

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Pavia

Cod. 2.5.03 - Prot. n. 12547 del 26 FEB. 2016

**REGIONE LOMBARDIA – Direzione**

**Generale Welfare**

**Piazza Città di Lombardia 1**

**20124 MILANO MI**

**alla c.a. dr.ssa Roberta Brenna**

**alla c.a. dr. Marco Caroli**

**OGGETTO: Proroga AIR MMG e PLS 2015**

In esito alla Vostra nota protocollo G1.2016.0003703 del 01/02/2016, si trasmettono in allegato i progetti di Governo Clinico per Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta e il progetto della Continuità Assistenziale per l'anno 2016.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(Dott.ssa Anna PAVAN)**

All. n. 3

Il Responsabile del procedimento: Dr.ssa Tiziana Legnani e-mail: tiziana\_legnani@ats-pavia.it  
Il Funzionario istruttore: Dr.ssa Simonetta Nieri ☎0382/431411 e-mail: simonetta\_nieri@ats-pavia.it



## PROGETTO CONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2016

### PREMESSA

La proposta progettuale per la CA riguardante l'anno 2016 è orientata a proseguire il percorso, iniziato già da alcuni anni a seguito dell'applicazione degli AIR interessanti la categoria, di maggiore integrazione con il sistema delle Cure Primarie ed a facilitare l'accesso del cittadino ai servizi, in un'ottica di miglioramento qualitativo del servizio.

Per l'anno 2016, nelle more della definizione di nuovi accordi integrativi, si intende prorogare quanto previsto dal Progetto CA 2015, con l'intento di assicurare la prosecuzione dell'attività ambulatoriale strutturata, di mantenere le attività di primo filtro della centrale di coordinamento del servizio e di riconoscere la figura di coordinatore della postazione territoriale, prevista anche dall'ACN vigente, finalizzata a mantenere e potenziare le funzioni di raccordo con l'Azienda.

### Durata dell'Accordo Aziendale

Il presente accordo è valido per l'anno 2016, fatta salva la facoltà di revisione dello stesso a seguito di emanazione in corso d'anno di disposizioni normative che disciplinano diversamente le materie oggetto dello stesso.

### Coordinamento

Per ognuna delle 14 sedi territoriali del servizio viene individuata la figura del coordinatore di postazione territoriale, secondo i seguenti criteri concordati con le OO.SS. della CA ed applicati già dal 2008 per l'identificazione della figura del coordinatore:

1. l'incarico, su base volontaria, è della durata di un anno, eventualmente rinnovabile in caso di indisponibilità di altri medici, salvo risoluzione anticipata per motivi individuali del medico (comunicati con almeno un mese di anticipo) o per manifeste inadempienze da parte dello stesso degli obblighi derivanti dall'Accordo aziendale;
2. gli incarichi saranno proposti ai medici operanti nella specifica postazione territoriale con la seguente priorità:
  - medici titolari con maggiore anzianità di titolarità;
  - medici sostituti con incarico annuale con maggiore anzianità di servizio per l'ex ASL di Pavia ora ATS di Pavia di Pavia;
  - a parità di anzianità di servizio, l'incarico sarà proposto sulla base dell'anzianità di laurea;

**Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Pavia**

V.le Indipendenza, 3 - 27100 PAVIA - [www.ats-pavia.it](http://www.ats-pavia.it)

Deliberazione cost. n. X/4469 del 10.12.2015

Dipartimento Cure Primarie - U.O.C. Assistenza Sanitaria Primaria - U.O.S. Continuità Assistenziale

