



Servizio Sanitario Nazionale – Regione dell'Umbria  
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA 1  
Sede Legale Provvisoria: Via Guerra 21 – Perugia  
Codice Fiscale e Partita IVA 03301860544

**DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE F.F.  
n. 196 del 18/02/2016**

**Proponente: UO Trattamento Economico Personale dipendente convenzionato e Strutture Convenzionate**

**Oggetto: Accordo Aziendale Medicina Generale □ Assistenza Primaria - Continuità Assistenziale - Obiettivi anno 2016.**

**IL DIRETTORE GENERALE F.F.**

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 1098 del 17/02/2016 contenente:

il Parere del Direttore Amministrativo - Dr. Domenico BARZOTTI

il Parere del Direttore Sanitario - Dr. Diamante PACCHIARINI

*Hash .pdf (SHA256):*

fe66f123340e97b4bc4ea5fc6afd8ebbc0478ae134c693f1766e8324eb6d5678

*Hash .p7m (SHA256):*

61a374c54c1c44c8e0f3c11e9a9bb428b6b63b8863b03dae19d7bba29a135662

*Firme digitali apposte sulla proposta:*

Annalisa Fabbri, Diamante Pacchiarini, Domenico Barzotti, Alfredo Budelli

**DELIBERA**

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

**IL DIRETTORE GENERALE F.F.  
(Dr. Diamante PACCHIARINI)\***

\* Questo documento è firmato digitalmente, pertanto ha lo stesso valore legale dell'equivalente documento cartaceo firmato autografo. I documenti perdono ogni valore legale quando vengono stampati, pertanto, nel caso fosse necessario inoltrare il documento ad un altro destinatario, è necessario copiarlo su supporto magnetico oppure inviarlo per posta elettronica.

## **DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

**Visto** il D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, recante norme per la disciplina dei rapporti di lavoro autonomo tra il Servizio Sanitario Nazionale ed i medici di medicina generale, da instaurarsi mediante apposito Accordo Collettivo Nazionale stipulato con le OO.SS. maggiormente rappresentativi;

**Visto** l'art. 4 dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 5 dell'Accordo Stato-Regioni, rep. N. 1805 del 24 luglio 2003, sull'ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale – biennio economico 2008-2009 di cui all'atto di Intesa Conferenza Stato Regioni siglato in data 8 luglio 2010 che stabilisce quanto segue: “ I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale definito dal nuovo titolo V° della Costituzione, rispettando i principi di complementarità e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione”;

**Visto** il comma 5 del sopra citato art. 4 stabilisce che “*Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale, specifica i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione aziendale*”;

**Vista** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1653 del 27/09/2006 recante “Trattativa reg.le decentrata dei medici di medicina gen.le in applicazione art. 4, c. 1, di cui all'A.C.N. per i medici di medicina gen.le 23 marzo 2005. Direttive alle Aziende UU.SS.LL. della regione”;

**Preso atto** che, nel rispetto di quanto disposto dall'art.23 dell'ACN-MMG 23/03/2005 e s.m.i. e dall'Accordo regionale di medicina generale, recepito con DGR n.1653/06, in sede di Comitato Aziendale di Medicina Generale tenutosi il giorno 12/02/2016 si è conclusa la trattativa per la definizione dell'accordo aziendale MMG/CA - Obiettivi anno 2016. Alla riunione del Comitato Aziendale erano presenti i rappresentanti Aziendali delle seguenti Organizzazioni Sindacali: F.I.M.M.G. (Federazione Medici di Medicina Generale), INTESA SINDACALE (CISL Medici - FP CGIL Medici) , SMI (SIMB-UIL FP-FEDERAZIONE MEDICI) e SNAMI;

A fine seduta, la trattativa si è conclusa e l'accordo Aziendale denominato “**Accordo Aziendale Medicina Generale - Assistenza Primaria – e Continuità Assistenziale anno 2016**” è stato approvato all'unanimità;

Il suddetto accordo, sottoscritto in data 12/02/2016 dal Direttore Generale f.f. e dai rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali - F.I.M.M.G., INTESA SINDACALE (CISL Medici - FP CGIL Medici), SMI (SIMB-UIL FP-FEDERAZIONE MEDICI) e SNAMI, composto da n. 37 pagine, viene allegato al presente atto e ne costituisce parte integrante e sostanziale.

