

**Appropriatezza delle risorse e
contenimento dei costi: Il ruolo della
Medicina Generale**

Luigi Sparano MMG

Napoli 28 settembre 2016

Obiettivi da perseguire

- **Accrescere la sensibilità di tutti i MMG/fiduciari** nei processi di cura al corretto uso delle risorse, quale strumento necessario a garantire sostenibilità e livelli di cura efficaci ed essenziali alla popolazione con particolare rilievo alla tutela della fragilità e della prossimità.
- **Adottare un modello Assistenziale di tipo fiduciario** perseguendo obiettivi misurabili ed in costante monitoraggio che consente di conoscere le necessità di cura di una popolazione contestualizzata nel territorio di appartenenza.
- **Misurare gli Audit dei PDTA** in tutti i territori di competenza della assistenza primaria

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE



- Costruire la aderenza terapeutica a partire **dall'intercetto della domanda di salute** in un sistema di tipo fiduciario
- Costruire l'aderenza in coerenza con i PDTA adozione di un modello di responsabilità (**risposta terapeutica appropriata**).
- Adottare un modello di aderenza terapeutica utilizzando gli strumenti in dotazione della medicina generale quali gestionali reti e piattaforme (**presa in carico della persona in ambito fiduciario** utilizzando strumenti di reclutamento della popolazione assistita)
- Costruire un sistema di procedure sostenibili (PDTA) che rende possibile il monitoraggio degli audit ed il miglioramento delle attività' in un modello che supera la prestazione a favore di un percorso di cura assistenziale (**sostenibilità**)

MMG e aderenza alle terapie



- Il rapporto **continuativo e personale** tra medico e paziente che si realizza nella Medicina Generale è fondamentale per l'aderenza e la persistenza della terapia particolarmente nelle malattie croniche.
- Gli accessi ripetuti e occasionali consentono di sfruttare al meglio tecniche di consulenze brevi, **(counseling motivazionale breve)** di controllo dell'adesione alle cure
- L'utilizzo obbligatorio dei mezzi informatici permette un controllo puntuale sulla persistenza della terapia e dei controlli clinici.

Intanto ricordiamo che il MMG della Regione Campania...

- prescrive per problemi per ICD9
- utilizza una cartella informatizzata che viene implementata con le prescrizioni per ICD9
- estrae dalla cartella clinica informatizzata un tracciato informativo (chiamato scheda) comprendente gli indicatori della patologia cronica (ipertensione, diabete, respiratoria)
- estrae ed invia dati ad una piattaforma (cloud) in grado di fornire una lettura della prevalenza della patologia cronica dei pazienti in carico
- può esaminare gli audit prescrittivi e monitorare l'aderenza al PDTA correlando il modello procedurale alla migliore gestione della patologia
- può intervenire nel miglioramento dell'accuratezza del dato clinico e procedurale adottato evidenziando il ricorso appropriato ai mezzi diagnostici e terapeutici (uso appropriato del farmaco)
- può adottare un modello procedurale che dal singolo porta alla gestione del sistema

Obiettivi e compiti della Medicina Generale

- **Sistema**

- popolazione a rischio in ambito territoriale **AFT**

- **Individuale**

- Arruolamento della popolazione in carico al singolo MMG

- **Complessivo**

- Gestione del PDTA delle malattie respiratorie
- Appropriatezza nell'uso del farmaco
- Prevenzione Vaccinale

L'aderenza al trattamento è condizionata

- Da un insieme di **strategie** comportamentali di più operatori
- dalla **condivisione** dei PDTA
- dalla condivisione delle strategie di comunicazione finalizzate al modello di **presa in carico**

Lo scopo di una piattaforma è inoltre quello di ...