☎ +39 (0382) 431337 - 431283 Fax +39 (0382) 431360

- Accesso libero del cittadino, negli orari previsti, e su indicazione da parte della Centrale di Coordinamento del servizio.
- L'attività ambulatoriale è svolta da un medico di CA dedicato, il quale affianca, nelle ore individuate dal progetto, i colleghi che svolgono il turno di servizio
- Le attività di competenza del medico addetto all'ambulatorio sono quelle previste dall'ACN per la realizzazione delle prestazioni assistenziali non differibili, assimilabili a quelle di un ambulatorio di medicina generale, nel rispetto dei compiti previsti per la CA dal vigente ACN.
- L'attività può prevedere anche l'effettuazione di prestazioni aggiuntive quali ad esempio: prima medicazione e medicazione successiva, sutura di ferita superficiale, rimozione punti di sutura.
- Le prestazioni erogate dovranno essere registrate tramite le modalità in atto presso le postazioni di CA per la normale attività di servizio, ossia tramite la compilazione della cartella informatica, completa dei dati riferiti alle patologie in atto e/o alla diagnosi presunta e della indicazione secondo classificazione ATC dei farmaci utilizzati e/o prescritti
- Al cittadino dovrà essere rilasciata stampa del modulo informatico che riporta quanto previsto dal "Modulo M" con le specifiche della prestazione erogata.

In caso di assenza del medico dedicato per l'attività ambulatoriale strutturata, per motivi non preventivabili, tale attività sarà sospesa ed il medico di CA incaricato all'effettuazione del turno di servizio presso la postazione interessata, sede di ambulatorio, effettuerà il servizio secondo quanto previsto dall'ACN vigente.

#### Indicatori

N. ore di attività ambulatoriale attivate  
N. di prestazioni ambulatoriali effettuate

#### Quota incentivante

Ai medici aderenti al progetto verrà riconosciuta una retribuzione di € 32,00 per ogni ora di attività ambulatoriale effettuata, maggiorata di € 10,00 in caso di attività svolta nei superfestivi come da ACR 2007.

Le prestazioni aggiuntive saranno retribuite come da ACN.

Il volume di attività ambulatoriale strutturata potrà essere modulato sulla base della disponibilità del fondo regionale RAR attribuito.

#### **4. Copertura del servizio in carenza non preventivabile di organico**

In considerazione delle difficoltà riscontrate negli anni pregressi che hanno determinato la mancata attivazione della reperibilità, al medico di Continuità Assistenziale che assicuri le prestazioni lavorando in carenza non preventivabile dell'organico normalmente in servizio è riconosciuta una



maggiorazione dell'onorario professionale di cui all'art. 72 pari al 50% dell'impegno complessivo che si sarebbe dovuto sostenere per la normale copertura del servizio. Nel caso in cui le prestazioni siano garantite da più medici, la suddetta maggiorazione, pari e non oltre l'impegno complessivo che si sarebbe dovuto sostenere per la normale copertura del servizio, sarà ripartita tra di loro in parti uguali.

L'impegno per la retribuzione di tali ore di copertura è stimato sulle ore di assenza non preventivate dell'anno 2015, corrispondente ad un costo complessivo, comprensivo di oneri, pari a € 12.926,02.

### Adesione al Progetto

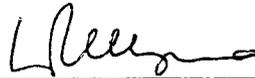
Il Progetto verrà portato a conoscenza dei medici di Continuità Assistenziale. La partecipazione all'attività ambulatoriale strutturata è su base volontaria e pertanto si procederà a raccogliere l'adesione dei medici interessati.

**Allegato A: stima dei costi del Progetto CA anno 2016.**

Pavia li 26/02/2016

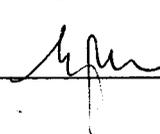
**Per le OO.SS**

FIMMG

  
\_\_\_\_\_

**Per l'ATS di Pavia**

IL DIRETTORE SANITARIO

  
\_\_\_\_\_

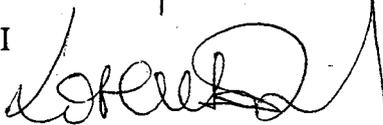
INTESA SINDACALE

  
\_\_\_\_\_

SNAMI

  
\_\_\_\_\_

SMI

  
\_\_\_\_\_

**Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Pavia**

V.le Indipendenza, 3 - 27100 PAVIA - [www.ats-pavia.it](http://www.ats-pavia.it)

