



Progetto di sperimentazione della DOTE SANITARIA A GRUPPI DI CURE PRIMARIE (GCP) nell'ASL di BRESCIA

Il presente documento definisce, secondo le indicazioni dell'Allegato 9 – "Governare Clinico Territoriale e dote sanitaria" della DGR VII/008501 del 26/11/08, i criteri e le modalità attuative presso l'ASL di Brescia della **"Sperimentazione con assegnazione di una dote a Gruppi di MMG"** relativamente alle persone prese in carico secondo il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per diabete e ipertensione arteriosa.

RAZIONALE

La maggior parte delle patologie croniche tra cui ad esempio 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. In termini esemplificativi basti pensare ad esempio al numero dei soggetti affetti da diabete, in Regione Lombardia circa 450.000, per comprendere l'impatto che possono avere sulla loro salute e sull'equilibrio del sistema percorsi di diagnosi e cura che non rispondano ai più aggiornati requisiti di efficacia clinica ed efficienza gestionale. Per costruire questi obiettivi, sono da evitare: la frammentazione dei percorsi di cura, l'autoreferenzialità degli specialisti e conseguentemente dei soggetti erogatori ove gli stessi operano, la scarsa conoscenza da parte dei cittadini della rete dei servizi e, talvolta, l'inappropriato utilizzo delle risorse. Il cittadino va inoltre messo nella condizione di esercitare concretamente la libera scelta selezionando quindi sulla base di adeguate conoscenze un percorso assistenziale. Per fare questo è necessario integrare "operativamente" intorno al cittadino tutto il sistema sanitario e socio-sanitario, con percorsi più semplici e più efficaci per la soluzione dei problemi posti. Il MMG 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 cronica - degenerativa. Ciò che serve in ottica di sistema è modificare l'attuale modalità operativa che prevede un approccio hic et nunc della erogazione delle prestazioni. Potenziando questa linea di sviluppo vanno date ai MMG maggiori opportunità e responsabilità nella gestione delle risorse relative ai loro pazienti. Si assume il principio che il focus del progetto deve essere centrato sui bisogni dei Pazienti e che il concetto di "dote sanitaria" non sia sinonimo di budget, bensì di definizione di cosa il Paziente cronico abbia effettivamente bisogno e da quale livello del Sistema Sanitario gli debba essere garantito.

La sperimentazione prende avvio dalle analisi e considerazioni risultanti dai dati della realtà epidemiologica ed assistenziale del territorio: alta percentuale di soggetti con patologie croniche e consumi di prestazioni sanitarie prevalentemente correlate agli stessi, prolungata convivenza del malato con la sua malattia, aumento progressivo del numero totale di soggetti contemporaneamente trattati, percorsi di cura non sempre appropriati ed integrati, difficoltà per il cittadino a muoversi nella rete dei servizi e a farsi direttamente autore di sintesi per interventi sanitari frammentari. Bassa percentuale di soggetti cronici con PDTA completi in termini di persistenza in terapia e follow-up. In questo contesto, il Medico di Medicina Generale, per la centralità del ruolo all'interno del Sistema Sanitario, che lo indica come protagonista nella gestione delle Cure Primarie, deve necessariamente essere coinvolto in forme di responsabilizzazione verso i seguenti due obiettivi:

- *Adoperarsi per una concreta presa in carico delle persone affette da patologie croniche, con l'obiettivo di modificare la sopravvivenza, ritardare la comparsa di complicanze d'organo e di disabilità. In questo modo, alla discontinuità e casualità dell'intervento, si dovrebbe sostituire la regolarità e la continuità di cura supportando ed orientando il paziente affetto da patologia cronica degenerativa nel percorso assistenziale.*
- *Migliorare l'adesione a percorsi assistenziali condivisi e riconosciuti scientificamente, con la possibilità di riduzione degli interventi clinicamente inappropriati e un sempre maggior impegno nella valutazione della adeguatezza delle proprie scelte prescrittive.*

L'ASL da parte sua è cruciale che promuova e supporti i Medici di Medicina Generale (MMG) per il raggiungimento degli obiettivi sopra descritti. A tal fine è utile rimuovere gli inutili "passaggi" ai quali sono costretti molto spesso i pazienti per acquisire il diritto all'erogazione delle prestazioni attraverso una serie di iniziative di semplificazione. L'ASL ha inoltre un ruolo strategico nel favorire una adeguata integrazione tra territorio e strutture specialistiche di secondo livello.