### ***Tutto ciò premesso si propone di adottare la seguente Delibera:***

1. Prendere atto che in data 12/02/2016, in sede di Comitato Aziendale MMG, è stato siglato, dal Direttore Generale f.f. e dai rappresentanti delle OO.SS. F.I.M.M.G. (Federazione Medici di Medicina Generale), INTESA SINDACALE (CISL Medici - FP CGIL Medici) , SMI (SIMB-UIL FP-FEDERAZIONE MEDICI) e SNAMI, l'accordo Aziendale MMG/CA avente titolo “**Accordo Aziendale Medicina Generale - Assistenza Primaria – e Continuità Assistenziale anno 2016**”, nel testo qui allegato quale parte integrante, sostanziale ed inscindibile della presente deliberazione, composto da n. 37 pagine;

2. Trasmettere copia del presente atto, per l'esecuzione e per quant'altro di competenza, alle seguenti articolazioni organizzative dell'azienda: Direttori dei Distretti Sanitari, Dirigenti del Servizio Farmaceutico Territoriale, Dirigente del Servizio Prevenzione, Dirigente Formazione del Personale e Sviluppo Risorse, Dirigente Programmazione, Controllo e Sistema Informativo, Dirigenti Servizio Informatico;
3. Dare atto che la spesa complessiva derivante dall'adozione del presente provvedimento, stimata complessivamente in circa 2.900.000,00 di Euro, farà capo all'esercizio economico finanziario 2016 di cui Euro 2.750.000,00 al conto di costo mastro 2700 conto 100 sottoconto 100 ed Euro 150.000,00 al conto di costo mastro 2700 conto 500 sottoconto 110;
4. Dare atto infine, che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione integrale ai sensi delle vigenti normative in tema di riservatezza.

*Il Funzionario Istruttore*  
Resp. P.O. Gestione Giuridica ed Economica  
del Personale Convenzionato  
*Rag. Alfredo Budelli*

*La Dirigente U.O.*  
R.U. Tratt.to economico del Personale Dip.te -  
Gestione Personale Conv.to e Strutture Conv.te  
*Dr.ssa Annalisa Fabbri*

---

# Accordo Aziendale Medicina Generale

## Assistenza Primaria

e

## Continuità Assistenziale

### Anno 2016



Five handwritten signatures in black ink, arranged in two rows. The top row contains three signatures, and the bottom row contains two. The signatures are stylized and cursive.