Deliberazione cost. n. X/4469 del 10.12.2015

**Dipartimento Cure Primarie - U.O.C. Assistenza Sanitaria Primaria - U.O.S. Continuità Assistenziale**

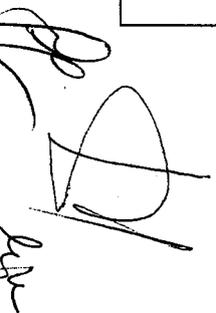
☎ +39 (0382) 431337 - 431283 Fax +39 (0382) 431360

## DETTAGLIO COSTI COMPLESSIVI PROGETTO CA ANNO 2016

## PREVISIONE COSTO PROGETTO CA 2016

VOCE	N./DI POSTAZIONI TERRITORIALI	RICONOSCIMENTO /ANNO PER COORDINATORE (€)	ENPAM (€)	COSTO TOTALE ANNO (€)	
Coordinatore di postazione	14	1.800,00	186,75	27.814,50	
VOCE	N. ORE MEDIE LAVORATE PER ANNO	COSTO ORARIO (€)	COSTO SUPERFESTIVI (€)	ENPAM (€)	COSTO TOTALE ANNO (€)
Ambulatoriale strutturata	5.100	163.200	6.500,00	17.606,38	187.306,38
VOCE	N. ORE MEDIE LAVORATE PER ANNO	INCENTIVAZIONE ORARIA (€)	COSTO ORARIO (€)	ENPAM (€)	COSTO TOTALE ANNO (€)
Incentivo orario per Medici di Centrale	19.025	2,00	38.050,00	3.947,69	41.997,69
VOCE	N. ORE MEDIE PER ANNO	COSTO ORARIO (€)	INC. REGIONALE + SUPERF (€)	ENPAM (€)	COSTO TOTALE ANNO (€)
Copertura servizio in carenza non preventivabile di organico	350	7.861,00	3.850,00	1.215,02	12.926,02
<b>PREVISIONE COSTO COMPLESSIVO PROGETTO CA ANNO 2016 (€)</b>					<b>270.044,58</b>
Assegnazione in BPE 2015 per Progetto CA		ASSEGNATO	246.345,00		
		ENPAM	25.558,29		
		TOTALE	271.903,29		







Regione  
Lombardia

ASL Pavia

## ACCORDO AZIENDALE 2016 con i Pediatri di Libera scelta GOVERNO CLINICO

### PREMESSA

Il progetto Governo Clinico è attuato in coerenza con la proroga per l'anno 2016 dell'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di Famiglia 2015 (DGR n. X/ 4702 del 29.12.2015)

Di concerto con le OO.SS, alla luce delle valutazioni positive del Comitato Aziendale, si è stabilito di proseguire con il progetto avviato nel corso dell'anno 2015:

### OBIETTIVI

#### OBIETTIVI GENERALI

Per l'anno 2016 s'intendono promuovere i seguenti obiettivi generali:

- Collaborazione con il Dipartimento ASSI per favorire una maggior integrazione socio-sanitaria
- Promozione di corretti stili di vita
- Promozione del farmaco equivalente
- Agevolazione dell'accesso agli ambulatori pediatrici territoriali
- Promozione delle vaccinazioni

In linea con le indicazioni regionali, Regole di Sistema 2016, si intende rafforzare l'integrazione tra l'area sanitaria e socio-sanitaria, al fine di migliorare l'appropriatezza del percorso e la presa in carico dei pazienti. In particolare, verrà agevolata la collaborazione

*Roberto* <sup>1</sup>  
*egor*

tra Pediatri di famiglia e Dipartimento ASSI, al fine di promuovere una valutazione congiunta nei casi di bambini e adolescenti fragili.

Proseguiranno anche nel 2016 le azioni volte a favorire la prescrizione di farmaco equivalente e quelle rivolte alla promozione degli stili di vita sani.

