

ASL MILANO DUE

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2

**INTESA
TRA
I PEDIATRI DI FAMIGLIA
E
LA ASL DELLA PROVINCIA DI MILANO 2
per il miglioramento delle cure primarie ed il governo clinico
ANNO 2009**

1. PREMESSA

Questa intesa ha la finalità di definire gli obiettivi per il governo clinico ed il miglioramento delle cure primarie per l'anno 2009 nell'ambito della pediatria di famiglia per permettere il raggiungimento entro l'anno di risultati significativi sul piano assistenziale e "di sistema".

Il Comitato Aziendale condivide la necessità di proseguire nell'attuazione degli obiettivi strategici definiti negli anni precedenti, in linea con le indicazioni della Regione, affinché si possa pervenire a completare ed implementare la cultura ed i risultati previsti, con particolare riferimento a:

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

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

L'ACR anno per l'anno 2007 (preintesa sottoscritta il 17.05.2007) afferma che il pediatra di famiglia ha un ruolo specifico ed essenziale nella rete dei servizi sanitari e nella conseguente capacità di prendere in carico il paziente e di affrontare e risolvere le problematiche poste dalla necessità di integrare la pediatria territoriale con la rete d'offerta ospedaliera. L'obiettivo della Regione Lombardia è quello di garantire ai cittadini in età pediatrica i più elevati standard assistenziali, richiedendo ad ogni professionista territoriale di operare attraverso definiti e specifici criteri qualitativi.

Nello stesso documento viene rimarcato che il governo clinico rappresenta una modalità di lavoro che garantisce agli assistiti una migliore gestione dei percorsi da parte dei professionisti e un miglioramento della qualità e dell'efficacia della pratica clinica. I vantaggi di un sistema improntato al governo clinico sono evidenti e misurabili in termini di indicatori di salute ma anche di miglior utilizzo delle risorse. Il governo clinico riconosce nella presa in carico la parola chiave propedeutica alla gestione dei percorsi degli assistiti.

La presa in carico si sostanzia tra l'altro nel/nella:

- mantenimento della relazione pediatra di famiglia – paziente;
- collaborazione alla definizione, applicazione e monitoraggio dei PDT;
- gestione dell'informazione e delle decisioni direttamente connesse ai percorsi diagnostici e terapeutici individuati per ciascun assistito;
- partecipazione alle attività nell'area delle prevenzione (sui comportamenti, stili di vita);
- appropriatezza prescrittiva (farmaceutica e specialistica).

Sono strumenti di implementazione della presa in carico e di garanzia per il pediatra di una aumentata possibilità di raggiungimento delle aree di risultato:

- i bilanci di salute con le regole di cui al progetto salute infanzia;
- i programmi di assistenza ambulatoriale al paziente cronico;
- il self help.

Ulteriori strumenti a disposizione sono rappresentati dai/dal:

- percorsi di governo clinico condivisi con l'Azienda Sanitaria Locale;
- l'impiego della Banca Dati Assistiti (BDA);
- l'utilizzo della rete SISS.

Per l'anno 2007 era prevista l'erogazione delle quote di cui all'art 58 b) comma 15 del vigente ACN ai medici che avrebbero utilizzato nel corso del 2007 il sistema CRS-SISS. Inoltre, il documento indicava l'erogazione in funzione delle seguenti aree di attività

- *appropriatezza prescrittiva*: valutazione strutturata dei report di consumo al fine di definire il carico assistenziale e le criticità conseguenti e realizzazione azioni di miglioramento rispetto al profilo dei consumi (farmaceutica ed accesso al secondo livello) ovvero raggiungimento di aree di risultato definite in sede di Accordi Aziendali.
- *percorsi diagnostico terapeutici*: all'interno delle linee di indirizzo regionali, attuazione a livello locale di un PDT con identificazione del livello di presa in carico e relativo e conseguente "piano di governo" degli assistiti e verifica del raggiungimento dei risultati concordati in sede di Accordi Aziendali.

L'ACR per l'anno 2008 (preintesa sottoscritta il 06.11.2008, approvata con DGR n. VIII/8502 del 26 novembre 2008) conferma, per il governo clinico, le modalità attuative pregresse. Inoltre, viene preso l'impegno, per la contrattazione anno 2009, di affrontare in un'ottica di sviluppo le tematiche delle forme organizzative della pediatria di famiglia e delle prestazioni inerenti il governo clinico, nel rispetto della normativa vigente e degli accordi collettivi nazionali nonché delle compatibilità economiche di sistema.

Le Regole 2009 nell'allegato 9 alla DGR VIII/8501 del 26 novembre 2008 (Governo clinico territoriale e dote sanitaria), pur rivolgendosi alle cure primarie nel loro complesso, forniscono ulteriori indicazioni valide, come approccio, anche per la pediatria di famiglia.