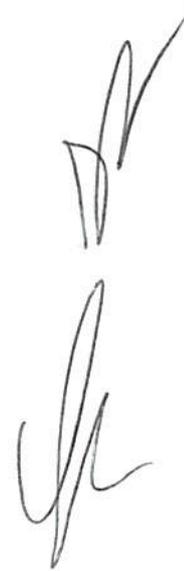
INDICE

<b>PREMESSA Assistenza Primaria</b>	pag. 3
<b>Sezione 1 - Assistenza Primaria - Obiettivi relativi alla quota di € 3,08 ad assistito articolati in:</b>	
1.1 Livelli programmati di spesa	pag. 4
1.2 Obiettivi di governo clinico:	
1.2.1 - progetto TAO	pag. 5
1.2.2 - Progetto Diabete	pag. 6
Finanziamento dei Progetti	pag. 13
<b>Sezione 2 - Assistenza Primaria - Obiettivi relativi alla quota di € 6,00 ad assistito articolati in:</b>	
2.1 Obiettivi di salute:	
2.1.1 - Valutazione del rischio cardiovascolare globale	pag. 14
2.1.2 - Promozione Adesione ai programmi di screening dei tumori	pag. 15
2.2 Obiettivi di appropriatezza:	
2.2.1 - Appropriatazza farmaceutica:	pag. 17
Rispetto dei tetti di spesa programmati	pag. 18
2.2.2 - Appropriatazza farmaceutica:	
Prescrizioni di particolari categorie terapeutiche	pag. 19
2.2.3 - Appropriatazza prescrittiva specialistica	pag. 20
2.3 Campagna vaccinale antinfluenzale	pag. 21
2.3.1 - Campagna Vaccinale Antinfluenzale 2016 – 2017	
Copertura Ultra - 65enni	
<b>Sezione 3 – Assistenza Primaria - Area di miglioramento Organizzativo</b>	pag. 22
Scheda riassuntiva obiettivi	pag. 24
Allegato 1 - Scheda formato dei dati valutazione RCV	pag. 25
Allegato 2 – Istruzioni operative per l’invio dei dati relativi alla Valutazione del RCV globale	pag. 26
Allegato 3 – Istruzioni per l’accesso al portale area dedicata alla verifica dell’adesione allo screening del colon retto	pag. 27
Allegato 4 – Metodologia utilizzata per l’analisi dei dati di prescrizione farmaceutica	pag. 29
<b>Sezione 4 – Continuità assistenziale</b>	
Sezione 4.1 – Obiettivo Governance Clinica e Organizzativa	pag. 30
Sezione 4.2 – Integrazione Assistenza primaria e qualità dell’ Assistenza	pag. 31
Sezione 4.3 – Azioni di qualificazioni della Continuità Assistenziale	pag. 31
Sezione 4.4 – Azioni con le Attività Assistenziali ed i servizi territoriali	pag. 31
Allegato 1/CA – Continuità delle cure in Assistenza domiciliare ed in RSA	pag. 33

FIRME




pag. 36



## PREMESSA – Assistenza Primaria

L'Accordo Aziendale per la Medicina Generale per l'anno 2016, segue quello del terzo anno di rinnovamento strutturale dell'Azienda USL Umbria 1, legato all'accorpamento delle due ex ASL 1 e 2 dell'Umbria ed è improntato, quindi, ad una totale omogeneizzazione di tutti gli aspetti precedentemente diversificati per area. Variazioni potranno avvenire a seguito dell'adozione dell'Accordo Integrativo Regionale, che dovrà indicare le linee di una ridefinizione dei compiti e delle funzioni della Medicina Generale.

L'Accordo rappresenta uno dei pilastri del sistema di programmazione aziendale, perché la MG ha un ruolo sostanziale nel governo clinico della sanità, sia dal punto di vista della promozione della salute e della prevenzione delle malattie sia dal punto di vista dell'appropriatezza, della continuità e dell'integrazione degli interventi clinico-assistenziali, a garanzia della qualità e della sostenibilità dell'attività svolte nell'ambito dell'organizzazione aziendale.

L'Accordo 2016, quindi, è articolato in:

### **Sezione 1 – Assistenza Primaria - Obiettivi relativi alla quota di € 3,08 ad assistito**

- Livelli programmati di spesa.
- Obiettivi di governo clinico:
  - Progetto TAO;
  - Progetto Diabete.

### **Sezione 2 – Assistenza Primaria - Obiettivi relativi alla quota di € 6,00 ad assistito**

- Obiettivi di salute:
  - Valutazione del rischio cardiovascolare globale;
  - Promozione adesione al I livello screening per la prevenzione dei tumori del colon-retto
- Obiettivi di appropriatezza:
  - Appropriatezza farmaceutica: rispetto dei tetti di spesa programmati;
  - Appropriatezza farmaceutica: prescrizione di particolari categorie terapeutiche;
  - Appropriatezza Prescrittiva specialistica.
- Campagna vaccinale antinfluenzale 2016/2017

### **Sezione 3 – Assistenza Primaria - Area di miglioramento organizzativo**

- Potenziamento delle équipe territoriali.

