

5 giugno 2012

**Accordo Integrativo aziendale tra l'Azienda USL di Bologna  
e le Organizzazioni sindacali dei MMG  
2012-2014**

**Premessa**

L'assistenza primaria, deve diventare oggi un'importante area di investimento e di trasferimento di risorse, a seguito del progressivo passaggio di competenze da parte delle strutture ospedaliere; si caratterizza infatti, come uno dei contesti sanitari più complessi da organizzare e governare. La sua gestione efficace è una delle principali sfide per il SSN e per ogni SSR, in quanto rappresenta un ambito di intervento determinante, da un lato per il perseguimento dell'efficacia e della qualità delle cure, con particolare riferimento alla qualità percepita e alla centralità del paziente; dall'altro per il mantenimento della sostenibilità economica del sistema sanitario.

In questo contesto l'AUSL di Bologna, già nel momento dell'unificazione, ha visto l'opportunità di rivedere il patto con i cittadini attraverso nuove modalità di coinvolgimento e responsabilizzazione che hanno portato ad una rimodulazione dell'assistenza territoriale.

La prima fase di tale percorso ha visto la realizzazione di una nuova organizzazione dei Distretti con un forte ruolo di committenza e garanzia verso i cittadini dell'equità di accesso ai servizi.

Contemporaneamente è stato costituito un unico Dipartimento gestionale delle cure primarie con l'intento di perseguire l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza territoriale. Questo attraverso importanti interventi di riprogettazione organizzativa, ridefinizione dei processi erogativi e di supporto, nonché lo sviluppo di nuove competenze del personale sanitario ed amministrativo operante sul territorio.

Il percorso di revisione degli assetti organizzativi delle cure primarie improntato sulla applicazione degli strumenti del GC ha portato alla costituzione di un Dipartimento articolato in Nuclei di Cure Primarie. Dove l'opportunità del cambiamento si può tradurre in vantaggi:

- per i cittadini, una maggiore attenzione alle loro esigenze, all'equità dell'offerta e dell'accessibilità alla qualità delle prestazioni e alla segmentazione dell'offerta sulla base del modificarsi della domanda;
- per i professionisti, percorsi di una maggiore integrazione al fine di fornire appropriate risposte clinico-assistenziali ai bisogni complessi e una maggiore semplificazione per ridurre i sistemi operativi e burocratici che non sono in grado di portare un valore aggiunto. Infine per tutti i professionisti uno stimolo motivazionale operando in un contesto che valorizza le competenze e le relazioni cliniche;
- per il management sanitario la possibilità di un governo economico unitario dei fattori produttivi e un governo clinico che migliori la qualità dei progetti e dei prodotti erogati anche attraverso la standardizzazione e l'attivazione di reti cliniche prima sperimentate tra gli ospedali della rete metropolitana e successivamente con i nodi del territorio.

In tale ottica, il DCP, fin dalla sua costituzione, ha attivato reti professionali e costanti momenti di confronto intradipartimentali, su temi di Governo Clinico (GC), con l'intento di avviare una relazione costruttiva, di fiducia e superamento di un modello a forte impronta burocratica, in favore di un modello basato sulle competenze professionali e sulla presa in carico.

Una struttura dipartimentale adeguata costituisce il prerequisito organizzativo fondamentale per la piena attuazione del GC in un'Azienda Sanitaria. Consolidate evidenze scientifiche internazionali ed esperienze regionali ed aziendali confermano il principio che il GC non può essere imposto dall'alto o dall'esterno, ma consegue all'interazione di numerosi attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente. In base a tale principio, se spetta all'Azienda identificare gli obiettivi generali di GC, pari rilevanza dovranno avere i contributi dei professionisti nella realizzazione dei progetti e nella definizione degli indicatori da misurare. Tale modalità dovrà permeare tutti i livelli dell'organizzazione dipartimentale promuovendone cultura e strumenti. L'attuazione del GC con modalità bottom-up richiede la costituzione di reti integrate multiprofessionali di supporto organizzativo e metodologico ai progetti di GC.

Per affermare e diffondere una nuova cultura clinica ed organizzativa è stato avviato un percorso formativo, che ha coinvolto professionisti del dipartimento, dipendenti, convenzionati e di altre articolazioni aziendali, basato su alcuni principi di fondo:

- eliminare i sistemi operativi e burocratici tra loro ridondanti;
- flessibilizzare le soluzioni, adattandole ai contesti, alle persone, alle culture e potenzialità dei clusters locali;
- sistematizzare gli strumenti ad alto valore spesso episodici e saltuari
- rafforzare il sistema delle Cure Primarie anche per mezzo del *"chronic care model"*
- passare da una logica prestazionale ad una presa in carico complessiva del paziente.

Tale percorso ha portato, dopo un'approfondita analisi, alla formulazione di una vision e una progettualità condivisa.

Uno dei primi risultati conseguiti a seguito di tali modalità di confronto sembra essere la consapevolezza diffusa che l'integrazione professionale ed il lavoro di squadra sono l'unico modello sostenibile per una Sanità che necessita sempre più di atteggiamenti proattivi e flessibili. Infatti tale modello è in grado di far fronte a bisogni di salute sempre più complessi, dati dalla maggior diffusione delle patologie croniche e dall'innalzamento dell'età della popolazione.

Per garantire omogeneità e coerenza tra e nelle diverse espressioni dell'assistenza al paziente è quindi necessario costruire forti correlazioni tra i servizi ed i professionisti e perseguire una sempre maggiore integrazione della figura del MMG nella vita e nell'organizzazione sanitaria, nel rispetto della sua piena autonomia professionale.

In tal senso, anche la forte attenzione espressa da questa azienda per la definizione di percorsi clinico-assistenziali, rivolti a pazienti affetti da patologie oncologiche e malattie croniche, necessita di un forte contributo da parte della medicina generale nel momento della progettazione strategica; ciò premesso, nella realizzazione dei diversi percorsi, andrà condiviso, in base allo specifico Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), il grado di coinvolgimento e di ruolo—clinico-assistenziale del MMG.

Il presente accordo viene a completamento del percorso descritto in premessa che ha visto prima una forte attenzione sullo sviluppo delle reti assistenziali ospedaliere ed ora nell'ambito dell'assistenza primaria si configura come strumento per implementare la cultura organizzativa fondata sui principi del governo clinico e su obiettivi di integrazione professionale, appropriatezza delle cure, governo della domanda.

L'articolazione dell'Accordo Integrativo Aziendale della Medicina Generale si sviluppa secondo sei aree tematiche: 1) partecipazione degli utenti, 2) efficacia, 3) sicurezza, 4) equità, 5) efficienza, 6) appropriatezza che vengono riprese nei capitoli dell'accordo.

Tali aree contribuiscono al miglioramento continuo della qualità dei servizi e al raggiungimento/mantenimento di elevati standard assistenziali stimolando la creazione di un'ambiente che favorisce **l'eccellenza professionale**.

Tale elemento è essenziale nella costruzione dell'accordo in un momento delicato, come quello presente, che vede una riduzione dei finanziamenti destinati al Servizio Sanitario Pubblico e rischia di alimentare dubbi sulla capacità di tenuta del sistema relativamente alla qualità dei servizi erogati. A dimostrazione della coerenza con quanto dichiarato, questa Azienda sanitaria intende promuovere due tipologie di azioni:

- intervenire in aree dove la maggior spesa non incrementa la qualità dei servizi ed altre dove un maggior rigore non la riduce (razionalizzazione organizzativa);
- mettere le basi, attraverso un "contratto" con la medicina generale, per avviare un percorso di stretta collaborazione e di *vision* comune che si proietti nel tempo attraverso obiettivi ed azioni da rivalutare di anno in anno al fine di verificarne costantemente l'adeguatezza e la sostenibilità.

