



**Regione
Lombardia**

ASL Monza e Brianza

**DIREZIONE SANITARIA
DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE**
20090 Monza (MB) – Viale Elvezia 2
Telefono 039/2384480- * Fax 039/2384879
email: segreteria.sasp@aslmb.it

ASL Provincia Monza e Brianza



Pr. 0016464/15 del 27/02/2015
Classificazione 2.5.3

Spett.le
Regione Lombardia
D.G. Salute
dr.ssa Roberta Brenna
Dirigente Struttura "Medicina
Convenzionata Territoriale,
Educazione Continua in Medicina,
Professioni Sanitarie"
Lotto Rosso 2° Piano Stanza 52
Piazza delle Città di Lombardia 1
20124 Milano

Oggetto: Progettualità Governo Clinico 2015 – Medici Medicina Generale.

Con riferimento alla “Proposta di nuovo Accordo Integrativo regionale MMG per l’anno 2015”, si trasmettono, unitamente alla presente, n. 2 Progetti di Governo Clinico per i Medici di Medicina Generale individuati dalla scrivente ASL coerentemente con le aree riportate nel testo dell’A.I.R. sopra citato.

Nello specifico, i Progetti afferiscono alle seguenti aree:

- 1) Aumento prescrizione farmaci a brevetto scaduto e miglioramento dell’aderenza alla terapia per pazienti cronici
- 2) Appropriatelyzza di prescrizioni specialistica ambulatoriale (in particolare TAC, RMN e prestazioni di radiologia in genere)

I due progetti sono stati presentati in seno al Comitato Aziendale per la Medicina Generale, acquisendo la condivisione per entrambi dalle rappresentanze sindacali FIMMG, SNAMI e Intesa Sindacale; la rappresentanza sindacale SMI ha condiviso il progetto relativo all’area 2, mentre ha manifestato perplessità in ordine alla determinazione dell’indicatore di risultato relativo al progetto relativo all’area 1.

Nel rispetto pertanto di quanto previsto dall’A.I.R., si trasmettono i progetti all’attenzione di codesta Struttura per la conseguente verifica e valutazione da parte del Comitato Regionale.

In attesa di cortese riscontro nel merito, si rimane a disposizione per ogni eventuale chiarimento o integrazione informativa e si porgono cordiali saluti.

Il Direttore Dipartimento Cure Primarie
d.r.s.s. Silvia Lopiccoli



All. n.° 2 Progetti Governo Clinico.

Responsabile del procedimento: dott.ssa  Lopiccoli – Direttore del Dipartimento Cure Primarie tel. 039.2384303

Pratica trattata da: dott. Corrado Guzzon - Responsabile U.O. Gestione Medicina Convenzionata tel. 039.2384851 

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA
Sede Legale MONZA – 20900 – Viale Elvezia, 2

Codice Fiscale e P.IVA 02734330968 – Tel. 039 2384.1 – Fax 039 2384270 – Sito Internet www.aslmonzabrianza.it
e-mail: info@aslmb.it

AIR anno 2015 : Progettualità riferite al governo clinico da sottoporre a valutazione da Parte del comitato Regionale

Progettualità I:

Area 4: Appropriatelyzza di prescrizioni specialistica ambulatoriale (in particolare TAC, RMN e prestazioni di radiologia in genere) rispetto al target di pazienti.

Razionale:

L'appropriatelyzza è definita come l'insieme dei comportamenti che gli operatori sanitari mettono in atto per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria ai cittadini attraverso la ricerca sistematica di prestazioni e servizi efficaci, l'ottimizzazione dell'uso delle risorse disponibili, la definizione di priorità eque ed eticamente giustificate.

Le Regole di Sistema del 2015 richiamano, in materia di prescrizione e con particolare riguardo all'ambito dei tempi di attesa, la necessità di indicare sulla prescrizione la classe di priorità sulla base dell'esigenza clinica riscontrata nel momento dell'anamnesi, così come obbligatoriamente previsto dalla DGR n. IX/1775 del 24 maggio 2011.