OBIETTIVO PRIMARIO DEL PROGETTO

Sperimentare un modello di organizzazione dell'assistenza sanitaria che prenda in considerazione i bisogni del Paziente ed intorno a lui si sviluppi, garantendogli le risposte appropriate ai diversi livelli di articolazione del SSR.

Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di progetto, in modo peraltro rilevante in relazione al contesto dei Servizi Sanitari, i seguenti aspetti:

- garantire l'erogazione di Servizi appropriati ai bisogni del Paziente riportando i livelli di cura e spesa a corrispondere a "ciò che deve essere erogato" nel "livello in cui deve essere erogato";
- riorganizzare ed integrare le risposte della Specialistica alle necessità di assistenza evidenziate dai Medici di Cure Primarie che – nella fase sperimentale – saranno concentrate sulle patologie previste dal progetto;
- verificare i "percorsi effettivi" del Paziente rispetto ai Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA) teorici declinati in base della letteratura di riferimento ed agli orientamenti dei Professionisti della Sanità;
- valutare tramite la Banca Dati Assistiti (BDA) e specifici indicatori di processo e di esito gli outcome di salute dei Pazienti che vengono presi in carico secondo il modello sperimentale

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

1. Migliorare la presa in carico di tutti gli assistiti portatori di una determinata patologia cronica e la loro compliance rispetto ai livelli di prestazioni per l'assistenza specialistica ambulatoriale e l'assistenza farmaceutica previsti dai PDTA condivisi.

La conoscenza della situazione dei propri assistiti rispetto alla patologia considerata e della relativa dote di riferimento dovrebbe comportare una implementazione della presa in carico, della esecuzione di prestazioni diagnostiche appropriate, della compliance al trattamento farmacologico.

2. Definire e monitorare indicatori di misurazione dello stato di salute degli assistiti portatori di patologia cronica oggetto di PDTA.

Il governo clinico presuppone la disponibilità di strumenti di valutazione del processo e dell'esito in termini di salute delle prestazioni erogate. I medici di medicina generale sono nelle condizioni di disporre delle informazioni necessarie alla valutazione dello stato di salute dei loro assistiti. Il patrimonio informativo dei medici può essere tradotto in indicatori utili ai medici stessi e agli altri attori del sistema di offerta per valutare le proprie performance e attivare percorsi di miglioramento.

3. Misurare l'impatto dell'adozione dei PDTA sui consumi complessivi e specifici degli assistiti con una specifica patologia cronica.

I PDTA individuano un percorso diagnostico e terapeutico di riferimento per la cura e l'assistenza ai pazienti portatori di specifiche patologie croniche, indicando quali siano gli esami diagnostici e di follow up e le terapie più appropriate. L'incremento del numero degli assistiti seguiti secondo i PDTA dovrebbe portare ad un incremento dei consumi per specifiche prestazioni ambulatoriali e per tipologie di farmaci; d'altra parte è necessario valutare l'impatto sui consumi complessivi di assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza farmaceutica e ricoveri ospedalieri

La "Dote" è quindi un obiettivo ed un riferimento operativo e non una disponibilità di risorse realmente preassegnata al gruppo di Medici di Medicina Generale.