Viene, infatti, ribadito che la maggior parte delle patologie croniche tra cui il diabete, l'ipertensione, le cardiovasculopatie, le dislipidemie e le broncopneumopatie si caratterizzano per l'elevato numero di soggetti coinvolti e per una storia naturale della malattia che può permettere anni in buon compenso e senza disabilità.

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

Il PdF assieme al sistema delle cure primarie / distretto rappresenta la chiave di volta necessaria ad assicurare una adeguata risposta al bisogno dei pazienti affetti da patologia croniche.

Ciò che serve in ottica di sistema è modificare l'attuale modalità operativa che prevede un approccio hic et nunc della erogazione delle prestazioni.

La "**Preintesa** con le rappresentanze sindacali dei pediatri di famiglia anni 2009-2010", sottoscritta il 29.06.2009 prevede che, per gli anni 2009-2010, le quote di cui all'art. 58 parte B, comma 15 dell'ACN 2005, saranno erogate in funzione della partecipazione dei Pediatri di Famiglia (PdF) alla gestione di una patologia cronica a maggiore prevalenza nella popolazione (asma, obesità, ecc.) tramite un miglior utilizzo dell'Attività Programmata Ambulatoriale (bilanci al cronico) integrata in piani diagnostico-terapeutici concordati con le strutture di secondo livello. In attuazione di quanto sopra riportato, ciascuna ASL definirà, previa intesa nell'ambito del Comitato Aziendale, gli obiettivi aziendali per il coinvolgimento dei PdF, nonché i criteri di misurazione dei risultati.

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

3. AZIONI DI MIGLIORAMENTO DELLE CURE PRIMARIE E GOVERNO CLINICO

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

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

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

- di individuare, quale patologia da monitorare, l'**obesità**, attraverso azioni da effettuare nell'ambito di un biennio:
 - nel 2009 si implementerà la definizione e l'analisi del bisogno, attraverso la rilevazione di dati a carico dei bambini all'8° bilancio di salute e si appronterà un PDTA dell'obesità, condiviso tra ospedale e territorio (fase propedeutica);
 - nel 2010 si darà applicazione, in modo personalizzato, al PDTA elaborato, secondo modalità da definire successivamente (fase applicativa);
- di proseguire il percorso dell'**appropriatezza prescrittiva**, con l'obiettivo di aumentare l'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto.

La **scelta dell'obesità**, quale patologia da monitorare, deriva da evidenze epidemiologiche territoriali e da recenti indicazioni regionali.

Una **analisi effettuata nel 2007** sui dati ricavati dalla Scheda bilancio di salute (SBS), compilata dai pediatri di famiglia della ASL Milano Due tra i 5 e i 6 anni di vita ("Utilità della Scheda bilancio di salute per la rilevazione di sovrappeso e obesità nei bambini tra 5 e 6 anni: esperienza pilota in Lombardia", Epidemiologia e prevenzione, 31:1, 56-61, 2007) evidenzia come la percentuale di bambini sovrappeso (range 17-23%) e obesità (range 5-7%) nel gruppo studiato si è confermata elevata in questa fascia di età.

Le **linee di indirizzo** per la prevenzione e la gestione integrata ospedale – territorio del sovrappeso e dell'obesità in Lombardia per il triennio 2008-2010 forniscono raccomandazioni per garantire l'appropriatezza e la continuità di cura tra ospedale e territorio per la prevenzione ed il trattamento dell'obesità infantile. In particolare, in ambito pediatrico, viene evidenziata la necessità di intercettare precocemente i soggetti a rischio e di promuovere/prescrivere in modo personalizzato adeguati stili di vita a valenza terapeutica.

Si concorda di suddividere le risorse previste di cui all'art. 58 parte B, comma 15 dell'ACN 2005 (€ 3,08 x assistito pari a € 227.962) come dettagliato di seguito:

- A) applicazione del PDT sulla obesità: 60%
- B) appropriatezza prescrittiva: 40%

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

**ACCORDO PER L'ANNO 2009
TRA LA ASL MILANO DUE E I PdF
Descrizione obiettivi ed indicatori**

A) Applicazione PDTA

Ambito	Progetto	Obiettivi	Indicatori di processo	Quota del budget	Remunerazione
GOVERNO CLINICO	Applicazione e monitoraggio dei PDTA (azioni propedeutiche alla stesura e applicazione del PDTA del bambino obeso)	<p>Applicazione e monitoraggio del PDTA (compresa la fase propedeutica)</p> <p>Miglioramento dell'adesione al PDT e riduzione degli interventi clinicamente inappropriati</p>	<ul style="list-style-type: none"> • effettuazione - ai bambini cui viene eseguito l'8° bilancio di salute nel periodo compreso tra l'avvio del progetto e il 31.12.2009 - e registrazione informatizzata, secondo le indicazioni fornite dalla ASL, di: <ul style="list-style-type: none"> • misurazione circonferenza addominale • misurazione pressione arteriosa • corretta informazione ai genitori e al bambino • partecipazione agli eventi formativi previsti in tema di counselling della cronicità 	60 %	<p>50% di acconto a titolo di adesione dopo la sottoscrizione dell'impegno alla partecipazione alle attività, così come definite dalla intesa aziendale</p> <p>50% alla verifica degli indicatori individuali (trasmissione alla ASL degli esiti degli esami, attraverso modalità informatizzate successivamente definite, entro il 16.01.2010); gli esami saranno poi "validati" dalla ASL, attraverso il DWH aziendale e i compensi eventualmente conguagliati</p>