La citata delibera di giunta regionale precisa che la compilazione del campo "classe di priorità" all'interno della impegnativa da parte del medico prescrittore riguarda tutte le prescrizioni contenenti prestazioni di primo accesso.

Le classi di priorità applicabili alle **prestazioni di specialistica ambulatoriale** sono le seguenti:

- "U" (Urgente): entro 72 ore; a tale prescrizione dovrà inoltre essere apposto il "bollino verde"; si tratta di prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità;
- "D" (Differibile): per procedura di prima diagnosi da eseguirsi entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali; si tratta di prestazioni la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente;
- "P" (Programmata): per prestazioni programmate (da erogarsi in un arco temporale maggiore e comunque non oltre 180 giorni); si tratta di prestazioni che possono essere programmate in un maggiore arco di tempo in quanto non influenzano la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità o in quanto rappresentano un accesso di follow-up.

Nel caso in cui la classe di priorità non sia compilata dal medico prescrittore, si sottintende che la prestazione, per volontà implicita dello stesso, ricada nella categoria "P".

I dati relativi all'ASLMB, per il 2014, confermano la persistenza dello scarso ricorso alle indicazioni di classi di priorità e aree di rischio clinico previste dalla vigente normativa. Tale aspetto, pur in assenza di standard di riferimento e valori attesi, rappresenta un'importante criticità già segnalata nel corso degli anni 2012 e 2013. La tabella successiva evidenzia che, anche per il 2014, per circa il 95 % delle prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate non è indicata una classe di priorità (oppure è indicata la classe P).

CLASSE DI PRIORITÀ	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)
P	96,2	95,4	95,5
D	0,8	1,3	1,5
U	2,1	2,4	2,4

Per quanto sopra esposto si ritiene di promuovere l'utilizzo della indicazione delle classi di priorità da parte del medico prescrittore al fine di permettere all'erogatore di collocare la prestazione richiesta in conformità rispetto alle esigenze cliniche del paziente: in particolare si ritiene utile porre un obiettivo che veda l'incremento dell'utilizzo della classe di priorità D, individuata come la classe di prestazione differibile

Obiettivo: Migliorare l'appropriatezza di prescrizioni di specialistica ambulatoriale da parte dei MMG del territorio attraverso l'implementazione dell'utilizzo delle classi di priorità per le seguenti prescrizioni:

- Prime visite
- Primi accessi per
 - TAC
 - RMN
 - Prestazioni di radiologia in genere
 - ECO

Indicatore : Trend in miglioramento da aprile a dicembre 2015 del numero di prescrizioni con indicazione della priorità D (differibile)

Impegno di ciascun MMG aderente:

Evidenza di un trend in miglioramento progressivo da aprile a dicembre 2015 del numero delle proprie prescrizioni con indicazione della classe di priorità D per i propri assistiti per le voci sopra dettagliate

Impegno dell'ASL:

Fornire a ciascun MMG il livello dell'indicatore a gennaio 2015

Predisporre e diffondere materiale informativo diretto agli assistiti sul significato della classe di priorità e sulle modalità di prenotazione delle prestazioni specialistiche

Definire con le AO Pubbliche e Private accreditate del territorio specifici impegni per il rispetto della normativa inerente le classi di priorità indicate dai MMG

ASLMB

AIR anno 2015 : Progettualità riferite al governo clinico da sottoporre a valutazione da Parte del comitato Regionale

Progettualità 2:

Area 1: Aumento prescrizioni farmaci a brevetto scaduto e miglioramento dell'aderenza alla terapia per i pazienti cronici.