## **OBIETTIVI SPECIFICI – MODALITA' OPERATIVE – INDICATORI**

### **1 - Agevolazione dell' accesso alla pediatria di famiglia**

Anche per il 2016, si intende mantenere l'obiettivo di facilitare l'accesso alla Pediatria di Famiglia, con una modifica degli orari ambulatoriali dei PDF, che tenga conto delle esigenze dei genitori che lavorano (vedi anche comunicazione alla Dir .Generale Sanità di R.L.-inviata in data 9 maggio 2014 con prot n° 3412):

Una percentuale di pediatri, non inferiore all'80%, dovrà garantire almeno due pomeriggi settimanali di apertura ambulatoriale, con durata di almeno tre ore e con accesso fino alle ore 19.

Anche i PDF che non hanno aderito al Governo Clinico 2015, potranno partecipare al progetto 2016.

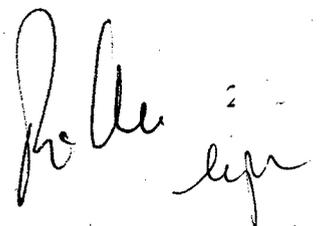
### **Indicatori-incentivi**

L'incentivo – pari al 20% della quota di Governo clinico – sarà corrisposto ai pediatri che garantiscono l'apertura degli ambulatori come sopra indicato ,a condizione che al progetto partecipi almeno l'80% dei PDF provinciali.

### **Azioni - Tempistica**

I pediatri nuovi aderenti al progetto dovranno dare la comunicazione all'ATS in merito alla modifica degli orari di ambulatorio e alla contestuale riorganizzazione entro il **31/03/2016**.

I Pediatri che hanno già modificato l'orario nel 2015 dovranno mantenerlo anche nel 2016, senza ulteriori comunicazioni all'ATS.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Pellegrini'.

## **2 - Promozione delle vaccinazioni**

### **Premessa**

In linea con gli obiettivi regionali di prevenzione, si intende coinvolgere i pediatri di famiglia per sensibilizzare maggiormente i genitori sull'importanza delle vaccinazioni e per aumentare le coperture vaccinali dell'ATS di Pavia.

La collaborazione dei pediatri diventa sempre più importante e preziosa, anche in considerazione dell'aumento del fenomeno di chi è scettico o contrario alle vaccinazioni.

Il particolare rapporto di fiducia che si instaura tra i pediatri e le famiglie, si auspica possa portare ad un coinvolgimento più attivo e responsabile dei genitori.

Per il 2016 si intende focalizzare l'attenzione sulla sensibilizzazione dei genitori dei bambini nati nel 2010, per il richiamo ( quarta dose) tra i 5-6 anni di età del vaccino contro difterite/tetano/pertosse/polio.

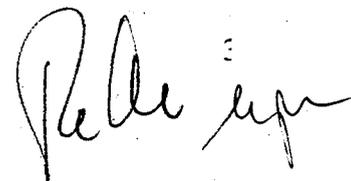
### **Obiettivi**

Obiettivo del progetto è un incremento della copertura vaccinale generale e più specificamente il raggiungimento – per la coorte dei nati nel 2010– di una copertura pari al 95% per la quarta dose del vaccino contro difterite/tetano/pertosse/polio.

### **Azioni - Tempistica**

**Per raggiungere l'obiettivo , i Pediatri si impegnano a :**

1. Contattare i genitori dei bambini che non risultano aderenti alla campagna vaccinale (con riferimento alla coorte dei nati nel 2010 - per la quarta dose del vaccino contro difterite/tetano/pertosse/polio) per sensibilizzarli sull'importanza della vaccinazione anti polio che è ormai in associazione al vaccino contro difterite tetano pertosse evidenziando i benefici del vaccino a fronte dei danni che tali malattie possono causare. A questo scopo, con la collaborazione del Dipartimento di Prevenzione della ATS, verranno forniti ai pediatri gli elenchi dei bambini che non si sono presentati alla vaccinazione; per ciascun bambino il pediatra specificherà le azioni intraprese e trasmetterà il dato alla ATS entro il 15.01.2017, all'indirizzo di posta: [cure\\_primarie@ats-pavia.it](mailto:cure_primarie@ats-pavia.it)



2. Distribuire ed illustrare ai genitori degli assistiti materiale informativo sulle vaccinazioni e sulla promozione dei corretti stili di vita fornito dalla ATS.