Di questo obiettivo si fanno carico tutti gli attori del sistema (MMG/soggetti erogatori/ASL) con la particolarità di riconoscere ad uno di questi – MMG –, per via della sua vicinanza privilegiata ai pazienti, una funzione specifica di tutoraggio, integrazione dei servizi, valutazione e monitoraggio. Da qui la necessità di individuare dei precisi indicatori di esito per misurare il valore aggiunto di questa modalità di presa in carico del paziente soprattutto in termini di migliore compliance con il percorso diagnostico terapeutico e di riduzione di eventi sentinella negativi quali ad esempio ricoveri e discontinuità nella persistenza terapeutica.

SOGGETTI COINVOLTI

1. **MMG** in grado di:
 - censire tutte le prestazioni erogate;
 - provvedere ad un idoneo controllo della gestione della propria attività (informatizzazione);
 - erogare più elevati livelli di assistenza (dotazione di personale di studio).
2. L'**ASL** svolgerà un supporto tecnico e consulenziale oltre che promuovere modalità di semplificazione di alcuni aspetti burocratici dei percorsi assistenziali anche confrontandosi con i gruppi di medici nell'analisi dei dati e dell'evolversi del progetto oltre che nel rapporto con gli Specialisti.
3. Gli **Specialisti** sono coinvolti sia nella condivisione/revisione/aggiornamento dei documenti riguardanti i PDTA in collaborazione con rappresentanti dei MMG e dell'ASL sia nella erogazione di alcune prestazioni decentrate negli studi dei gruppi di MMG partecipanti alla sperimentazione.

POPOLAZIONE TARGET

I servizi sanitari che verranno monitorati riguarderanno i pazienti affetti dalle seguenti patologie:

1. **Diabete Mellito**
2. **Ipertensione Arteriosa**

SERVIZI DA MONITORARE

La tipologia di prestazioni, inerenti le patologie considerate, che verranno prese in considerazione dai report di monitoraggio è la seguente:

- a) **Specialistica ambulatoriale** (visite specialistiche, diagnostica strumentale e di laboratorio);
- b) **Prescrizioni farmaceutiche;**
- c) **Ricoveri.**

INDIVIDUAZIONE DEI MMG PARTECIPANTI

Il progetto prevede che tutti i MMG dell'ASL di Brescia siano invitati a partecipare al Progetto tramite mailing list (mediante modulo di cui all'allegato 3) e pubblicazione del Progetto sul sito www.aslbrescia.it.

La partecipazione al Progetto è condizionata a che il MMG:

- sia in grado di censire tutte le prestazioni erogate;
- sia in grado di provvedere ad un idoneo controllo della gestione della propria attività (informatizzazione);
- sia in grado di erogare più elevati livelli di assistenza (dotazione di personale di studio).

Si prevede che alla sperimentazione possa partecipare un numero massimo di 70 MMG; le domande sono accolte prioritariamente secondo i seguenti criteri:

1. MMG strutturati in forme associative (garantendo comunque la partecipazione di almeno 30% di MMG non strutturati in forme associative);
2. si attivi almeno un gruppo di sperimentazione per ciascun bacino di afferenza elettiva di ciascuna delle tre Aziende Ospedaliere presenti nel territorio ASL;
3. siano rappresentate le diverse tipologie socio-geografiche (urbana, di pianura, montana);
4. sia favorita la partecipazione di MMG appartenenti a Distretti diversi;
5. siano accolti prioritariamente i MMG con monte ore settimanale di accoglienza delle richieste degli assistiti più elevato (compresa l'eventuale apertura nelle giornate di sabato e prefestive);
6. data di presentazione della domanda.

COORDINAMENTO DELLA SPERIMENTAZIONE

Al fine di garantire il coinvolgimento dei diversi soggetti coinvolti, si prevede l'attivazione di un gruppo di lavoro da:

- un referente MMG per ciascuna DGD;
- referenti delle AO;

- referenti dell'ASL.