### **Sezione 4 – Continuità Assistenziale**

The image shows five handwritten signatures in black ink, arranged in a loose cluster. The signatures are stylized and vary in length and complexity. One signature on the left is a simple, sweeping stroke. Another in the center is more intricate with multiple loops. To the right, there are two more complex signatures with many loops and flourishes. The fifth signature is a simple, short stroke.

## **SEZIONE 1: ASSISTENZA PRIMARIA - OBIETTIVI RELATIVI ALLA QUOTA DI € 3,08 AD ASSISTITO**

In attuazione a quanto previsto dal Comitato Regionale per la Medicina Generale nella seduta del 14/11/2011, la quota di € 3,08 ad assistito, che rientra nel fondo previsto dal comma 15 lettera B) art. 59, viene erogata sulla base del grado di raggiungimento di obiettivi riferiti a:

- 1) livelli programmati di spesa;
- 2) obiettivi di governo clinico.

### **1.1 – Livelli programmati di spesa**

L'Azienda si impegna a dare applicazione immediata alle direttive regionali riguardanti la definizione del tetto di spesa anno 2016.

Nell'esigenza di avere, comunque, a disposizione, strumenti che permettano di coniugare efficacia ed efficienza nel sistema di gestione, le parti (Azienda e OO.SS.), si impegnano a sollecitare la definizione dell'Accordo regionale nei tempi più rapidi possibili (15/06/2016).

Nel caso in cui tale Accordo non dovesse essere definito entro il termine sopra indicato, le parti (Azienda e OO.SS.), si impegnano a sottoscrivere, entro il 30/06/2016, uno specifico Accordo che fissi a livello Aziendale il tetto programmato di spesa da valere per l'anno 2016.

L'Azienda si impegna altresì, a continuare la corresponsione degli acconti mensili, fino a nuova determinazione Regionale/Aziendale, in ragione del tetto di spesa, del risultato raggiunto nell'anno 2015 e della modulazione stabilita dalla Deliberazione D.G. n.1016 del 28/09/2015.

Tali acconti, con la fissazione del nuovo tetto di spesa anno 2016, verranno rimodulati, attivati o sospesi, a seguito delle verifiche che verranno effettuate nel mese di Settembre 2016. Eventuali conguagli o recuperi riferiti ai risultati a consuntivo anno 2016 verranno effettuati entro il mese di marzo 2017.

L'Azienda, si impegna ad inviare regolarmente o mettere a disposizione per via telematica a ciascun medico convenzionato, entro il secondo mese successivo, il report mensile della propria prescrizione farmaceutica e reports analitici trimestrali, relativi ai primi 60/80 principi attivi in ordine decrescente di spesa.



## 1.2 – Obiettivi di governo clinico

### 1.2.1 PROGETTO TAO – “Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale presso l'ambulatorio di medicina generale”

La gestione del paziente in Terapia Anticoagulante Orale è stata finora garantita attraverso un sistema integrato che coinvolge il Dipartimento di Medicina, il Dipartimento dei Servizi, i Distretti Sanitari e la Struttura complessa Medicina Interna e Vascolare – Stroke Unit dell’Azienda Ospedaliera di Perugia.

La rete dei punti d’accesso è articolata a livello ambulatoriale sia nelle strutture ospedaliere della Azienda USL e dell’Azienda Ospedaliera sia in sedi territoriali.

La gestione del paziente in terapia anticoagulante orale è garantita anche nell’ambito dell’attività ambulatoriale di alcuni Medici di Medicina Generale.

Quest’ultima modalità di gestione è stata assicurata con l’attivazione di un progetto sperimentale che prevedeva la gestione della TAO da parte del MMG, sia con determinazione dell’INR su prelievo venoso effettuato da un laboratorio analisi, sia la gestione diretta e completa su prelievo capillare effettuato mediante strumentazione POC presso l’ambulatorio di Medicina Generale.

Tale organizzazione in rete è in linea con quanto previsto dalle “Linee di indirizzo per il miglioramento della qualità e la sicurezza dei pazienti in terapia antitrombotica” - emanate il 29/04/2010 dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano.