### **Indicatori**

L'incentivo, pari al 60% della quota di governo Clinico, sarà corrisposto per la realizzazione delle due azioni sopra evidenziate.

Per la valutazione si terrà conto dell'invio della rendicontazione sulle azioni svolte per sensibilizzare i genitori dei bambini non aderenti.

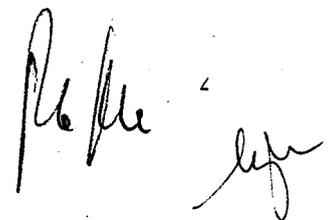
L'incentivo pari al 20% della quota di governo clinico, sarà attribuito ai pediatri che sulla base dei dati distinti per area territoriale – forniti dal Dipartimento di Prevenzione – risulteranno aver raggiunto una copertura pari al 95% per la quarta dose del vaccino contro difterite/tetano/pertosse/polio.

### **Fonte Dati**

- Per la verifica degli orari di apertura degli ambulatori: Database del Dipartimento Cure Primarie;
- Per la verifica dell'incremento della copertura vaccinale ( quarta dose antidifterite/tetano/ pertosse/ polio coorte 2010) Database del Dipartimento di Prevenzione Medico.

### **Corresponsione delle quote previste**

Si conviene che ad ogni pediatra aderente la quota prevista sarà corrisposta interamente a saldo, con verifica del raggiungimento degli obiettivi da parte del Nucleo di valutazione aziendale, entro il mese di luglio 2017.



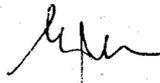
**TABELLA DI SINTESI DEGLI OBIETTIVI - INCENTIVI**

area	obiettivo	Descrizione sintetica dell'obiettivo	Incentivo
<b>Governo Clinico</b>	Agevolazione dell'accesso alla Pediatria di Famiglia	Garanzia, per ciascun pediatra, di almeno due pomeriggi settimanali di apertura dell'ambulatorio con durata di almeno tre ore e con accesso fino alle ore 19.	<b>20%:</b> l'obiettivo si ritiene raggiunto se partecipa almeno l'80% dei PDF.
	Promozione vaccinazioni	Ogni pediatra aderente si impegna a sensibilizzare i genitori dei bambini della coorte 2010 in merito alla quarta dose del vaccino contro differite/tetano/pertosse/polio attuando le due azioni previste ( 1-2) per cercare di raggiungere e superare la copertura vaccinale del 95% per la quarta dose del vaccino contro	<b>20%:</b> l'obiettivo s'intende raggiunto se per la coorte del 2010 si arriva ad una copertura del:95% per la quarta dose del vaccino contro differite/tetano/pertosse/polio. ( per area territoriale ) <b>60%:</b> l'obiettivo si intende raggiunto se il pediatra realizza le due azioni previste

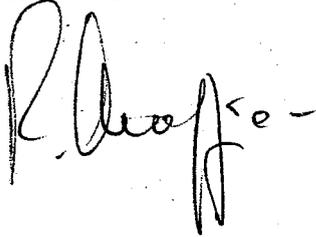


DATA: 24/02/2016

Per l'ATS di Pavia:



Per FIMP:



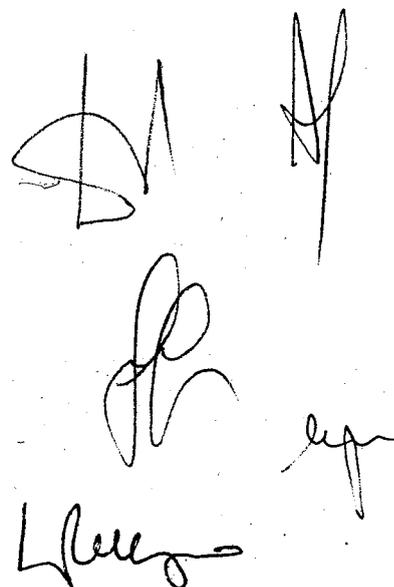
## ACCORDO AZIENDALE 2016 con i Medici di Medicina Generale GOVERNO-CLINICO