Scopo dell'accordo con la medicina generale è pertanto il dare evidenza di un netto cambiamento rispetto al passato, cercando obiettivi e punti di convergenza, da delineare come elementi di base sui quali impostare una nuova relazione di fiducia e confronto.

Nei contenuti va evidenziato l'impegno e lo sforzo che i medici saranno in grado di produrre per raggiungere gli obiettivi prefissati e la valorizzazione che questo comporta.

Su questa base concettuale sono stati definiti i capitoli del presente accordo:

- 1- Relazioni professionali – Dal Nucleo delle Cure Primarie alla Casa della Salute**
- 2- Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)**
- 3- Revisione della Assistenza Domiciliare e sviluppo della rete cure oncologiche e palliative domiciliari**
- 4- Governo della domanda**
- 5- Ricerca e formazione**
- 6- Semplificazione ed informatizzazione**

## **1 – Relazioni professionali – Dal Nucleo delle Cure Primarie alla Casa della Salute**

Premettendo che la Casa della Salute non sarà un poliambulatorio ridisegnato logisticamente, al quale si cambia solo il logo, non creerà ridondanza con servizi già esistenti e non sarà una struttura rigida senza capacità di adattamento ai nuovi bisogni della cittadinanza e che, quindi, non potrà essere uguale in tutti i territori, preme riflettere sugli **elementi valoriali** della Casa della Salute, qui di seguito evidenziati:

- **genera un nuovo modello di collaborazione e integrazione fra professionisti e strutture**, finalizzato a superare le barriere tra le articolazioni organizzative, per funzionare secondo il principio dei percorsi di cura
- si integra con i Dipartimenti di produzione, il Dipartimento di Salute Pubblica e il Dipartimento di Salute Mentale tramite protocolli specifici

- garantisce, per mezzo dell'impegno dei professionisti e di specifiche risorse aziendali, la continuità dell'assistenza
- attua la **presa in carico della persona** con una o più patologie croniche **attraverso la centralità del MMG** come gestore del processo di cura poiché amplifica le sue possibilità di interazione con altre strutture aziendali e altri professionisti

## Elementi essenziali per la qualificazione delle Case della Salute (CdS)

Parlando di criteri per qualificare le Case della Salute della AUSL di Bologna risultano rilevanti i seguenti elementi:

- a) **Medicine di gruppo** che operano nella sede della CdS con le modalità proprie della medicina di famiglia previste dall'ACN e AIR garantendo loro l'8 ora
- b) **Medici** facenti parte della rete di NCP, presenti nella sede della CdS anche a rotazione per attività e specifici progetti

Negli ambiti territoriali di NCP in cui saranno realizzate le Case della Salute ed al fine del rafforzamento di tutte le forme associative della Medicina di famiglia presenti sul territorio, diviene esplicito obiettivo della presente intesa, l'estensione della fascia oraria giornaliera di accesso agli studi dei MMG per 8 ore giornaliere per le forme associative in rete o gruppo che operano all'esterno della CdS, previo specifico progetto. Gli incrementi orari per i gruppi e per le reti di MMG dovranno essere garantiti per tutto l'arco dell'anno con orari costanti e dovranno essere finalizzati al funzionamento delle attività del Nucleo di cure primarie e della Casa della Salute.

Nella fase di realizzazione delle Case della Salute sarà verificata la fattibilità dei singoli progetti attraverso esplicite richieste dell'Azienda ai Coordinatori dei NCP interessati. Le risposte pervenute saranno poste all'attenzione del Tavolo Trattante AUSL e OO.SS. e valutate nel merito.

Nelle CdS, su specifici progetti, saranno sperimentate anche forme di integrazione con i medici della continuità assistenziale.

- c) **Presenza di un ufficio di Segreteria** della forma associativa con personale, di cui all'art. 59 B ACN, addestrato a rispondere alle domande più frequenti dell'utente, ed in grado di organizzare attività di prenotazione per le visite mediche e parte dell'attività per la gestione proattiva delle patologie croniche quali attività di recall, e predisposizione delle agende per le visite programmate relative a specifici progetti. Dedicato alla medicina di gruppo.
- d) **Presenza di un punto di accoglienza della Casa della Salute, riconoscibile da parte del cittadino** (front-office) che assicuri accesso e risposta ai suoi bisogni e lo orienti ai servizi presenti o meno presso la CdS, ad esempio
  - sportello unico
  - accoglienza delle richieste di dimissione protetta da reparto per acuti o post-acuti e attivazione Assistenza Domiciliare (AD) attraverso Centrale Continuità Ospedale Territorio CCOT o collegamento con la Centrale Metropolitana Post Acuzie CeMPA per lungodegenze (Riabilitazione Estensiva RE e Riabilitazione Intensiva RI o Case Residenza Anziani CRA)
  - richiesta di ausili e protesi (Unità Valutazione Fisioterapica UVF)

- effettuazione della Valutazione Multidimensionale (VM) e nei casi più complessi richiesta di attivazione di Unità di Valutazione Multidimensionale UVM (geriatrica, pediatrica, ecc)
- e) **presa in carico della persona con una o più patologie croniche ed elevato grado di fragilità e/o frequente ricorso all'ospedale** (frequent user, pazienti orto-geriatrici, ...). Attraverso ambulatori infermieristici ad accesso programmato ed attivati dal Medico di Medicina generale
- f) **Punto prelievi**
- g) **Distribuzione diretta dei farmaci o di presidi/ausili**
- h) **Attrezzatura e strumentario per completamento diagnostico:** eco generalista, spirometria, ecg,.. ad uso della medicina generale
- i) **Presenza della Rete informatica attiva e accessibile** : rete orizzontale tra MMG presenti nella CDS. Fino ad arrivare ad una condivisione della documentazione sanitaria con altri professionisti (infermieri, continuità assistenziale, etc) es. *patient summery*.
- j) **Consultori** (familiare e/o pediatrico)
- k) **Specialista di riferimento** (es cardiologo, oncologo, pneumologo psicologo,etc)
- l) **Percorso ambulatoriale specialistico semplice** (accesso diretto secondo procedura concordata e tramite specifici protocolli per il completamento diagnostico/terapeutico/) :
- a. Radiologia tradizionale,
  - b. Ecografia
  - c. Accertamenti di laboratorio percorsi fast
  - d. Specialistica per gestione patologie croniche
  - e. Visita specialistica
  - f. Esami strumentali es ecg, spirometrie, etc...

Questi collegamenti possono trovare risposta nella CDS o in altre strutture territoriali o ospedaliere.

## 2 – Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

L'azienda sta rispondendo alla domanda di assistenza specialistica secondo 2 criteri di scelta espressi dal paziente:

- la tempestività della prestazione, ottenere la prestazione nel minor tempo possibile,
- la struttura o il professionista, a scapito del tempo di attesa e della comodità di accesso.

In tal modo si differenzia una assistenza specialistica di "base", in logica prestazionale per dare risposte puntuali, in funzione di un quadro acuto e a fronte di una problematica clinicamente semplice. E un approccio evoluto nella logica della presa in carico, indirizzata a dare una risposta ad un problema complesso perlopiù cronico.