B) Appropriata prescrivita

Ambito	Progetto	Obiettivi	Indicatori di processo	Quota del budget	Remunerazione
GOVERNO CLINICO	Appropriatezza a prescrivita	<ul style="list-style-type: none"> Incremento dell'utilizzo farmaci equivalenti, eventuale shift terapeutico positivo o negativo a seguito di degenza/visita specialistica Aumento dell'appropriatezza prescrivita nell'uso dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci a brevetto non ancora scaduto per arrivare ad un incremento dei primi. 	<p>Aumento % di consumo di farmaci a brevetto scaduto e decremento % di consumo dei farmaci non a brevetto scaduto (DDD/1000 abitanti) all'interno di tutte le categorie terapeutiche (media anno 2009), valutato per singolo medico con riferimento alla media di ASL per i PdF del 2008 (46,05 %):</p> <ul style="list-style-type: none"> il singolo professionista che si situa con un rapporto % prescrizioni equivalenti/prescrizioni totali, uguale o sopra la media di ASL per i PdF, vedrà raggiunto l'obiettivo se manterrà lo stesso rapporto nel 2009; il professionista con rapporto % sotto media regionale di entità < o uguale a 10 punti percentuali, vedrà raggiunto l'obiettivo se migliorerà nel 2009 la propria % 2008 rispetto a quella di ASL per i PdF di almeno 2 punti percentuali; il professionista con % sotto media di ASL per i PdF di entità > a 10 punti percentuali, vedrà aggiunto l'obiettivo se migliorerà nel 2009 la propria % 2008 di almeno 4 punti percentuali rispetto a quella regionale; (in alternativa se si posizionerà al disotto di 10 punti percentuali di disallineamento, con almeno un incremento di 3 punti percentuali). <p>• partecipazione alle iniziative di informazione indipendente programmate dall'ASL (incontri distrettuali, confronti individuali).</p>	40 %	<p>50% di acconto a titolo di adesione dopo la sottoscrizione dell'impegno alla partecipazione alle attività, così come definite dalla intesa aziendale</p> <p>50% alla verifica degli indicatori individuali</p>

Nota.

Riguardo alla appropriatezza prescrivita, la ASL si assume l'impegno:

- di illustrare ai PdF, attraverso una comunicazione specifica e l'intervento a margine degli eventi formativi previsti nel secondo semestre 2009, le finalità e l'importanza degli obiettivi concordati in un'ottica di sistema;
- di sensibilizzare gli le strutture accreditate sulla necessità di indicare, nei referti di visite specialistiche e nelle lettere di dimissione, il nome del principio attivo proposto per la cura del singolo paziente.

4. ATTIVITA' NELL'AREA DELLA PREVENZIONE

Il 2008 ha visto la sperimentazione della collaborazione dei PdF nell'aumentare l'adesione alla **vaccinazione contro il morbillo alle coorti dei bambini nati nel 2002 e nel biennio 2005-2006.**

Per il 2009 si concorda di proseguire nell'esperienza, sensibilizzando i genitori della popolazione target, individuata nella coorte dei bambini nati nel 2007.

5. NOTA CONCLUSIVA

Come previsto dall'ACR 2009-2010, la quota parte del fondo aziendale eventualmente non distribuita per il mancato raggiungimento degli obiettivi e/o per la mancata adesione da parte di alcuni pediatri e/o per la mancata attivazione del progetto verrà destinata a progetti aziendali sperimentali finalizzati all'estensione della copertura assistenziale nelle giornate di sabato, secondo le indicazioni del comitato aziendale e previa validazione regionale ovvero, in caso di mancata attivazione del progetto sperimentale, la quota sarà ridistribuita fra i pediatri che avranno raggiunto gli obiettivi secondo gli apporti individuali.

RIEPILOGO RISORSE

Area	Totale risorse (euro)	Note
GOVERNO CLINICO 2009 (euro 3,08 per assistito)	227.962	
RESIDUI GOVERNO CLINICO ANNI PRECEDENTI	20.657	Salvo conguagli, anche negativi, a seguito dei recuperi somme in atto
TOTALE	248.619	

Siglato in Melegnano il 31 luglio 2009

Il Direttore Generale dell'ASL – Ing. Emilio Triaca

I Rappresentanti FIMP - Dott. Claudio Cogliati

Dott. Giancarlo Brandolini

Dott. Giovanni Cornara