- L'adozione di un modello di AUDIT
- Lo studio delle prevalenze
- L'identificazione della aderenza terapeutica delle patologie croniche
- L'identificazione del mancato o inadeguato trattamento delle patologie
- Non identificare i soli costi che non siano correlati ad un adeguato bisogno assistenziale.
- Restituire al medico fiduciario informazioni finalizzate a programmare e perseguire nel territorio di cura l'intercetto e l'adozione dei PDTA.
- Uniformare modalità di politiche di sostenibilità in tutto il territoriale regionale

**L'ADERENZA TERAPEUTICA
è STRETTAMENTE
CORRELATA ALLA
SOSTENIBILITA' DEL
SISTEMA**

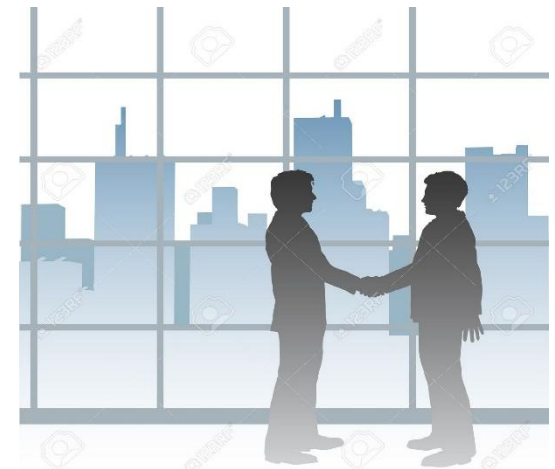
Aderenza dai dati contenuti nell'Health DB

Categoria terapeutica	Aderenza al trattamento (%) 2014	Var.(%) 2014-2013
Antiipertensivi	55,5	0,2
Statine	43,1	0,0
Farmaci antidiabetici	62,2	-0,4
Farmaci per sindromi ostruttive delle vie respiratorie	13,9	-1,4
Farmaci per l'osteoporosi	46,8	-3,4
Farmaci antidepressivi	38,4	+0,7

Capo III Art 7 dell'air 2013

Obiettivi specifici del sistema integrato di cure primarie

- Presa in carico degli assistiti ...patologie croniche
- Monitoraggio degli indicatori di qualità assistenziale (REPORT PDTA)
- Misurazione dello stato di salute dei pz affetti da patologie croniche
- Valutazione ed analisi di natura epidemiologica, analisi di farmacovigilanza



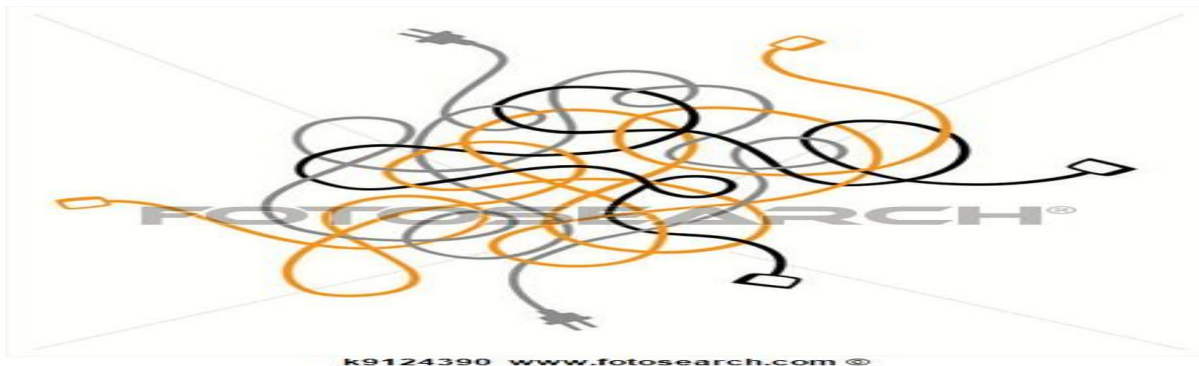
Adempimenti del MMG nell'AIR

- Capo III Art 7 comma 3
- Lettera a «... il MMG aderisce obbligatoriamente al SIR...»
- lettera b
- «...il Sistema informativo Regionale (SIR) viene alimentato da tutti i campi della ricetta elettronica (art 13 bis comma 5 ACN) e delle indicazioni del codice di diagnosi ICD»...