In tale logica che differenzia la modalità della risposta prestazionale dalla presa in carico, per affrontare il tema della cronicità, sono stati attivati vari percorsi clinico assistenziali che necessitano di revisione e sviluppo degli strumenti di *clinical governance* esistenti, con un maggiore coinvolgimento della medicina generale, al fine di monitorare:

- la qualità della presa in carico

- il tasso di reclutamento dei pazienti nei PDTA, in termini di capacità di tenuta del sistema
- il tasso di adesione dei professionisti ai PDTA
- l'effettiva compliance dei pazienti ai PDTA
- i risultati, misurabili, in termini di qualità della vita, di processo e di esito

**Nell'allegato A** sono elencati tutti i PDTA e AUDIT presenti nella programmazione aziendale 2012, di seguito sono elencati alcuni tra i principali Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) aziendali, che presentano un maggiore coinvolgimento della medicina generale:

- **Post-Ima**
- **Scompenso cardiaco**
- **Cure Palliative**
- **Progetto Gestione integrata del Diabete**
- **Progetto Leggieri**
- **BPCO**
- **Reumatologia**

Il coinvolgimento dei MMG nei PDTA verrà concordato tra le parti entro 6 mesi dalla sottoscrizione del presente accordo

➤ **Progetto Gestione integrata del Diabete**

Relativamente al Progetto gestione integrata del Diabete non-insulino dipendente, perseguito come obiettivo di presa in carico appropriata della patologia cronica in forma anche multi professionale si ritiene di aumentare la percentuale dei pazienti presi in carico fino al 3,5% a livello aziendale ( massimo 5,7% per singolo MMG) ed una rivisitazione dei contenuti fondamentali in un tavolo tecnico ad hoc che riferirà alla trattante sindacale entro il 2012.

Nelle more della definizione del nuovo protocollo assistenziale, relativamente alle quote incentivanti, si concorda che gli incentivi per ciascun accesso sono pari a 33€ e gli obiettivi specifici sono 2 da riferire al singolo MMG e precisamente i seguenti:

- Aumentare il numero di pazienti reclutati secondo PDT  
Indicatore: valore maggiore o uguale al 3%
- Mantenere i livelli di Hb glicata per i propri assistiti  
Indicatore: valore di Hb glicata coerente con i PDT (7,5 mg ) per il 65% dei pz. in gestione integrata.

Al medico che raggiunge gli obiettivi sopra indicati viene riconosciuto un incentivo pari ad 1 € per ogni accesso effettuato nell'anno solare.

Gli incentivi dei 2 obiettivi verranno erogati nel primo semestre dell'anno successivo a quello di competenza.

Sono confermati, altresì, i contenuti del verbale condiviso AUSL di Bologna FIMMG per l'applicazione dell'ACR 2006 sottoscritto in data 12/04/07 punto 3.

### **3 - Revisione della Assistenza Domiciliare Integrata e sviluppo della rete cure oncologiche e palliative domiciliari**

L'Assistenza Domiciliare (AD) è la proposta che risponde all'obiettivo di mantenere al proprio domicilio il paziente prevalentemente anziano o con patologie croniche invalidanti, spesso dimesso dalla struttura ospedaliera (Dimissione Protetta), ma ancora in fase di necessità di completamento di cure o in fase terminale di malattia perlopiù oncologica.

L'assistenza domiciliare persegue obiettivi di appropriatezza in riferimento al luogo dell'assistenza e di un miglioramento della qualità della vita. Tali finalità sono perseguibili integrando la collaborazione multidisciplinare (clinico-assistenziale) e fornendo i sostegni materiali (ausili, protesi, ecc) adeguati al bisogno. In tale ambito l'Azienda investe in termini di risorse ed azioni di riorganizzazione per arrivare ad una migliore offerta assistenziale per i cittadini. Pertanto ha ridefinito l'impegno con Associazioni di Volontariato quali Nelson-Frigatti ed ANT e con professionisti sanitari aziendali (territoriali ed ospedalieri) nonché con gli Hospice per rendere più robusta la rete dell'assistenza domiciliare in toto.

**Gli elementi caratterizzanti un buon sistema di Assistenza Domiciliare possono essere sintetizzati come di seguito:**

- tutte le tipologie di assistenza domiciliare richiedono integrazione,
- tutti i nodi della rete assistenziale collaborano, coerentemente al proprio ruolo, alla corretta gestione dell'assistenza domiciliare a partire dalla informazione al Pz,
- quando emerge un bisogno di cura a domicilio il responsabile terapeutico, che ha condiviso tale bisogno redige un Piano Assistenziale Individuale (PAI).-Per poter correttamente definire le risorse clinico-assistenziali necessarie.
- la valutazione deve tener conto delle risorse e del contesto di vita della persona assistita,
- la scheda clinico-assistenziale domiciliare è lo strumento fondamentale per agevolare la comunicazione tra professionisti diversi che non sempre si incontrano di persona. Lo sviluppo della sua modalità deve essere pianificato secondo criteri condivisi, tenuto conto dei livelli assistenziali individuati ed una periodica rivalutazione del PAI.

Il suddetto modello organizzativo, non comporta modificazioni alla normale l'assistenza domiciliare rivolta ai pazienti non ambulabili di cui all'art. 53 b del vigente ACN.

**Tariffe:**

**120/€ per presa in carico (ADI I)**

**340/€ per presa in carico (ADI II)**

**500/ € per presa in carico (ADI III)**

#### **Le cure palliative domiciliari**

E' in atto un progetto di ridefinizione della rete cure palliative nel rispetto delle nuove normative di legge che prevede la strutturazione di un team per le Cure Domiciliari palliative, atto ad offrire una copertura omogenea per presenza, caratteristiche organizzative e applicazione di modello e linee guida condivise su tutto il territorio aziendale. Tale progetto agevola la presa in carico globale del paziente oncologico terminale da parte del proprio MMG e lo supporta, orienta e facilita nella rete

dei servizi aziendali dall'inizio del percorso di malattia al termine, secondo necessità, modulando caratteristiche ed intensità dei trattamenti, al fine di ottenere la migliore qualità di vita per il paziente e privilegiando il *setting* domiciliare e territoriale nel fine vita sia per i pazienti affetti da patologia oncologica o da altre patologie.

Per il maggiore impegno nelle cure palliative oncologiche coerentemente con il progetto di ridefinizione e implementazione della rete delle cure palliative messo in atto dall'Azienda si concordano le seguenti tariffe:

**Tariffe ADI-oncologiche (ADI II e III) rispettivamente 415/€ e 625/€**

#### **4 - Governo della domanda**

Per rispondere in modo appropriato ai bisogni di salute degli assistiti e nel contempo trovare un giusto equilibrio tra domanda di cure e spesa sanitaria è necessario spostare l'attenzione dal "governo dell'offerta" al "governo della domanda". Le spese sanitarie sono in continuo aumento per ragioni tecnologiche, sociali, demografiche. Non è possibile contenerle agendo sulle classiche regole della domanda e offerta, in quanto: da un lato il diritto dei cittadini alla salute non consente di aumentare i prezzi per calmierare la domanda, dall'altro non si può aumentare a dismisura l'offerta sia perché questo in sanità non genera economie di scala e quindi non vi sono risorse sufficienti (umane ed economiche) sia per ragioni scientifiche ed etiche. Porsi pertanto l'obiettivo di un uso appropriato ed efficace delle risorse economiche non significa ridurre le prestazioni, ma conoscere i bisogni autentici di salute della popolazione, anche quelli non espressi, valutare la migliore risposta clinico-terapeutica, in termini di efficacia e di appropriatezza, scegliere il percorso assistenziale più conveniente in rapporto ai costi e ai risultati. Questa impostazione rimanda il problema a tre temi fondamentali del Governo clinico:

- l'appropriatezza
- il coinvolgimento dei Cittadini per mezzo di una informazione che li spinga ad una richiesta dei servizi più coerente con i loro bisogni reali (Empowerment)
- il governo economico finanziario (efficienza)

Per il coinvolgimento dei cittadini è opportuno sviluppare un costante colloquio sui temi della educazione alla salute, del self management, delle patologie croniche, della consapevolezza e dell'importanza dell'adesione terapeutica. Tutto ciò da realizzare con un impegno trasversale degli operatori sanitari nei vari setting assistenziali dell'assistenza primaria. Un progetto di riallocazione e razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse non può prescindere da un forte patto sociale con la cittadinanza verso cui l'impegno è mirato. Tale alleanza si concretizza attraverso un percorso che prevede una corretta e puntuale informazione agli utenti. L'Azienda si fa carico attraverso le sue articolazioni distrettuali, avvalendosi delle professionalità locali, di organizzare eventi di comunicazione alla popolazione.