METODOLOGIA E TEMPI DI LAVORO

Si prevede che il progetto prenda avvio dal mese di maggio 2009 e si concluda a fine giugno 2010, e si articoli nelle seguenti fasi fondamentali:

- **L'ASL fornisce inizialmente ai MMG partecipanti l'elenco degli assistiti che risultano presi in carico per diabete e/o ipertensione secondo i criteri di inclusione della BDA** (allegato 1, prima sezione).
- **I MMG partecipanti stipulano con gli assistiti diabetici e/o ipertesi (compresi nell'elenco fornito dall'ASL più quelli eventualmente noti solo al MMG) un "Patto di Cura" personalizzato** (secondo l'esemplificazione di cui all'allegato 2), stilato adattando alla specifica condizione clinica dell'assistito le indicazioni di riferimento contenute nel PDTA corrispondente e **ne trasmettono all'ASL il relativo riepilogo informatico, entro il 31.7.2009** (allegato 1, seconda sezione).
- I MMG partecipanti avviano quindi con ciascun assistito il **follow up** secondo i contenuti del rispettivo Patto di Cura.
- **I MMG partecipanti trasmettono all'ASL, tramite SISS e secondo i protocolli di trasmissione definiti con l'ASL stessa, report relativi ai dati clinici dei pazienti seguiti**, con indicatori relativi ai PDT diabete e ipertensione (oltre che al monitoraggio del rischio cardiocerebrovascolare e ai PDT della BPCO e dello scompenso cardiaco) alle seguenti scadenze:
 - **15 giugno 2009 (monitoraggio iniziale facoltativo);**
 - **15 dicembre 2009 (monitoraggio intermedio);**
 - **30 giugno 2010 (monitoraggio finale).**
- **L'ASL trasmette a cadenza trimestrale i report personalizzati su farmaceutica, specialistica e ricoveri**, dedotti dai data base gestionali.
- **L'ASL trasmette inoltre ai MMG report personalizzati, relativi all'aderenza ai PDTA diabete e/o ipertensione, su:**
 - frequenza dell'accesso alla specialistica per indagini previste dal corrispondente PDT,
 - persistenza della terapia specifica (antidiabetici, statine, antipertensivi),alle seguenti scadenze:
 - **15 dicembre 2009 (monitoraggio intermedio),**
 - **30 giugno 2010 (monitoraggio finale).**
- Si prevede l'effettuazione di effettuare:
 - **Una prima verifica entro novembre 2009, in merito alla partecipazione dei MMG ed alla adesione degli assistiti alla sperimentazione;**
 - **Una verifica intermedia dello stato di avanzamento e dei risultati raggiunti entro gennaio 2010;**
 - **Una verifica finale dei risultati raggiunti entro settembre 2010.**

Standard gestionali richiesti ai MMG partecipanti al Progetto

Oltre il rispetto dei requisiti previsti dagli Accordi Collettivi Nazionale e Regionali vigenti, ai MMG partecipanti al progetto sono richiesti i seguenti standard gestionali:

- 1. Monitoraggio sistematico del rischio cardiocerebrovascolare**
- 2. Applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDT) per la Gestione Integrata Territorio-Ospedale degli assistiti diabetici e ipertesi in vigore presso l'ASL di Brescia**

Il MMG informa e responsabilizza ogni assistito preso in carico mediante la sottoscrizione di un "Patto Di Cura" personalizzato, stilato adattando alla specifica condizione clinica dell'assistito le indicazioni di riferimento contenute nel PDTA.

Alla cadenza periodica prevista dal Patto di Cura, il MMG garantisce l'effettuazione del follow-up, anche avvalendosi di personale infermieristico appositamente formato, per:

- effettuazione dei controlli clinici anamnestici
- verifica dell'adesione al piano terapeutico programmato
- rinforzo dell'assistito, anche con appositi strumenti operativi, a partecipare attivamente alla gestione della propria malattia e ad assumere congruenti stili di vita
- consegna all'assistito di eventuale documentazione sanitaria necessaria alla gestione della malattia,
- aggiornamento della scheda sanitaria dell'assistito
- avvio degli approfondimenti clinici eventualmente necessari
- adeguamento della posologia della terapia.