La nuova sfida per la sostenibilità

Costruire le procedure e gli esiti

- **MONITORAGGIO DEGLI AUDIT**
- **VALUTAZIONE DEGLI AUDIT INDIVIDUALI**
- **VALUTAZIONE DEGLI AUDIT DI SISTEMA**



il MMG bersaglio del controllo?



GOVERNARE SIGNIFICA ANDARE D'ACCORDO



DECRETI 56 66 NORME SULL'APPROPRIATEZZA

•VINCOLO ECONOMICO O AUDIT ?



DECRETO n. 56 del 28.05.2015

Oggetto: misure di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e di razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale

PREMESSO che:

- con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per il riassetto del servizio sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 4 del decreto-legge 11 ottobre 2007, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;
- con delibera del Consiglio dei Ministri in data 23 aprile 2010 il nuovo Presidente pro - tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 68, della legge n. 191 del 2009;
- con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011, il dott. Achille Crippella ed il dott. Mario Moricco sono stati nominati sub commissari con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29/04/2010;
- a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22/02/2012 del Sub Commissario Dott. Achille Crippella, con delibera del Consiglio dei Ministri del 23/03/2012, i compiti allo stesso attribuiti sono stati assegnati al Sub Commissario Dott. Mario Moricco, con riferimento, tra gli altri, a quello di cui alla lettera c) disposta la "ripulizione al riassetto al potenziamento al costo delle prestazioni sanitarie ove necessarie a garantire l'equilibrio della gestione";
- con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 ottobre 2013, il prof. Ettore Cirio è stato nominato sub commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzati e della riqualificazione del Servizio sanitario della Regione Campania, con ribattemento dei compiti e degli obiettivi del sub commissario Mario Moricco;

VISTO il decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189;

VISTA la legge 135 del 07-08-2012, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (pending review) che, all'art. 15 prevede, tra gli altri, i seguenti interventi sulle spese farmaceutiche:

- a decorrere dall'anno 2013, il comma 3 dell'art. 15, ha ribattemento nella misura dell'11,35% l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale, al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'ANFA in base a quanto previsto dall'articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. Aggiunge, inoltre, che "gli eventuali importi derivanti dalla procedura di ripulimento sono assegnati alle regioni, per il 25%, in proporzione allo sfarimento del letto registrato nelle singole regioni e, per il restante 75%, in base alla quota di eccesso delle singole regioni ai quote";
- Innovazione, questa, che penalizza le Regioni che sfornano il tutto di spese dell'assistenza farmaceutica territoriale;



DECRETO 56

- **QUELLO CHE IL MMG DEVE RECEPIRE**



- ☐ USO APPROPRIATO DELLA NOTA 13 RIVALUTANDO L'USO DEL FARMACO IN COERENZA CON IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE (ALTO MODERATO BASSO RISCHIO)
- ☐ STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE = IMPORTANZA DELLA VALUTAZIONE DEL COLESTEROLO LDL
- ☐ USO APPROPRIATO DEGLI ANTI-IPERTENSIVI LA CUI VALUTAZIONE NELL'IMPIEGO RESTA AD ESCLUSIVO DEL PRESCRITTORE
- ☐ LA MOTIVAZIONE DELLA SCELTA DELL'USO DI UN ANTIIPERTENSIVO E' LA CONSEGUENZA DI UN PROCESSO DECISIONALE A CARICO DEL MEDICO PRESCRITTORE IN RIFERIMENTO ALLA STORIA CLINICA DEL PAZIENTE ED ALL'EBM