L'appropriatezza, in questo contesto, viene a costituirsi come principio guida nell'ambito di un sistema integrato di servizi ospedalieri e territoriali necessario per garantire sia la continuità delle cure all'interno di percorsi assistenziali adeguati al profilo clinico delle patologie oggetto di analisi, sia l'ottimale utilizzo delle risorse sanitarie nei diversi regimi assistenziali.



Pertanto per tradurre “il governo della domanda” nella medicina generale è necessario riflettere sul tema dell’appropriatezza:

- nella prescrizione farmaceutica
- nell’accesso alla diagnostica
- nella consulenza e presa in carico specialistica

**Nell’ambito dello sviluppo organizzativo del DCP l’adesione al Nucleo delle Cure Primarie che prevede** la corresponsione dell’incentivo di € 1,00 per paziente, a norma del punto 6 comma c) paragrafo 6 AIR è sottoposto annualmente ai seguenti criteri di verifica:

1. partecipazione agli incontri di NCP programmati annualmente (minimo 4) e regolarmente verbalizzati (salvo giustificazioni scritte);
2. adesione ad almeno due progetti aziendali o di nucleo previsti nel seguente Accordo, ad esempio:
  - a) progetti concordati per l’appropriatezza farmaceutica;
  - b) progetti concordati per l’appropriatezza delle prestazioni specialistiche
  - c) progetti concordati su specifici ricoveri ospedalieri
  - d) progetti concordati derivanti dalla lettura dei Profili di NCP
  - e) progetti concordati di integrazione con i Medici di C.A
  - f) PDTA concordati

Il rispetto dell’adesione ai punti precedenti sarà valutato dall’Azienda ed esaminato in sede di Comitato Aziendale .

Nel caso in cui il Medico non abbia aderito ad alcuno dei due criteri sopra individuati, l’Azienda, a norma del punto 6 comma c) paragrafo 6 AIR, previa verifica in Comitato Aziendale, sospende il pagamento per la durata dei successivi dodici mesi, fatta salva la rivalutazione, con pari criteri, per gli anni successivi.

Nel caso siano stati soddisfatti solo il punto 1 o il punto 2 di cui sopra, verrà sospeso il pagamento di € 0,50 del compenso dell’anno successivo previsto al comma A.6 AIR, previa verifica in Comitato Aziendale.

#### **4 a- Governo del farmaco**

La promozione delle raccomandazioni per *“il governo del farmaco e la gestione del rischio clinico”* verrà effettuata attraverso un audit dedicato/specifico che si svilupperà in due fasi :

- 1) Preparazione da parte del DCP di un pacchetto formativo e di report definito con i referenti clinici dei MMG e il contributo della Commissione Paritetica per la formazione da discutere in uno dei previsti incontri di nucleo e da effettuare possibilmente entro il primo semestre 2012
- 2) A distanza di circa sei mesi verifica, discussione tra pari in uno dei previsti incontri di nucleo per riscontrare se le azioni intraprese hanno modificato le modalità prescrittive con maggiore adesioni alle raccomandazioni.

Gli ambiti di sviluppo di tali azioni, di cui all’allegato B, si riassumono in 4 ambiti:

- 1- Distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti con patologia cronica in carico ai MMG

- 2- Appropriatelyzza nella prescrizione farmaceutica degli anziani con riduzione delle prescrizioni a potenziale rischio clinico
- 3- Valutazione della prescrizione appropriata: Inibitori del Sistema Renina-Angiotensina (ISRA), Statine, Inibitori pompa Protonica, Antidepressivi SSRI
- 4- Valutazione del maggiore utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto

Questa parte dell'accordo s'intende riferita all'anno 2012, per gli anni successivi si valuteranno altri possibili obiettivi di appropriatezza nel governo della farmaceutica.

Nell'attuale contesto l'Azienda prevede che la spesa farmaceutica convenzionata netta per il corrente anno andrà ad attestarsi su valori tendenzialmente inferiori di 8 punti percentuali rispetto al precedente anno. Nel caso in cui, grazie ai percorsi di Audit descritti in precedenza, dovessero derivare ulteriori contenimenti della spesa farmaceutica convenzionata complessiva, il 33% di tale somma andrà a finanziare il Progetto pazienti "fragili" fino a 2 punti percentuali di contenimento della spesa farmaceutica.

### **Progetti Territoriali di assistenza**

- **Progetto pazienti "fragili"**

L'obiettivo del Progetto consiste nell'individuare precocemente quegli anziani che per caratteristiche cliniche, ma soprattutto socio-ambientali siano a maggior rischio di carenza assistenziale per mancanza dei presupposti per la creazione, al momento di un futuro bisogno, di una rete di supporto parentale od amicale. A tal fine sarà istituito un apposito registro AUSL alla compilazione del quale parteciperanno i MMG, attraverso la segnalazione dei casi a rischio. In questo modo l'AUSL avrà a disposizione una preselezione di futuri interventi intensivi e la possibilità di programmare le attività del NCP di riferimento e predisporre le risorse presumibilmente necessarie.

La collaborazione a questo progetto darà luogo ad uno specifico riconoscimento economico che verrà ripartito tra i Medici aderenti, proporzionalmente al n° di assistiti in carico, suddividendo i MMG in tre fasce di appartenenza (MMG sino a 500 assistiti – MMG da 500 a 1000 assistiti – MMG da 1000 a 1500 assistiti in carico).

Indicatori di adesione:

- presentazione e compilazione di alcune schede (Allegato C) con i 3 - 5 items ritenuti significativi per l'individuazione della fragilità.

Il 33% delle quote eventualmente eccedenti tale ripartizione andranno a finanziare negli anni di vigenza dell'accordo:

- **Progetti in atto da sottoporre a specifica valutazione delle OO.SS.**, quali: Ecografia generalista, FLUISS, Interventi in RSA S.Pietro in Casale-Galliera, NCP avanzato Crevalcore-S'Agata, Continuità assistenziale Decima e Sala Bolognese...
- **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) da individuare come da capitolo 2 del presente accordo**

- **Progetti di integrazione tra MCA e MMG nei NCP**
- **Ulteriori progetti concordati fra le parti**

Per l'adesione all'audit *"il governo del farmaco e la gestione del rischio clinico"* si individua un fondo annuale di circa 120.000€ (corrispondente alla riallocazione di quote non erogate negli Accordi) per le attività dei medici che hanno partecipato agli incontri di NCP con discussione dei report su distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti con patologia cronica in carico ai MMG, appropriatezza nella prescrizione farmaceutica degli anziani con riduzione delle prescrizioni a potenziale rischio clinico, prescrizione appropriata: Inibitori del Sistema Renina-Angiotensina (ISRA), Statine, Inibitori pompa Protonica, Antidepressivi SSRI, maggiore utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto. Tale fondo che si somma a quello derivante dal contenimento della spesa farmaceutica convenzionata verrà ripartito in base alle scelte in carico dei singoli MMG aderenti al progetto.

Le quote erogate utilizzando quest'ultimo fondo verranno poste in detrazione dal "Fondo per i Progetti Territoriali di assistenza", o comunque recuperate dall'Azienda con modalità condivise, nel caso si dovesse giungere all'erogazione di tali quote.

#### **4B - Governo delle prestazioni specialistiche e di diagnostica**

Nell'ambito dei temi legati al Governo Clinico assume particolare rilevanza agire in termini di appropriatezza, qualità e tempestività delle prestazioni. In una corretta governance della specialistica assume prioritaria importanza un corretto bilanciamento fra domanda ed offerta ed un corretto rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva. Inoltre le prestazioni di specialistica costituiscono spesso il punto d'ingresso a percorsi clinico assistenziali e come tali condizionano l'intera efficacia dell'assistenza sanitaria.