Considerati i buoni risultati conseguiti dalla sperimentazione si ritiene opportuna la progressiva estensione del progetto a tutti gli ambiti territoriali dell’Azienda USL Umbria 1 a seguito del completamento del processo formativo a livello Aziendale.

I medici formati, appartenenti alla forma associativa medicina di gruppo, che hanno già manifestato l’adesione al progetto, potranno seguire i propri assistiti, e quelli dei colleghi in gruppo non formati.

Ai medici inclusi nel progetto, che operano con la modalità (A) - gestione diretta e completa su prelievo capillare effettuato mediante strumentazione POC – è consentita l’effettuazione anche della modalità (B) – determinazione dell’INR su prelievo venoso effettuato da un laboratorio analisi –.

Le modalità operative del progetto sono:

1. La gestione dei pazienti in TAO avviene, di norma, con accesso diretto del paziente presso l’ambulatorio del MMG.
2. Essa comporta la determinazione dell’INR su prelievo capillare effettuato dallo stesso MMG mediante coagulometro portatile. Il medico si impegna ad acquisire a proprio carico sia il coagulometro che le strisce reattive per la determinazione dell’INR e per il controllo dello strumento.
3. I MMG si impegnano ad utilizzare il programma TAONet , nel quale registreranno, ad ogni visita e per ogni paziente, i dati anamnestici ed il valore dell’INR per stampare poi la proposta terapeutica da consegnare al paziente e partecipare al programma di controllo di qualità delle tecnologie utilizzate.
4. I MMG si impegnano ad effettuare mensilmente la rilevazione dei pazienti persi al follow-up e, per essi, la registrazione nel programma TAONet degli eventuali eventi clinici secondo le modalità in uso presso l’Azienda.
5. I MMG dovranno altresì partecipare ai momenti formativi sul TAO organizzati dall’Azienda stessa.
6. Ai MMG con pazienti in trattamento TAO verrà corrisposto un compenso mensile per paziente reclutato di € 23,00 modalità (A) e di € 8,00 modalità (B).



## 1.2.2 PROGETTO DIABETE

La letteratura e le sperimentazioni in atto stanno dimostrando che nella gestione di patologie croniche, perché i pazienti vadano incontro ad una migliore qualità della vita utilizzando meglio i servizi sanitari, è essenziale realizzare:

- una assistenza integrata tra tutti i vari attori/professionisti che intervengono a vario titolo nel percorso;
- un supporto educativo all'autocura e al follow-up.

Questi obiettivi possono essere raggiunti attraverso una gestione attiva delle patologie croniche.

Il diabete è una patologia cronica frequente ed è paradigmatica, in quanto un corretto stile di vita permette di migliorare, in maniera evidente, l'andamento della malattia stessa.

Attualmente, a livello aziendale, è in via di definizione un **percorso assistenziale** rivolto ai pazienti diabetici. Nel percorso viene proposto che i medici di medicina generale possano seguire, in prima persona, i pazienti affetti da diabete di tipo 2 in compenso, con un approccio di tipo attivo. In questo modo la medicina generale si riapproprierebbe della gestione di questa patologia, che negli ultimi anni è stata oggetto di intervento prevalentemente specialistico, con un utilizzo in parte non appropriato del secondo livello assistenziale.

L'indirizzo alla gestione integrata del paziente con diabete mellito di tipo II è sostenuto sia da evidenze di letteratura (cit. progetto IGEA), sia da sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi assistenziali (cit. Expanded Chronic Care Model). Questi orientamenti stanno evidenziando che nelle patologie croniche, ed il diabete è il caso più indicativo, la gestione condivisa del percorso assistenziale tra tutti gli attori ed il paziente, permette a quest'ultimo di assumere un ruolo attivo e di seguire meglio le indicazioni fornite; gli esiti attesi di questo approccio sono il rallentamento della progressione della patologia e un utilizzo più appropriato delle risorse sanitarie (meno ricoveri, meno esami diagnostici, meno accessi allo specialista inappropriati ecc.)