Razionale:

Negli ultimi 50 anni la percentuale di malattie cardiovascolari correlate al diabete è aumentata, nonostante la marcata riduzione della morbilità e della mortalità cardiovascolare generale osservata in questo periodo, ed è rimasto costante nel tempo l'aumentato rischio cardiovascolare associato al diabete. Le patologie cardiovascolari, quali coronaropatie, arteriopatie periferiche, cardiomiopatie e insufficienza cardiaca congestizia, sono infatti frequenti nei soggetti affetti da diabete mellito, rappresentandone la prima causa di morte. E' noto che i pazienti diabetici hanno un rischio doppio rispetto alla popolazione generale di incorrere in un infarto miocardico o in un ictus cerebrale; risulta, quindi, importante la prevenzione primaria di queste patologie nei diabetici controllando i fattori di rischio cardiovascolare se presenti e utilizzando i prodotti farmaceutici appropriati, così da consentire un aumento della sopravvivenza.

E' uniformemente riconosciuto dalla comunità scientifica che le statine, farmaci di prima scelta per la prevenzione della malattia cardiovascolare, debbano essere utilizzate nei diabetici in presenza di malattia cardiovascolare o età >40 anni e uno o più fattori di rischio cardiovascolare, e che tale terapia farmacologica debba essere aggiunta indipendentemente dal valore di colesterolo LDL. Nei diabetici di età <40 anni e nessun fattore di rischio cardiovascolare, la terapia farmacologica con statine è indicata, invece, solo per valori di colesterolo LDL >130 mg/dl.

Tuttavia il trattamento con le statine risulta efficace solo a condizione che il paziente assuma con regolarità il farmaco: un'assunzione sporadica e/o con frequenti interruzioni comporta infatti una inefficacia del trattamento. In tal senso si rimarca come la prima misura di aderenza alla terapia è il valore dell'esposizione al farmaco in un periodo definito di tempo.

Va infine aggiunto che l'ampia disponibilità di statine a brevetto scaduto permette al sistema di garantire una appropriata terapia ai pazienti a costi compatibili con le risorse economiche disponibili.

L'attenzione all'appropriato uso delle risorse impone quindi un impegno forte sia nel promuovere l'aderenza dei pazienti diabetici al trattamento con statine a brevetto scaduto.

Riferimenti bibliografici:

- European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) European Heart Journal (2012) 33, 1635–1701
- Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014 – Data di rilascio 28 maggio 2014 Associazione Medici Diabetologi (AMD) - Società Italiana di Diabetologia (SID) www.standarditaliani.it

Dati ASLMB (luglio – dicembre 2014)

	N.	%
Assistibili ASLMB [40-79] anni in carico a MMG	449.788	
Assistiti Diabetici [40-79] anni in carico a MMG	32.991	7,3%

ASL MB

Prevalenza d'uso (%) delle statine nel periodo luglio-dicembre 2014 dei diabetici [40-79] anni in carico agli MMG

2° semestre 2014

Assistiti Diabetici con almeno una prescrizione di statine (prevalenza d'uso)	15.268	46,3%
<i>(di cui) con un'aderenza intermedia/alta</i>	9.860	64,6%
<i>(di cui) con un'aderenza intermedia/alta che utilizzano statine a brevetto scaduto</i>	6.976	70,8%

Obiettivo:

Migliorare la compliance all'utilizzo delle statine degli assistiti diabetici, utilizzando statine a brevetto scaduto.

Ciascun MMG aderente dovrà raggiungere i seguenti livelli di indicatori nel secondo semestre 2015.

Prevalenza d'uso (%) delle statine nel periodo luglio-dicembre 2015 dei diabetici [40-79] anni in carico agli MMG

Assistiti Diabetici con almeno una prescrizione di statine nel semestre (prevalenza d'uso, dato di esposizione)	65,0%
<i>(di cui) con utilizzo di statine a brevetto scaduto</i>	85,0%

Impegno di ciascun MMG aderente:

Evidenza di raggiungimento indicatore per i propri assistiti nel secondo semestre 2015

Impegno dell'ASL:

Fornire a ciascun MMG il livello dell'indicatore nel secondo semestre 2014

Esempio

MMG con un numero medio di assistiti diabetici età tra i 40 e i 79 anni (63 assistiti diabetici) dovrà assicurarsi che:

41 diabetici in un semestre abbiano almeno una prescrizione di statina di questi 35 prendano una statina a brevetto scaduto