La promozione di raccomandazioni per "il governo della specialistica e diagnostica" può essere effettuata attraverso interventi di audit da sviluppare in due fasi:

- 1) preparazione da parte del DCP di un pacchetto formativo, definito con i referenti clinici dei MMG e con il contributo della Commissione Paritetica per la Formazione e di report con indici di consumo standardizzati per NCP e singolo MMG, da discutere in uno dei previsti incontri di nucleo da effettuare nel 2012.
- 2) a distanza di 1 anno verifica, discussione tra pari in incontro di nucleo dedicato per riscontrare se le azioni intraprese hanno modificato le modalità prescrittive con maggiore adesioni alle raccomandazioni e riscontrato uno scostamento.

***La promozione delle raccomandazioni per "il governo della specialistica" seguirà due filoni:***

- 1) ***corretta appropriatezza della richiesta delle visite urgenti di discipline da definire insieme.***
- 2) ***PDTA che riguardano maggiormente i MMG per la verifica dell'adeguato percorso del paziente (presa in carico del MMG e dello specialista nel rispetto del PDTA)***

## **5 - Ricerca e Formazione**

### **5a - Ricerca**

La riorganizzazione delle cure primarie deve quindi essere vista come occasione per ridefinire potenziali attori e percorsi volti alla promozione e governo della domanda attraverso progetti di ricerca in questo ambito, sia su temi prettamente clinici che su aspetti più di tipo socio-assistenziale.

Lo sviluppo di attività di ricerca nelle Aziende Sanitarie in Regione Emilia Romagna ha visto negli ultimi anni un forte impulso sia da parte dei professionisti che dalle istituzioni. In particolare la Regione, prima con la legge regionale 29/2004, che ha identificato nella ricerca funzione istituzionale fondamentale, al pari di quella clinico-assistenziale e di formazione continua, poi con la delibera regionale 1066/2009 ed il relativo dossier 182-2009, ha indicato nelle attività di ricerca una occasione di crescita e sviluppo indispensabili per garantire un flusso costante di innovazione al sistema e per orientare le strategie regionali ed aziendali sulla base delle informazioni acquisite tramite la ricerca.

Se da un lato la realtà ospedaliera ha saputo sviluppare nel suo contesto in condizioni favorevoli questi percorsi volti alla promozione della ricerca, diverso è per il contesto territoriale e per le cure primarie. La frammentazione di attori e riferimenti e le minori opportunità di ricerca nelle cure primarie, che riflette uno stato di fatto anche a livello internazionale, hanno rallentato la nascita e la spinta a progetti di ricerca e innovazione.

Il nuovo assetto del Dipartimento Cure Primarie e degli stessi Nuclei dovrà agevolare lo sviluppo di progetti di ricerca e formazione attraverso alcune azioni da sviluppare quali:

- Supporto organizzativo allo sviluppo di progetti di ricerca e formazione
- Supporto metodologico allo sviluppo di progetti di ricerca
- Definizione dei temi ed ambiti di ricerca
- Monitoraggio e vigilanza delle attività di ricerca e innovazione
- Sviluppo di efficaci flussi informativi e di comunicazione interna/esterna
- Promozione della nascita ed adesione a network di ricerca
- Sviluppo di partnership con interlocutori esterni

## **5b - Formazione**

Le parti riconoscono il valore delle iniziative di formazione permanente rivolte ai MMG.

A tal fine viene predisposto un Programma Annuale tale da realizzare il **PERCORSO FORMATIVO** per l'aggiornamento dei MMG elaborato in sintonia con il Piano per la Formazione dell'Azienda, al fine di garantire coerenza con le iniziative di aggiornamento rivolte alle diverse figure professionali presenti nel Dipartimento delle Cure Primarie. Sono mantenute come strumenti di garanzia per entrambe le parti:

- La **Commissione Paritetica Aziendale per la Formazione**, composta di numero 7 persone per parte, rappresenta l'organismo che ha il compito di individuare e realizzare tutte le iniziative formative che necessitano di diffusione e trattazione unitaria sul territorio aziendale. Si intende programmare diversi corsi accreditati e rivolti al NCP al fine di arricchire ed ampliare l'offerta formativa. Anche gli incontri di NCP convocati dal coordinatore nel caso i medici del NCP ne

riscontrassero la necessità potranno essere accreditati eventualmente con l'ausilio metodologico degli animatori.

- La programmazione delle iniziative a livello locale dovrà tener conto di quanto definito in Paritetica aziendale ed eventualmente organizzare attraverso la **Commissione Paritetica dell'U.O Complessa per la Formazione** organizzare la realizzazione di eventi formativi più mirati a specifiche esigenze locali dei NCP .

La ripartizione istituita è coerente con una logica che coniuga il perseguimento di obiettivi di omogeneità nella risposta ad obiettivi di formazione "aziendali", con la personalizzazione di iniziative a livello locale sulla base delle specificità epidemiologiche, di contesto territoriale e dei fabbisogni formativi dei MMG.

In particolare l'Azienda USL:

- riconosce l'importanza della attività degli Animatori per la formazione e l'aggiornamento e si impegna ad avvalersi della loro collaborazione in ciascuna fase di realizzazione dei programmi di aggiornamento e formazione;
- riconosce la necessità del supporto tecnico organizzativo necessario sia per definire il calendario e la programmazione degli eventi, sia per garantire che l'evento possa essere metodologicamente realizzato;
- si impegna a fornire report ed indicatori utili alle analisi e discussioni fra i MMG sempre come supporto alle iniziative di formazione e di miglioramento della qualità assistenziale.

### **ANIMATORI E COORDINATORI CORSI**

L'Azienda riconosce la necessità e l'opportunità di uniformare su tutto il territorio aziendale i criteri di riconoscimento economico delle attività prestate da animatori e coordinatori di Corsi di Formazione Obbligatoria.

La necessaria forfetizzazione degli emolumenti, di seguito elencata, dovrà tenere in giusto conto, nel caso di significativi scostamenti, anche delle ore di effettiva:

- attività in aula degli animatori, quando previsto dalla metodologia formativa
- preparazione dell'evento formativo
- necessità dei coordinatori per la realizzazione degli eventi formativi

**Incentivi per l' ATTIVITA' DEGLI ANIMATORI DI FORMAZIONE classificate in 3 livelli:**

**A - Corsi definiti dalla Commissione Paritetica Aziendale (corso innovativo, progettato autonomamente)**

1. Progettazione e preparazione del corso:

di norma pacchetto di 8 ore da corrispondere ad uno/due animatori, comprensivo dell'accREDITAMENTO del corso per crediti ECM (dalla fase iniziale a quella conclusiva, compresa la elaborazione dei questionari di apprendimento e gradimento ECM)

2. adattamento locale del corso:

un animatore individuato a livello distrettuale: di norma 2 ore, fino ad un massimo di 8 nel caso sia necessario un significativo adattamento al contesto locale

3. riunioni preliminari (solo se il corso prevede lavori in gruppi; escluse se il corso è in plenaria):  
2 ore per gli animatori che partecipano, di norma 1 animatore per gruppo
4. presenza in aula:  
se il corso è in plenaria: 4 ore complessive (1 animatore)  
se sono previsti lavori in piccoli gruppi: un numero di animatori pari ai piccoli gruppi (solitamente per singolo NCP), 2 ore per animatore

#### **B - Corsi definiti dalle Commissioni Paritetiche Locali**

1. di norma pacchetto di 8 ore da corrispondere ad un animatore (progettazione e riunioni preparatorie)
2. idem come sopra per riunioni preliminari e presenza in aula

#### **C - Riedizione di corso già progettato** (in anni precedenti, in altri distretti, per altre categorie professionali)

1. adattamento locale del corso:  
un animatore individuato a livello distrettuale: di norma 2 ore, fino ad un massimo di 8 nel caso sia necessario un significativo adattamento al contesto locale
2. idem come sopra per riunioni preliminari e presenza in aula

### **6 - Semplificazione ed informatizzazione**

#### **6 a - Semplificazione**

La strutturazione di un sito intranet accessibile ai MMG con possibilità di:

- accesso ai documenti della **formazione**
- **report** (Profili di NCP, obv, PDTA, ecc)
- sezione dedicata a tutta la **modulistica** necessaria con possibilità di compilazione e spedizione on line.
- **Informazione scientifica** (note AIFA, link- biblio on line)
- **piattaforma dedicata per la comunicazione tra professionisti**

#### **6 b - Partecipazione al Progetto SOLE**

Si concorda di continuare nello sviluppo **del progetto SOLE** con l'obiettivo di collegare tutti i MMG per i quali sia possibile l'applicazione della tecnologia.