3. Messa a disposizione degli assistiti del MMG di una serie di valutazioni a carattere specialistico

Il MMG, al fine di riservare l'invio alle Strutture Specialistiche e di Ricovero ai casi che richiedono una gestione di problematiche cliniche rilevanti, già preliminarmente inquadrate:

- redige certificazione clinica che attesti la condizione patologica cronica, ai fini del rilascio della corrispondente esenzione per patologia, senza dover ricorrere allo specialista, come prevedono le regole 2009;
- può concordare con singole Strutture Erogatrici (specialmente per i MMG aggregati in forma associativa), **in accordo con il Distretto**, modalità attuative e di comunicazione che ottimizzino l'interazione e semplifichino l'iter logistico del paziente;
- può avvalersi del supporto consulenziale di specialisti esterni, prioritariamente in regime di telemedicina, o a scopo di empowerment formativo.

4. Trasmissione di report all'ASL

Entro il 15 giugno 2009 (facoltativamente), il 15 dicembre e il 30 giugno 2010, il MMG trasmette all'ASL, tramite SISS e secondo il protocolli di trasmissione in uso per il rispettivo PDTA, un report relativo ai dati clinici dei pazienti seguiti, con indicatori relativi a:

- PDTA diabete,
- PDTA ipertensione,
- rischio cardiocerebrovascolare.

Strumenti di monitoraggio forniti dall'ASL

L'ASL di Brescia provvede a fornire a ciascun MMG aderente al progetto:

- all'inizio della sperimentazione: **elenco degli assistiti che, secondo i criteri di inclusione della BDA, risultano presi in carico per diabete e/o ipertensione;**
- report personalizzati, relativi all'aderenza ai PDTA diabete e/o ipertensione, su:
 - **frequenza dell'accesso alla specialistica per indagini previste dal corrispondente PDT**
 - **persistenza della terapia specifica (antidiabetici, statine, antipertensivi);**
- report trimestrali personalizzati, con possibilità di confronto con il dato medio di ASL e di Distretto, su:
 - accesso alla **specialistica** (indicatori relativi alla prevalenza nel trimestre degli assistiti che vi accedono, del numero medio e della tipologia di prestazioni e del peso economico)
 - accesso al **pronto soccorso** (indicatori relativi alla prevalenza nel trimestre degli assistiti che vi accedono)
 - terapie **farmacologiche** (indicatori relativi alla prevalenza nel trimestre degli assistiti trattati per diabete, ipertensione, dislipidemie, farmaci respiratori; numero medio di prescrizioni per trattato e per assistito pesato; costo medio per prescrizione e percentuale di ricorso a farmaci con brevetto scaduto), tenendo conto che la fornitura di farmaci specifici per la patologia nel trimestre si configura come indicatore di persistenza terapeutica;

- accesso a **ricoveri** (indicatori relativi alla prevalenza nel trimestre degli assistiti che vi accedono, del numero medio e della tipologia di prestazioni e del peso economico);
- report contenente il **costo lordo pro assistito** preso in carico per **diabete, ipertensione, assistito pesato per prestazioni specialistiche e di pronto soccorso** e per il **totale delle prestazioni sanitarie** (farmaci territoriali + ricoveri + specialistica + pronto soccorso).
- report contenente le afferenze agli erogatori per patologia e per livello erogativo, poste in confronto con quelle generali e di popolazioni assistite, analoghe a quella in carico al MMG partecipante.

Nel rispetto del Piano Controlli 2009, l'ASL:

- verifica almeno il 5% dei PDTA dei pazienti cronici per i 2 PDTA individuati;
- verifica in modo campionario che le prestazioni ambulatoriali siano correlate a quesito diagnostico preciso e circostanziato, formulato in forma chiara e specifica;

Strumenti operativi forniti dall'ASL

Priorità cliniche condivise

Al fine di migliorare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali è definibile, in accordo con specialisti, MMG/PLS, un linguaggio prescrittivo, basato sulla concordanza di tempi di attesa differenziati per priorità della singola prestazione, stabilita in base al bisogno clinico dell'utente.