Un approccio di tipo attivo verso tale patologia vuole dire in particolare agire su due livelli:

- relativo ai soggetti a cui è stata già fatta diagnosi di diabete di tipo II e sono stabilizzati;
- rivolto a quei soggetti a maggior rischio di sviluppare tale patologia e che se correttamente informati e supportati possono diminuire o annullare del tutto tale rischio.

Si concorda di avviare, a partire dal 2015, una sperimentazione di medicina di iniziativa per la gestione di pazienti affetti da diabete di tipo II stabilizzato.

### Definizione di caso

*Pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 in controllo metabolico soddisfacente e stabile per età e situazione clinica generale senza o con complicanze iniziali e stabili nel tempo.*

Gli attori della gestione condivisa del percorso sono rappresentati dalle seguenti figure:

1. medico di medicina generale;
2. infermiere del Centro di salute (o, se presente, della medicina di gruppo dei mmg che partecipano);
3. specialista diabetologo;
4. medico del CdS;
5. ecc.

Ogni figura avrà dei compiti ben definiti in particolare:

- il mmg: individua tra i propri assistiti i pazienti eleggibili e li segue nel percorso in quanto responsabile clinico;
- l'infermiere del CdS: accede agli ambulatori dei mmg ed effettua i rilievi dei parametri vitali individuati; fornisce informazioni corrette sugli stili di vita e sulla patologia; partecipa alla formazione integrata;



- lo specialista del Centro Diabetologico: valuta tra i propri casi in carico quelli con le caratteristiche rientranti tra quelli eleggibili e concorda con il mmg il passaggio graduale della sua gestione dal CD all'ambulatorio del mmg; nel caso di nuovi casi effettua la prima diagnosi e indica gli obiettivi, successivamente rinvia il paziente dal proprio medico per la presa in carico (qualora il paziente non presenti complicanze e il controllo glico-metabolico sia soddisfacente); fornisce consulenza al mmg nella ridefinizione degli indirizzi terapeutici, dietetici, comportamentali e nel follow-up delle complicanze; prende in carico il paziente non stabilizzato e lo rinvia al mmg, una volta stabilizzato; partecipa alla formazione integrata;
- il medico del CdS: è il responsabile organizzativo del percorso; garantisce l'accesso del personale infermieristico nella sede della medicina di gruppo; partecipa alla programmazione delle sedute; effettua il monitoraggio, valuta le criticità e propone le azioni di miglioramento della medicina di gruppo che effettua la sperimentazione; partecipa alla formazione integrata.

~~La partecipazione dei Medici di Medicina Generale alla sperimentazione avverrà su base volontaria.~~

**La sperimentazione è aperta a tutte le medicine di gruppo presenti nel territorio dell'Azienda USL Umbria 1. L'Azienda in considerazione delle risorse economiche e di personale infermieristico disponibili per il progetto, sentiti i Direttori dei Distretti, stabilirà modalità che, anche se gradualmente, permetteranno a tutti i medici di partecipare alla sperimentazione. Per tale motivo sarà data priorità a quei gruppi di medici che:**

- 1 condividano i propri archivi di pazienti;
- 2 sia prevista la presenza di una sede principale dove tutti i medici hanno il proprio ambulatorio principale e abbia disponibilità di spazi e orari per accogliere il personale infermieristico ed effettuare le visite dei pazienti che entreranno nel percorso;
- 3 tutti i componenti della medicina di gruppo prendano parte alla sperimentazione;
- 4 garantisca al personale infermieristico l'accessibilità, anche limitata ai soli pazienti eleggibili, ai dati presenti negli archivi dei software gestionali dei mmg;
- 5 sia dotata di un collaboratore di studio.

Se le richieste sono in numero superiore rispetto alla possibilità di soddisfarle la medicina di gruppo verrà individuato sulla base delle seguenti priorità:

- maggior numero di assistiti;
- criterio geografico.