Indicatori per la verifica della partecipazione al progetto "SOLE":

indicatore assoluto: numero minimo di prescrizioni inviate tramite "SOLE" al mese.  
Standard atteso =>100 mensili (ridotto a 50 per i medici con meno di 200 assistiti).

Il mancato raggiungimento degli standard previsti (i periodi di assenza giustificata del medico non concorrono nella contabilizzazione) produrrà effetti sulla erogazione degli incentivi da valutarsi in sede di Comitato Aziendale.

Le parti si impegnano a valutare soluzioni tecniche atte a minimizzare le ricadute negative sulla attività dei Medici derivanti dalle complessità applicative della disciplina dei ticket sanitari.

### **6 c - Integrazioni**

- Coordinamento dei NCP: nel rispetto delle finalità previste dall'ACR, verrà valutato, in accordo fra le parti, per situazioni di particolare impegno e sviluppo un incremento del 5% di quanto percepito mensilmente ( Comitato Aziendale).
- Le parti concordano che i riconoscimenti dovuti ai singoli MMG per il funzionamento degli organismi partecipativi saranno erogati secondo le usuali tariffe a partire dall'orario di convocazione dell'incontro e sino all'effettiva conclusione dello stesso. In caso di ritardo dei MMG partecipanti, per ciascuno di questi verranno invece calcolate le ore e frazioni orarie di effettiva presenza.

### **6 d - Integrazione attraverso informatizzazione tra MMG e MCA**

L'Azienda condivide la necessità, della condivisione dei dati clinici essenziali relativi ai pazienti in ADI di II e III livello, degli ultra 74enni e di particolari pazienti a forte rischio di ospedalizzazione tra medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale.

Il progetto sperimentale, inizialmente in uno o più distretti, prevede che :

#### **I medici di Assistenza Primaria che aderiscono al progetto :**

- Compilano, per i pazienti suddetti, una scheda elettronica (di seguito indicata come Patient Summary, PS) comprendente per ogni soggetto: patologie croniche e acute in atto, terapia continuativa, eventuali allergie e/o intolleranze.
- Inviano i suddetti PS ad un server apposito indicato e fornito dalla Azienda UsI
- Aggiornano, con cadenza trimestrale, i suddetti PS.

#### **I medici di Continuità Assistenziale**

- Consultano, tramite apposito viewer installato sul PC della postazione di CA, il PS del paziente che si rivolge al servizio di CA.

Registrano, sul Pc della postazione di CA, la sintesi dell'intervento medico effettuato. Tale sintesi (referto di CA), viene trasmessa come notifica "Sole" al medico di A.P. titolare della scelta del paziente.

Le parti concordano sulla necessità di costituire un gruppo di lavoro paritetico per analizzare gli aspetti tecnici e definire un progetto di fattibilità.

Questo accordo, nel recepire pienamente i contenuti del vigente accordo regionale, sostituisce integralmente tutti i precedenti la cui validità viene a decadere, fatto salvo quanto ancora dovuto per i progetti in essere alla data della firma del presente accordo.

## **NORME FINALI**

- A tutte le remunerazioni definite dal presente Accordo si applica la normativa ENPAM così come prevista dal vigente ACN.
- Rispetto ai capitoli dell'accordo e ai relativi finanziamenti, gli stessi possono subire variazioni e trasferimenti da un capitolo ad un altro, sulla base della realizzazione di singoli progetti ed attività, opportunamente documentate e validate, su cui le parti concordano nel merito di priorità e necessità di realizzazione. L'eventuale raggiungimento del tetto dei singoli capitoli verrà comunicato tempestivamente al Tavolo Trattante.
- Le parti si impegnano alla costante ricerca di soluzioni interpretative condivise sulle ricadute locali di provvedimenti nazionali o regionali.
- Le parti si impegnano reciprocamente a definire e valorizzare, entro il Dicembre 2012, il coinvolgimento e l'impegno dei MMG nei singoli PDTA aziendali.

Il presente accordo ha validità triennale dal 1.1.2012 al 31.12.2014 e proseguirà in regime di prorogatio salvo disdetta di una delle parti. Le parti si impegnano a trattative per il rinnovo del presente Accordo a partire dal mese di Giugno 2014.

**Per le OO.SS**

**Per FIMMG  
Il Segretario Provinciale  
Fabio Maria Vespa**

**Per SNAMI  
Il Segretario Provinciale  
Francesco Biavati**

**Per SMI  
Il Rappresentante Aziendale  
Lucia Monari**

**Per l'INTESA  
Il Rappresentante Aziendale  
Michele Insardà**

**Bologna,**

**Per l'AUSL di Bologna  
Il Direttore Generale  
Dr. Francesco Ripa di Meana**



## **ALLEGATO A**

### **PDTA aziendali**

- 1 PDTA epilessia età pediatrica
- 2 PDTA Ca Polmone
- 3 PDTA cure palliative
- 4 PDTA Ausili
- 5 PDTA gestione bambino a rischio disabilità
- 6 PDTA malattie neuromuscolari età evolutiva e adulti
- 7 PDTA disturbi comportamento alimentare
- 8 PDTA autismo
- 9 PDTA consumo sostanze o dip. patologiche negli adolescenti
- 10 PDTA epilessia adulto
- 11 Percorso per trattamento riabil. pz. con stroke
- 12 Certificazione PDTA SLA
- 13 PDTA insuff. respiratoria e BPCO
- 14 PDTA Parkinson
- 15 Audit e PDTA riabilitazione femore
- 16 Certificazione PDTA ca colon
- 17 PDTA ulcere difficili
- 18 PDTA Ca Mammella
- 19 PDTA tumore utero
- 20 PDTA tumore ovaio
- 21 PDTA gravidanza a rischio
- 22 Percorso Nascita
- 23 Audit riabilitazione domiciliare
- 24 PDTA post-IMA
- 25 PDTA Scompenso Cardiaco
- 26 Audit uso appropriato albumina
- 27 Audit PIRP
- 28 PDTA Reumatologia
- 29 PDTA Mielolesioni
- 30 Ossigenoterapia
- 31 PDTA Neoplasie cerebrali
- 32 PDTA TIA

## ALLEGATO B

### Governo del farmaco

Nel corso del 2011 le azioni si sono concentrate su 4 ambiti che si intende portare avanti anche nel 2012:

#### 1. Distribuzione diretta ai pazienti in carico per patologia cronica

Obiettivi	Risultati 2011	Obiettivi 2012
Distribuzione diretta ai pazienti Diabetici e "Complessi"	950 pz.	Mantenimento 2011
Distribuzione diretta nelle residenze: reclutamento 200 posti letto	Reclutati n. 329 posti letto	+ 200 posti letto
Distribuzione diretta Pazienti in ADI: incremento 20%	Incremento 23,3% farmaci classe A	+ 10% 2011