A tal fine sono individuabili raggruppamenti di prestazioni specialistiche ambulatoriali, erogate presso le strutture operanti nel territorio dell'ASL e prescritte da tutti i medici convenzionati e specialisti delle strutture, prevedendo il monitoraggio continuo delle prescrizioni al fine di effettuarne la revisione periodica dell'appropriatezza d'uso.

Fascicolo sanitario elettronico

Il Sistema CRS SISS rende possibile, con il consenso del cittadino, la costituzione e l'utilizzo di un Fascicolo Sanitario Elettronico caratterizzato da una ordinata repository testuale in cui sono registrati e consultabili eventi ordinati e referti del soggetto.

L'esperienza prototipale della rete oncologica lombarda, centrata su strumenti di relazione tra attori e livelli di intervento, strutturati ed interfacciati con un sistema di linee guida, benché apparentemente "minimalista" e con alcune limitazioni, ha avuto il pregio di affrontare nei fatti l'appropriatezza clinica e dell'assistenza con, anche, il miglioramento della capacità di spesa.

CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DELLA DOTE

Per ciascun assistito preso in carico per una delle 2 patologie individuate viene attribuita una "dote sanitaria", intesa come l'insieme di prestazioni di base e specialistiche, oltre che di terapia farmacologica continuativa, previste dal corrispondente PDT.

Inoltre, al fine di poter riscontrare l'oculatezza nell'uso delle risorse, si fa riferimento al costo lordo pro-capite per:

- **specialistica e pronto soccorso (indicatore principale)**
- **l'insieme delle principali tipologie di prestazioni sanitarie** (farmaci territoriali+ricoveri+specialistica+pronto soccorso) – **(indicatore accessorio)**

e riferita a:

- assistito **diabetico**

- assistito **iperteso**
- **assistito pesante.**

RISULTATI ATTESI

I risultati attesi per i portatori di patologia cronica assistiti da ciascun MMG partecipante al progetto sono:

- la presa in carico degli assistiti portatori di patologia cronica;
- l'incremento dei portatori di patologia che eseguono le prestazioni diagnostiche e seguono la terapia indicata secondo i PDTA di riferimento;
- la disponibilità di indicatori di misurazione degli esiti in termini di salute dell'adozione dei PDTA;
- la definizione di un valore di riferimento del consumo di prestazioni di assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale dei pazienti portatori delle patologie considerate

Dal punto di vista operativo ci si avvale dei seguenti indicatori:

Risultati	Indicatori – criteri
Monitoraggio sistematico del RCCV	> 120 valutazioni del RCCV nel corso dell'anno trasmesse da ciascun MMG tramite SISS secondo il protocollo in uso
Applicazione PDTA diabete	<p>Obiettivo quantitativo:</p> <p>→ Almeno il 70% dei soggetti individuati dall'ASL come diabetici sulla base della BDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hanno sottoscritto, entro il 31.7.2009, il Patto di Cura (documentazione tramite file trasmesso dal MMG all'ASL) - hanno effettuato almeno 2 determinazioni di emoglobina glicata nell'ultimo anno (documentazione sulla base degli archivi gestionali dell'ASL) - hanno effettuato almeno 1 esame del fondo dell'occhio negli ultimi 2 anni (documentazione sulla base degli archivi gestionali dell'ASL) <p>Obiettivo qualitativo :</p> <p>→ Almeno il 70% dei soggetti presi in carico dal MMG secondo il PDT diabete (comprensivi sia dei soggetti segnalati dall'ASL sulla base della BDA sia dei soggetti patologici noti solo al MMG):</p> <ul style="list-style-type: none"> - presentano persistenza della terapia specifica con almeno una prescrizione prevista dal Patto di Cura in ciascun trimestre (documentazione sulla base degli archivi gestionali dell'ASL) - presentano valori di emoglobina glicata inferiori al valore limite individuato nel Patto di Cura (documentazione sulla base del report informatico trasmesso dal MMG all'ASL)
Applicazione PDTA ipertensione	<p>Obiettivo quantitativo:</p> <p>→ Almeno il 70% dei soggetti individuati dall'ASL come ipertesi sulla base della BDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hanno sottoscritto, entro il 31.7.2009, il Patto di Cura (documentazione tramite file trasmesso dal MMG all'ASL) - hanno effettuato almeno 1 dosaggio di creatinemia o clearance della creatinina negli ultimi 2 anni (documentazione sulla base degli archivi gestionali dell'ASL); - hanno effettuato almeno 1 dosaggio di colesterolemia LDL negli ultimi 2 anni (documentazione sulla base degli archivi gestionali dell'ASL); - hanno effettuato almeno 1 ECG negli ultimi 2 anni (documentazione sulla base degli archivi gestionali dell'ASL); <p>Obiettivo qualitativo :</p> <p>→ Almeno il 70% dei soggetti presi in carico dal MMG secondo il PDT ipertensione (comprensivi sia dei soggetti segnalati dall'ASL sulla base della BDA sia dei soggetti patologici noti solo al MMG):</p> <ul style="list-style-type: none"> - presentano persistenza della terapia specifica con almeno una prescrizione prevista dal Patto di Cura in ciascun trimestre (documentazione sulla base degli archivi gestionali dell'ASL) - presentano valori di pressione arteriosa inferiore al valore limite individuato nel Patto di Cura (documentazione sulla base del report informatico trasmesso dal MMG all'ASL)
Indicatori di riferimento circa l'uso oculato delle risorse	<p>Costo lordo pro assistito preso in carico per</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabete - Ipertensione <p>per</p> <ul style="list-style-type: none"> - prestazioni specialistiche e di pronto soccorso - farmaceutica - totale delle prestazioni sanitarie (farmaci territoriali + ricoveri + specialistica + pronto soccorso)

MECCANISMI INCENTIVANTI ED INTERVENTI REGOLATORI

Strutture Erogatrici

I pazienti hanno la possibilità di scegliere tra diversi erogatori di prestazioni sanitarie, a partire da quelli messi a disposizione dalle ASL passando per i servizi offerti dalle organizzazioni sanitarie convenzionate con le ASL per finire con i soggetti privati. Gli attori chiave all'interno del sistema sono gli ospedali da un lato e i MMG dall'altro. Tutti i pazienti devono essere informati che il loro MMG apre loro l'accesso ai farmaci ed agli altri servizi offerti dal sistema.

La rivalutazione dei Processi di assistenza, nel solco del Progetto per il servizio triennale di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e di trasferimento del know-how alle ASL, prevede per la tutela della continuità della cura standard per il consolidamento della Continuità Assistenziale imperniati su:

- Gestione della libera scelta del paziente dell'erogatore di prestazioni sanitarie per la continuità delle cure
- Miglioramento del flusso di informazioni tra i luoghi di cura ed i professionisti sanitari
- Coordinamento dei servizi ausiliari, delle forniture e dei farmaci
- Rafforzamento delle comunicazioni con i MMG ed i soggetti coinvolti.

Il rispetto dei PDT concordati è inserito in uno specifico addendum contrattuale 2009 per tutte le Strutture Erogatrici e legato alla quota opzionale della remunerazione; la partecipazione al Progetto è funzione dell'attrazione che i servizi offerti dalle singole Strutture Erogatrici esercitano sull'utenza.

La destinazione, tramite specifico addendum contrattuale, di un punto percentuale del budget della diagnostica e specialistica ambulatoriale, a disposizione dell'Azienda Sanitaria Locale per il 2009, consentirà di remunerare in parte le prestazioni collegate ai PDT oggetto di monitoraggio eventualmente sperimentando, in accordo con la Direzione Generale Sanità, una tariffazione globale di pacchetti di prestazioni, comprensiva di modalità organizzative concordate e monitorate da ASL e Strutture.