L'Accordo integrativo regionale 2015 per i Medici di Famiglia (DGR n°10/3024 del 16/01/2015), prorogato per il 2016 (DGR n. X/ 4702 del 29.12.2015) stabilisce le possibili aree nell'ambito delle quali devono essere formulate le progettualità di governo clinico.

Di concerto con le OO.SS, alla luce delle valutazioni positive del Comitato Aziendale, si è stabilito di proseguire con i progetti-rivisti e migliorati- già avviati nel corso dell'anno 2015:

- Partecipazione attiva del mmg ai programmi di screening della mammella, colon e cervice uterina;
- Migliorare la persistenza nell'uso di farmaci appropriati e costo-opportuni tramite verifica di aderenza e revisione delle terapie per pazienti con patologie croniche;

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 31/03/2016 all'indirizzo [cure\\_primarie@ats-pavia.it](mailto:cure_primarie@ats-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 e per promuovere interventi prevenzione oncologica.

#### OBIETTIVI

Obiettivo dichiarato dal progetto è di promuovere interventi di prevenzione oncologica nella popolazione pavese attraverso l'adesione a programmi di screening.

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 al primo 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'ATS.

**Indicatore: Adesione > o = al 20%**

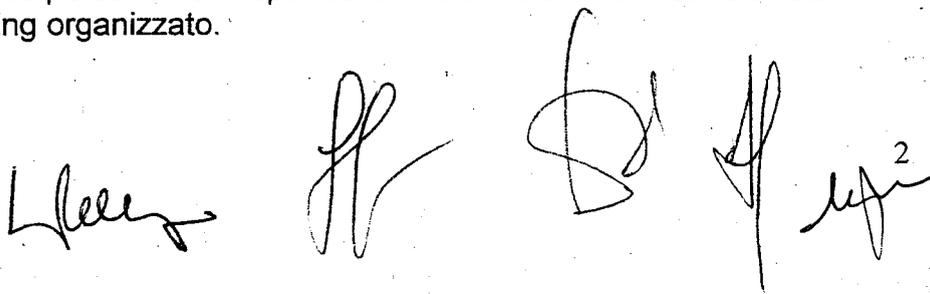
*N° Donne aderenti al sollecito del MMG / N° Donne in elenco non rispondenti al primo invito*

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

##### Screening citologico

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

**Indicatore: Adesione > o = 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 degli aderenti .

**Screening Colon-Retto**

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

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

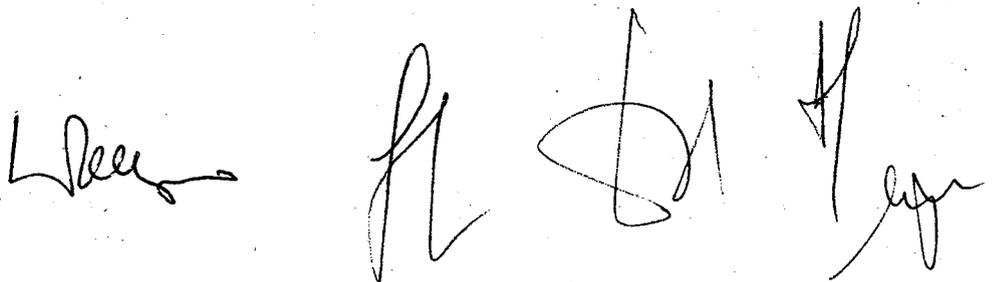
I non aderenti reclutati dal MMG potranno recarsi presso la propria farmacia per il ritiro del Kit necessario ad eseguire la ricerca di sangue occulto nelle feci.

