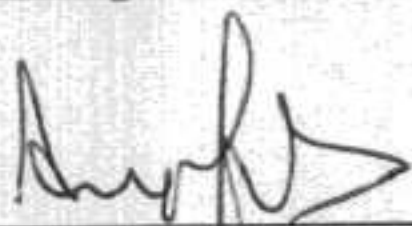
Le quote residue del progetto di governo clinico relativo all'anno 2015 saranno utilizzate per contribuire a finanziare progettualità definiti in Comitato Aziendale .

PER LE OO.SS.:

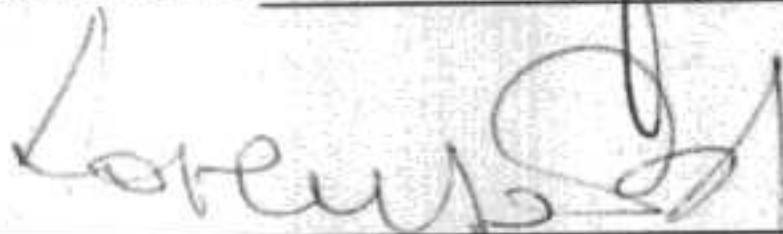
FIMMG



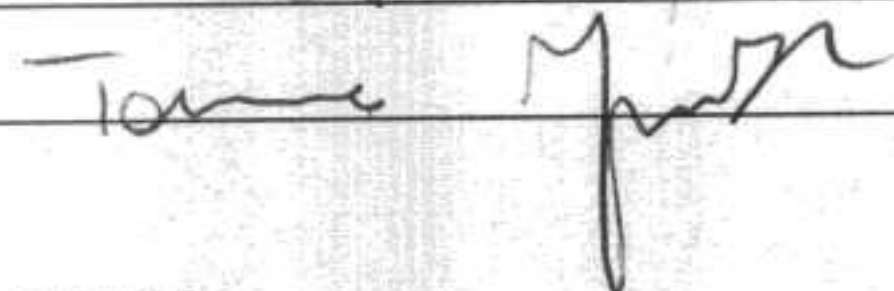
INTESA SINDACALE



UMI SMI



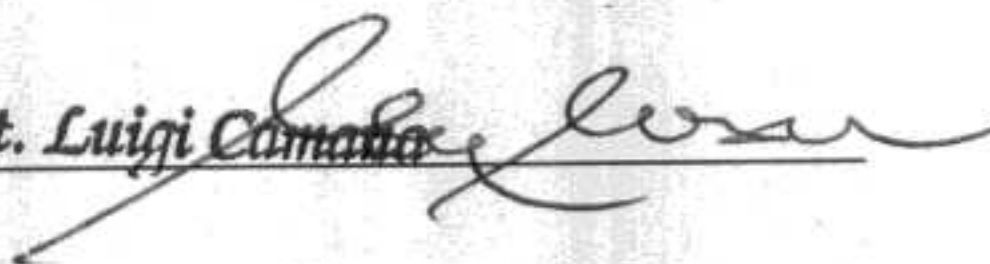
SNAMI



PER L'A.S.L. DI PAVIA

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Luigi Camacho



PAVIA

ALL. 1

CODICE FISCALE	COGNOME	NOME	SESSO	ETA'	CATEGORIA (iperteso/dislipid emico) con menu a tendina	% ADERENZA 2014	PESO ASSISTITO O	Aggiustamento aderenza DDD tenuto conto del peso (con formula: $X = 70 \cdot G / H$	Tipo paziente (prevenzione ne primaria/s econdaria) con menu a tendina	Conferma di terapia (arruolato) o opzione verso alternative non farmacologiche e (dieta, stili di vita) - menu a tendina (arruolato - altre opzioni)	Tipo di intervento adottato per incrementare l'aderenza (solo per arruolati) con menu a tendina a scelta multipla (chiamata attiva in ambulatorio; telefonata; invio sms periodico; visita domiciliare; altro)	NOTE: es. assistito che acquista privatamente il farmaco;
----------------	---------	------	-------	------	---	-----------------	------------------------	--	---	---	--	--

*Roberto
Lecchi*

*Amo fu
Anfuso*

Lotensy