#### 2. Appropriatezza della prescrizione farmaceutica negli anziani

Riduzione delle prescrizioni a potenziale rischio clinico

Obiettivi	Risultati 2011	Obiettivi 2012
Riduzione delle prescrizioni a potenziale rischio clinico	- 93%	Appropriatezza prescrittiva anziani: % : di anziani cui è stato prescritto almeno un farmaco da evitare meno del 30% rispetto al 2011

#### *Inappropriatezza prescrittiva*

Da tempo la letteratura scientifica dedica notevole attenzione all'individuazione di criteri espliciti per valutare, partendo dai dati sul consumo farmaceutico, l'appropriatezza della terapia farmacologica nell'anziano. Tra gli strumenti presenti in letteratura, i criteri di Beers sono quelli maggiormente adottati e studiati (l'ultimo aggiornamento risale al 2003).<sup>1</sup> I criteri di Beers individuano farmaci o classi di farmaci che in generale si dovrebbero evitare negli anziani in quanto "il rischio di reazioni avverse alla terapia è tale da diminuirne il potenziale benefico". Utilizzando i criteri di Beers, un recente studio condotto in Emilia-Romagna ha stimato che circa il 18% della

<sup>1</sup> Fick DM et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med 2003; 163: 2716-24

popolazione regionale di età superiore a 65 anni utilizza abitualmente almeno un farmaco incluso nella lista di Beers, un valore di prevalenza sostanzialmente elevato, ma comunque sottostimato, perché la lista di farmaci usata per lo studio non ha incluso alcuni farmaci presenti nei criteri di Beers, in quanto non commercializzati o rimborsati in Italia. Per tale motivo, partendo dai criteri di Beers, un panel di esperti dell'AUSL di Parma, in associazione con ricercatori della Thomas Jefferson University, ha sviluppato una serie di criteri espliciti che tengono conto sia del prontuario farmaceutico italiano che delle abitudini prescrittive dei medici italiani.<sup>2</sup> Tale lista, aggiornata nel 2010, include un totale di 23 farmaci (Tabella 15) potenzialmente inappropriati così articolati:

- 15 che dovrebbero sempre essere evitati
- 3 considerati come raramente appropriati

Dei 23 farmaci potenzialmente inappropriati, alcuni farmaci sono da evitare a determinate dosi o durata di somministrazione.

**Tabella – Elenco di farmaci potenzialmente inappropriati - 2010**

Farmaci da evitare	Farmaci raramente Appropriati
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amitriptilina</li> <li>▪ Cimetidina</li> <li>▪ Clonidina (compresse)</li> <li>▪ Clorpropamide</li> <li>▪ Disopiramide</li> <li>▪ Estrogeni (sistemici)</li> <li>▪ FANS (&gt;15 giorni)</li> <li>▪ Ferro solfato &gt;325 mg/die</li> <li>▪ Indometacina</li> <li>▪ Ketorolac iniettabile (max 2 gg)</li> <li>▪ Metildopa</li> <li>▪ Nifedipina a breve durata d'azione</li> <li>▪ Orfenadrina cloridrato</li> <li>▪ Pentazocina</li> <li>▪ (Metil)testosterone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fluoxetina</li> <li>▪ PPI (≥12 mesi)</li> <li>▪ Ticlopidina</li> </ul>

### 3. Prescrizione appropriata dei farmaci

- a. Inibitori del sistema renina/angiotensina
- b. Ipolipemizzanti (statine)
- c. Inibitori della pompa protonica
- d. Antidepressivi SSRI

Obiettivi	Obiettivi 2012
Prescrizione appropriata dei farmaci che agiscono sul sistema renina/angiotensina	<b><i>Incremento dell'utilizzo di sartani ed ace inibitori a brevetto scaduto</i></b> <b>N° prescrizione sartani/sul totale prescrizioni di farmaci che agiscono sul sistema renina angiotensina</b>
Utilizzo statine secondo le modalità previste dalla nuova nota 13 AIFA	<b><i>Target terapeutici, compliance dei pazienti</i></b>

<sup>2</sup> Maio V et al. Using Explicit Criteria to Evaluate the Quality of Prescribing in Elderly Italian Outpatients: A Cohort Study. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2010;35:219-229

Rivalutazione di utilizzo Inibitori della Pompa Protonica	consumo pro/capite di inibitore dei PPI come 2011
Antidepressivi SSRI: Incremento dell'utilizzo SSRI a brevetto scaduto	<b>Utilizzo criteri di valutazione es.:_ DSM IV, CBA (Cognitive Behavioral Assessment ) ...</b>  <b>formazione MMG/Psichiatri su antidepressivi</b>

L'appropriatezza prescrittiva oltre alla valutazione dell'efficacia, della sicurezza e delle condizioni di impiego nel singolo paziente, comporta anche di prendere in considerazione il rapporto costi/benefici dei farmaci. Con riferimento agli obiettivi esplicitati precedentemente, si individuano di seguito alcuni ambiti nei quali si prevede possano concentrarsi maggiormente le azioni dei MMG con la salvaguardia dell'appropriatezza prescrittiva.

### **Inibitori del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterone**

In tutte le condizioni cliniche in cui è richiesto un farmaco di questa classe:

- Gli ACE inibitori, soli o in associazione con diuretici tiazidici, sono da preferire come trattamento iniziale.  
Sono da privilegiare quelli a brevetto scaduto. I principi attivi inclusi nel Prontuario Terapeutico AVEC (Ramipril, Lisinopril, Enalapril) sono quelli che presentano un soddisfacente rapporto costo/beneficio accanto a documentate evidenze di efficacia e sicurezza;
- I sartani danno rispetto agli ACE inibitori una minore frequenza di comparsa di tosse, ma non è stata dimostrata alcuna differenza sulla funzione renale, sul metabolismo epatico e sulle interazioni tra farmaci.  
In caso di prescrizione di sartani, soli o in associazione con diuretici tiazidici, sono da privilegiare quelli a brevetto scaduto(Losartan e Valsartan): questi principi attivi sono documentati dalla più ampia letteratura scientifica nelle indicazioni di utilizzo della classe. Sono inoltre disponibili nei dosaggi che consentono di coprire l'intera gamma delle indicazioni al loro utilizzo.

Per un maggiore approfondimento delle precedenti indicazioni si rinvia al “documento regionale di indirizzo per gli usi appropriati degli ACE inibitori e sartani” della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali RER (maggio 2011) e al prontuario terapeutico AVEC.

- **Statine**

Le indicazioni alla prescrizione di questa classe di farmaci a carico del SSN sono state recentemente modificate con la revisione del luglio 2011 della nota AIFA n° 13. Tale revisione non è stata univocamente interpretata e nella nostra regione è in corso la stesura di un documento tecnico di approfondimento dei criteri per la loro prescrizione appropriata.

- La scelta all'interno della classe è da porre in relazione al target di colesterolo LDL da raggiungere ed alla tollerabilità individuale. In tutti i casi in cui ciò è ritenuto possibile, è da privilegiare la scelta di medicinali a brevetto scaduto e, in particolare, di formulazioni a base dei principi attivi inclusi nel Prontuario Terapeutico AVEC (Simvastatina, Pravastatina, Fluvastatina, Atorvastatina)

## **Inibitori della Pompa Protonica**

La prescrizione SSN dei PPI è regolata dalle note AIFA 1 e 48. (mettere note) per quanto riguarda le complicanze emorragiche legate all'uso di FANS, o altra terapia. Al nei soggetti a rischio, e l'impiego nei pazienti con dispepsia, malattia da reflusso gastroesofageo o malattia peptica e infezione da *helicobacter pilori*.

Nell'Azienda USL di Bologna la prescrizione dal 2007 al 2011 è aumentata del 71%, è presumibile che tale incremento non sia conforme alle indicazioni della nota AIFA.