DECRETO 56



- **QUELLO CHE IL MMG NON DEVE RECEPIRE**

- ☐ ELIMINARE LE PRESCRIZIONI DEI FARMACI CONTENUTI NEL DECRETO ATTUANDO UNA IMPOSIZIONE NON PREVISTA DALLO STESSO
- ☐ FAR RIVALUTARE TUTTE LE PRESCRIZIONI AGLI SPECIALISTI IN CORSO RICHIEDENDO IL MUP (MODELLO UNICO DI PRESCRIZIONE) AGLI SPECIALISTI ABDICANDO AD OGNI RUOLO CLINICO DECISIONALE E DELEGANDO UNA PROPRIA RESPONSABILITA'
- ☐ GENERARE IL CONFLITTO TRA I MMG
- ☐ PEGGIORARE LA QUALITA' DELLE CURE

COMPITI DELL'UCAD

- **RIMUOVERE I COMPORTAMENTI ANOMALI**

- ☐ Uso improprio delle procedure
- ☐ Intervenire con finalità educative verso le figure professionali coinvolte nell'uso delle risorse (MMG, Medici Specialisti) operanti nel distretto
- ☐ Proporre soluzioni di aderenza a modelli di appropriatezza

IL MMG conosce i suoi AUDIT prescrittivi?



PDTA = ART 7 DELL'AIR



I TRACCIATI DI AUDIT IN REGIONE CAMPANIA

- Scheda (indica il tracciato informatico) è sinonimo di Percorso Diagnostico Terapeutico

IL MEDICO VITTIMA DELL'INFORMATICA



Governare l'informatica



Il MMG non deve fare altro che

- **Estrarre** dati già in possesso dal suo gestionale

La quasi totalità dei dati da estrarre è

- Legata alla prescrizione per problemi

TUTTI I MMG DELLA REGIONE CAMPANIA
PRESCRIVONO

- FARMACI ED INDAGINI
CORRELATI AD UNA DIAGNOSI
APPROPRIATA (IPERTENSIONE
/DIABETE)

DATI DA ESTRARRE DELLA SCHEDA
RESPIRATORIA

- SONO QUELLI
DEFINITI NELL'AIR

Nessuno dei dati richiesti nell'AIR
per i PDTA è correlato

AGLI ESITI ma l'obiettivo è
conoscere ed incidere sull'aderenza
ai PDTA (procedure efficaci)

Tracciati report : SCHEDA IPERTENSIONE

- Fumo
- BMI
- PRESSIONE ARTERIOSA
- LDL
- CREATININA
- COLESTEROLO TOT, HDL, TRIGLICERIDI, K, GLICEMIA ESAME URINE
- ECG
- RICOVERI
- RCCV (CALCOLO RISCHIO CEREBROVASCOLARE)



SCHEMA MALATTIE RESPIRATORIE

(riguarda solo l'asma)

- Anamnesi 1= asma allergico, rinite 2= dermatite atopica
- Spirometria
- PEF FEV1
- GINA (stadio 1,2,3,4)
- RICOVERI



I dati relativi alla scheda diabete

- Farmaco utilizzato
- Ipertensione (comorbidità)
- Calcolo LDL
- Cardiopatia ischemica
- Vasculopatia cerebrale
- Complicanze
- Hb glicata
- BMI
- Circonferenza addominale
- microalbuminuria



OGNI MMG ha utilizzato:



- La sua cartella informatizzata
- Senza modificare il suo sistema gestionale
- Accede ai dati della propria cartella clinica da qualsiasi PC o tablet
- Ha inviato dati in conformità con la legge 196 ad una piattaforma

OGNI MMG attraverso la registrazione potrà inoltre accedere al proprio AUDIT prescrittivo relativo ad i pazienti:

- 1)ipertesi
- 2)diabetici
- 3)ischemici
- 4)ipercolesterolemici

I DATI DEI PDTA (EX ART 45 NUOVO ART 7 DELL'AIR 2013)

- schede ipertensione , malattie respiratorie, diabete mellito,

dal 2014 sono inviati alle aziende di riferimento.