**Indicatore: Adesione > o = 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 coloscopia di cui il medico segnala l'esecuzione al di fuori del percorso di screening verrà aggiunto al numero degli aderenti .

Ciascun medico si impegnerà per migliorare l'adesione dei propri assistiti a tutti e tre gli screening e a promuovere l'adozione di corretti stili di vita . 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\***

	<b>Attività</b>	<b>Incentivo</b>	<b>Note</b>
<b>Adesione al Progetto</b>	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.
<b>Realizzazione</b>	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 (tramite comunicazione in area interattiva, estrazione diretta da cartella clinica, posta elettronica ).

\*fonte dati database Dipartimento di prevenzione e Controllo di gestione

Handwritten signatures and initials in black ink, including a large signature on the left and several smaller initials or signatures to the right.

## 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 ATS di Pavia con le Aziende Ospedaliere della Provincia, vengono definiti **principi attivi preferibili (costo-opportuni)** 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 terapeutica<sup>1</sup>.
- **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 assunzione<sup>2</sup>.
- **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)<sup>3</sup>. 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 trattamento<sup>4</sup>. 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 terapia<sup>5</sup>. 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<sup>3,6</sup>.
- **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 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.

<sup>1</sup> Tratto da Servizio di Epidemiologia e farmacologia Preventiva ([www.sefap.it](http://www.sefap.it)) Università di Milano, dipartimento di Scienze farmacologiche.

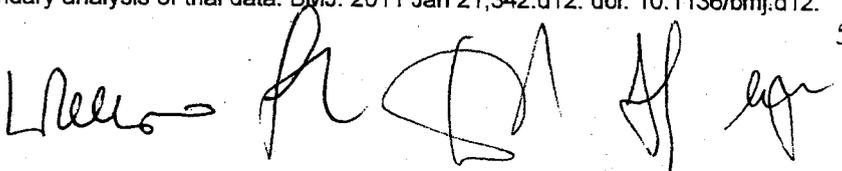
<sup>2</sup> PubMed: MeSH "Medication Adherence".

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

<sup>4</sup> 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.

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

<sup>6</sup> 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.



- 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 persistenti<sup>7</sup>, 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 prescrizioni<sup>8</sup> e di comunicazione col paziente (SMS, altri).
- La identificazione della mancata aderenza e scarsa persistenza ai farmaci prescritti negli assistiti della ATS 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'ATS fornisce a ciascun MMG un elenco di tutti gli assistiti che risultano ipertesi e/ o dislipidemici 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 31/12/2015 per ipertensione arteriosa essenziale e/o per dislipidemia,
- 2) per i quali nel 2015 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 2015, 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 2015, 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**

### Obiettivo per ciascun MMG

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

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

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 clinica , posta elettronica-all1 )
2. Almeno il 10% di incremento (anno 2016 su 2015) 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\***

	<b>Attività</b>	<b>Incentivo</b>	<b>Note</b>
<b>Adesione al Progetto</b>	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 )
<b>Realizzazione</b>	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 ) e vengono mantenuti i risultati conseguiti nel 2015.

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

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the left and several initials on the right.

## DISPOSIZIONE FINALE

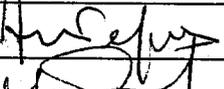
Le quote residue del progetto di governo clinico relativo all'anno 2015 saranno utilizzate per contribuire a finanziare progettualità definite definiti in Comitato Aziendale .

### PER LE OO.SS.:

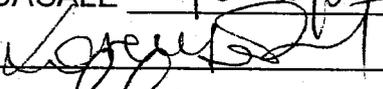
FIMMG



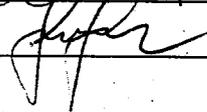
INTESA SINDACALE



UMI SMI

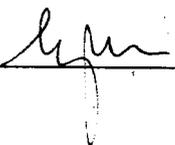


SNAMI



### PER L'A.T.S. DI PAVIA

IL DIRETTORE SANITARIO



PAVIA 24/02/2016