Il progetto prevede anche di sperimentare il superamento del concetto di quota capitaria, sostituendolo con quello di costo standard con il monitoraggio della collocazione di parte delle risorse. Grazie alla Banca Dati Assistito (BDA), si prevede di monitorare sia il livello di assistenza sia il livello dei costi per patologia sia la modalità erogativa come contributo all'evoluzione dei sistemi di remunerazione del Servizio Sanitario.

MMG

Come incentivo viene corrisposto ad ogni MMG un forfait, di entità stabilita a livello regionale, che viene corrisposto sulla base del raggiungimento degli obiettivi di reclutamento degli assistiti e del raggiungimento degli obiettivi quali/quantitativi che vanno misurati non in modo medio ma come sommatoria dei risultati/paziente.

La quota forfetaria viene riconosciuta con le seguenti modalità:

- 50%: al raggiungimento di almeno il 70% di pazienti target arruolati con sottoscrizione del Patto di Cura e trasmissione all'ASL del relativo riepilogo informatico;
- 25%: per il raggiungimento, a fine progetto, degli obiettivi quantitativi dei PDTA diabete e ipertensione;
- 25%: per il raggiungimento, a fine progetto, degli obiettivi qualitativi dei PDTA diabete e ipertensione.



Patto di cura tra Medico di Medicina Generale e Assistito

Il Servizio Sanitario Regionale individua nella relazione tra Medico di Medicina Generale e Assistito la garanzia di assicurare la presa in carico dei problemi di salute dei soggetti con Diabete e/o Ipertensione, garantendo prestazioni di diagnosi e cura appropriate.

Per rinforzare e valorizzare tale relazione viene richiesto sia al medico che all'assistito di esplicitare attraverso questo patto di cura i reciproci impegni.

➤ **Il Medico di Medicina Generale, Dr.** _____
si assume l'impegno di:

- definire con l'assistito un piano personalizzato che individui terapia e controlli appropriati ai bisogni di salute
- _____
- _____

➤ **L'Assistito, Sig.** _____
si assume l'impegno di:

- collaborare con il Medico nella definizione di un piano di cura appropriato per i propri problemi di salute
- seguire il piano condiviso con il medico
- _____
- _____

➤ Il piano terapeutico predisposto dal medico e condiviso dall'assistito si compone delle seguenti azioni:

- Comportamenti e stili di vita _____
- Terapia farmacologica _____
- Controlli del Medico di Medicina Generale _____
- Controlli ematochimici e strumentali _____

Data _____

L'assistito

Il Medico di Medicina Generale

Allegato 3 – Modulo per richiesta da parte del MMG di partecipazione "Progetto di sperimentazione della Dote Sanitaria a gruppi di cure primarie (GCP) nell'ASL di Brescia"

(da inviare al Dipartimento Cure Primarie al fax nr.0303839317 entro il 15 maggio 2009)



**Progetto di sperimentazione della
DOTE SANITARIA A GRUPPI DI CURE PRIMARIE (GCP)
nell'ASL di BRESCIA**

Il sottoscritto Dott. (*singolo o portavoce dalla forma associativa*) _____

Codice sanitario _____ riferimento telefonico _____

distretto di appartenenza _____

chiede di partecipare alla sperimentazione in oggetto.

A tal fine dichiara (cancellare la voce che non ricorre):

- di aderire singolarmente (n° ore settimanali di studio _____)
- di aderire insieme con tutti i colleghi della forma associativa (n° ore settimanali di studio della forma associativa _____)
- di svolgere attività nelle giornate di sabato e prefestive
- di operare in zona urbana
- di operare in zona di pianura
- di operare in zona montana
- di operare nel bacino di afferenza elettiva della Azienda Ospedaliera di _____

data _____

timbro e firma del MMG singolo

oppure

timbri e firme di tutti i MMG della forma associativa aderenti al progetto