Dott. Mario Rossi







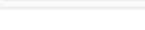

Software di cartella: Millewin
 Versione estrattore: 1.13.0.3
 Confronto con altri 913 medici
 Accessi alle statistiche: 206

Data ultimo invio dati: 2014-08-11 12:26:03
 Data elab. statistiche: 2014-08-10 08:13:50
 Data inizio elab.: 2013-09-10 15:26:56
 Data ultimo accesso: 2014-08-18 19:15:28

Diabete Mellito (tipo II): Indicatori

Indicatori di processo:



Ind.	Descrizione	Num.	Den.	%	Trend	Media	L.R.P.	Distanza
ID00	% assistiti con patologia Diabete Mellito	121	1511	8,01%	▼ -1,63%	7,80%	8,97%	 -10,70%
ID01	% diabetici con dosaggio HbA1C nel precedente anno	75	121	61,98%	▼ -4,53%	55,62%	81,17%	 -23,64%
ID02	% diabetici con dosaggio assetto lipidico nei precedenti 2 anni	104	121	85,95%	▼ -2,00%	43,30%	75,22%	 14,26%
ID03	% diabetici sottoposti al dosaggio del colesterolo LDL nel precedente anno	85	121	70,25%	▼ -1,00%	38,24%	62,73%	 11,99%
ID04	% diabetici sottoposti all'esame del FOO nel precedente anno	80	121	66,12%	▼ -4,32%	68,35%	83,49%	 -20,81%
ID05	% diabetici sottoposti a vaccinazione antiinfluenzale nel precedente anno	74	121	61,16%	▲ 0,88%	28,54%	55,92%	 9,36%
ID06	% diabetici con abitudine al fumo registrata	78	121	64,46%	▼ -0,05%	55,29%	91,95%	 -29,89%
ID08	% diabetici in terapia con statine	63	121	52,07%	▲ 0,22%	44,48%	51,52%	 1,07%
ID15	% diabetici sottoposti all'esame obiettivo del piede nel precedente anno	0	121	0,00%	0,00%	10,55%	1,85%	 -100,00%

Periodo:

Asl:

1.989 MMG

Data ultimo conferimento: 30/03/2015 18:13:10

Medici complessivi: 1.989

Pazienti diabetici complessivi: 165.070 (82,99)

Incentivo arruolamento complessivo: 8.253.500,00 € (4.149,57 €)

Incentivo lap complessivo: 6.780.190,00 € (3.408,84 €)

Incentivo complessivo: 15.033.690,00 € (7.558,42 €)

Tra parentesi il valore medio per MMG

165.070 diabetici

Indicatori soggetti a valutazione

Ind.	Descrizione	Num	Den	Rapp. %	Target	MMg Target	% MMG Target
1.1	% Pazienti Diabetici di tipo II	165.070	2.453.719	6,73 %	3,00 %	1896	95,32 %
2.1	% Diabetici con HbA1C anno	122.917	165.070	74,46 %	70,00 %	1386	69,68 %
2.2	% Diabetici con Profilo Lipidico anno	105.755	165.070	64,07 %	60,00 %	1263	63,50 %
2.3	% Diabetici con PA anno	130.211	165.070	78,88 %	90,00 %	1090	54,80 %
2.4	% Diabetici con BMI	128.972	165.070	78,13 %	70,00 %	1499	75,36 %
2.5	% Diabetici con Circ. addominale	112.230	165.070	67,99 %	50,00 %	1469	73,86 %
2.6	% Diabetici con Microalbuminuria	77.829	165.070	47,15 %	50,00 %	973	48,92 %
2.7	% Diabetici con Creatinemia	96.373	165.070	58,38 %	60,00 %	1102	55,40 %
3.1	% Diabetici con HbA1C <= 7,5%	98.796	165.070	59,85 %	25,00 %	1747	87,83 %
3.2	% Diabetici con LDL <= 130 mg/dl	83.604	165.070	50,65 %	20,00 %	1640	82,45 %
3.3	% Diabetici Ipersesi con PA <= 130/80 mmHg	53.725	118.976	45,16 %	20,00 %	1550	77,93 %