Va tenuto conto inoltre dei possibili effetti collaterali collegati all'uso continuativo di questi farmaci, in particolare nella popolazione anziana quali, ad esempio, la riduzione della mineralizzazione ossea e patologie correlate all'alterazione del pH gastroduodenale e importanti interazioni farmacologiche.

- Le raccomandazioni riguardanti questa classe di farmaci sono quindi maggiormente rivolte al contenere l'incremento dei volumi prescrittivi (=2011) oltre che a privilegiare la scelta dei medicinali a brevetto scaduto. Di questa classe un unico principio attivo (rabeprazolo) mantiene al momento la copertura brevettuale.

## **Antidepressivi SSRI**

Nell'Azienda USL di Bologna la prescrizione dal 2007 al 2011 è aumentata del 10,97%. Tale incremento è in linea con quello della regione Emilia Romagna.

Fonti della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della RER indicano che la nostra è fra le quattro Regioni con il maggior consumo territoriale pro capite di farmaci antidepressivi SSRI

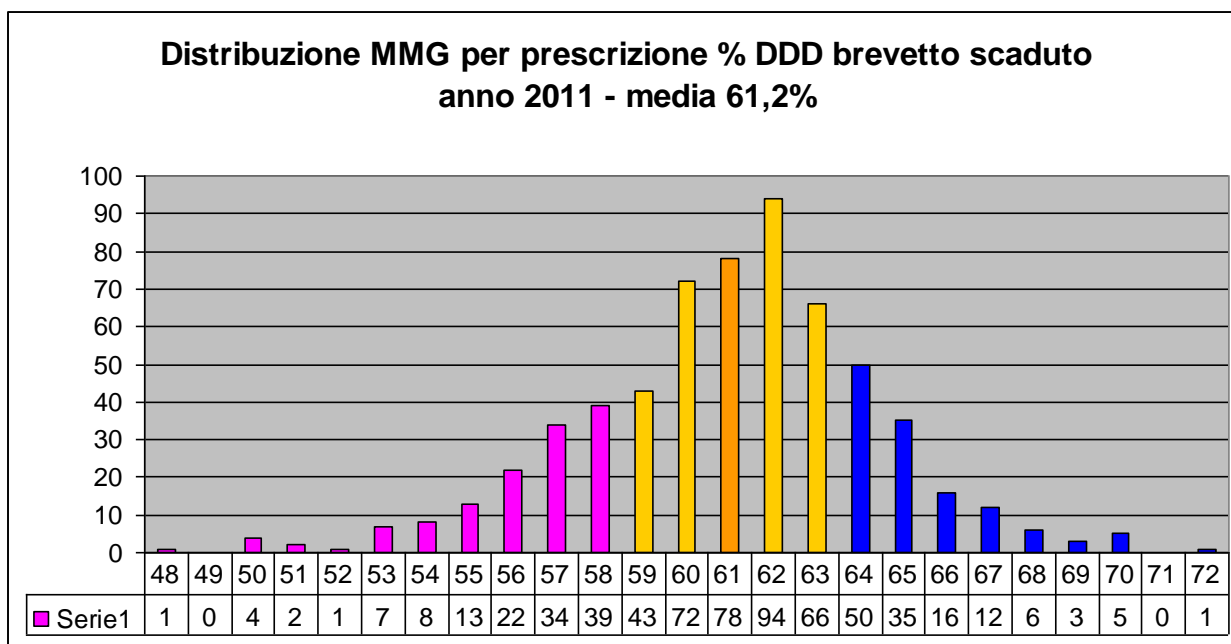
- Le raccomandazioni riguardanti questa classe di farmaci sono quindi rivolte sia a privilegiare le scelte prescrittive nell'ambito dei medicinali a brevetto scaduto inclusi nel prontuario terapeutico AVEC (fluoxetina, paroxetina, sertralina e citalopram) e all'attivazione di un percorso condiviso fra DCP e DSM per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva del trattamento farmacologico della depressione in Medicina Generale.

## **4. I farmaci a brevetto scaduto**

Rappresentano una possibilità di curare i cittadini con appropriatezza ed efficacia e a costi contenuti, garantendo la qualità dei trattamenti e la sostenibilità del Servizio Sanitario Pubblico. L'incremento di utilizzo di tale categoria di farmaci rappresenta pertanto un obiettivo di primaria importanza per tutti i sistemi sanitari moderni.

Nell'Azienda USL di Bologna nel 2011 la prevalenza del consumo dei medicinali a brevetto scaduto sul totale dei farmaci prescritti dai MMG risulta essere pari al 61,27% .

La distribuzione della numerosità dei Medici per range di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto è illustrata dal seguente grafico:



Poiché il range di variabilità tra i prescrittori è pari a circa 24 punti percentuali si possono stratificare i MMG in tre fasce di comportamenti prescrittivi, di cui alla tabella 1.

Categoria	Numerosità MMG per fascia	Range prescrittivo	Media di consumo % per fascia
FASCIA 1	131 MMG	da 48 a 58,9%	<b>56,7%</b>
FASCIA 2	353 MMG	da 59 a 63,9%	<b>61,5%</b>
FASCIA 3	126 MMG	da 64 a 72%	<b>65,8%</b>
TOTALE	610 MMG	da 46 a 72%	<b>61,3%</b>

**Tabella 1** (sono considerati esclusivamente i medici convenzionati per l'intero arco del 2011)

l'Azienda si impegna a produrre reportistica di monitoraggio personalizzata per medico, con frequenza trimestrale. Tale reportistica verrà distribuita ed analizzata in incontri di NCP o con Audit tra pari dedicati. Detto report sarà affiancato dalla reportistica già in uso relativa alle categorie terapeutiche individuate come critiche dalla RER di cui alla successiva trattazione.

## Allegato C

IPOTESI DI LAVORO		SCHEMA DI VALUTAZIONE FRAGILITA'	
Nome del paziente:			
Data di nascita:			
Data compilazione scheda:			
Comorbidità (Indice di Charlson)			
Infarto miocardio		1	
Cardiopatía		1	
Malattie vascolari		1	
Malattie cerebrovascolari		1	
Demenza		1	
Malattie polmonari croniche		1	
Malattie del tessuto connettivo		1	
Ulcera		1	
Lievi malattie del fegato		1	
Diabete (senza complicazioni)		2	
Diabete con danneggiamento degli organi		2	
Ictus		2	
Moderate o gravi malattie renali		2	
Secondo tumore non metastatico		2	
Leucemia		2	
Linfoma, MM		2	
Moderate o gravi malattie del fegato		3	
Secondo tumore metastatico		6	
AIDS		6	
STABILITA'			
Con l'espressione "STABILITA'" s'intende la situazione assistenziale che presenta:			
- stabilizzazione sintomi e terapia			
- la persona non ha avuto accessi in PS negli ultimi tre mesi			
- la persona non ha avuto ricoveri ospedalieri per riacutizzazione e/o alterazione del quadro clinico negli ultimi tre mesi			
stabilità: tutte le condizioni presenti			
stabilità labile: una o più condizioni compromesse			
terminalità di vita			
Dolore			
assente			
presente ma controllato con terapia			
presente non controllato			
non valutabile			
Autonomia / Contesto familiare			
Autonomo			
Parzialmente autonomo: necessita di aiuto in alcune attività di vita quotidiana			
Non autonomo, totalmente dipendente			
Famiglia/care giver collaborante in grado di fornire assistenza			
famiglia/care giver incapace o non collaborante			
care giver non presente, ma necessario			
senza famiglia e supporti amicali			
Prendersi cura della propria salute			
persona responsiva - non necessita di interventi educativi			
persona responsiva, - necessita di interventi educativi			
persona non in grado di gestire il proprio progetto di salute			

Timbro e firma