Ogni "gruppo di medici" che verrà individuato dovrà nominare un referente che avrà il compito di interfacciare con il medico del CdS di riferimento e dovrà verificare che tutti i membri del "gruppo" effettuino quanto concordato.

Per questi motivi potrebbe essere utile attivare il percorso partendo da un nucleo forte di medici in medicina di gruppo, perché questa forma prevede la condivisione degli archivi.

Inoltre la gestione dei pazienti individuati dovrà avvenire in maniera condivisa tra tutti gli operatori dei servizi che intervengono attraverso l'adesione al percorso aziendale.

**Quindi, nell'ambito della sperimentazione oggetto dell'Accordo Aziendale, il mmg dovrà:**

- partecipare alla formazione specifica;
- individuare tra i propri assistiti quelli eleggibili (con diabete di tipo II stabilizzato);
- chiedere il consenso ai pazienti individuati fornendo loro le informazioni sul nuovo percorso (in relazione a questo aspetto se a livello regionale saranno definite le modalità di acquisizione del consenso per il Fascicolo Sanitario Elettronico, così come previsto dall'Accordo Integrativo regionale, tale modalità potrà essere utilizzata per l'acquisizione del consenso al percorso di medicina di iniziativa. E' necessario comunque che il mmg informi il proprio assistito sulle modalità previste dal nuovo approccio condiviso);
- stilare l'elenco (es. in allegato) dei propri assistiti che hanno espresso il consenso alla partecipazione;

- inviare l'elenco con le informazioni necessarie dei pazienti eleggibili al responsabile del CdS di riferimento nei tempi prestabiliti;
- concordare con il responsabile del CdS le sedute dedicate da effettuare insieme all'infermiere del CdS (o se disponibile al personale infermieristico di provenienza della medicina di gruppo);
- chiamare a visita, attraverso il proprio personale di segreteria, i pazienti individuati in orari dedicati;
- garantire, al momento della prima visita, la presenza congiunta insieme al personale infermieristico e fornire tutte le informazioni relative a stili di vita, comportamenti alimentari, terapia ecc;
- sulla base dei dati di laboratorio (Hb glicata e fenotipo) programmare la visita e gli esami successivi che il paziente dovrà effettuare;
- a sei mesi dall'avvio della sperimentazione e al termine del primo anno di sperimentazione dovrà rinviare l'elenco dei propri assistiti con indicate le azioni effettuate, sulla base degli indicatori individuati, al Responsabile del CdS di riferimento;
- l'elenco finale inviato servirà a verificare il raggiungimento degli obiettivi individuati.

Si evidenzia che gli obiettivi sono del singolo medico che appartiene alla medicina di gruppo.

### Indicatori

1. prevalenza attesa dei casi presenti con diabete di tipo II (5,5-6%);
2. almeno il 50% dei pz con diabete di tipo II stabilizzato seguiti con il nuovo percorso/ totale dei pazienti diabete di tipo II stabilizzato;
3. effettuazione di Hb glicata in almeno 70 % dei pz entrati nel percorso (almeno 2 esame/anno) nel primo anno di sperimentazione. Nel secondo anno di sperimentazione tale percentuale viene elevato al 90%;
4. registrazione di una microalbuminuria in almeno il 70% dei pazienti in carico negli ultimi 12 mesi;
5. registrazione di una clereance stimata in almeno il 70% dei pazienti in carico negli ultimi 12 mesi.

### Formazione

E' prevista una formazione specifica integrata rivolta agli operatori che parteciperanno alla sperimentazione (mmg, infermieri, medici CdS, specialisti, ecc) che si realizzerà su due livelli:

- un percorso formativo rivolto a fornire contenuti specifici sul nuovo modello organizzativo (CCM)
- un percorso formativo rivolto a fornire contenuti specifici sulla gestione del paziente diabetico (questo percorso dovrà essere realizzato in collaborazione con il personale dei Centri diabetologici)

Nella realizzazione dei corsi formativi saranno coinvolte tutte le figure professionali previste per la sperimentazione.

La formazione dovrà essere realizzata entro il 31 ottobre 2015

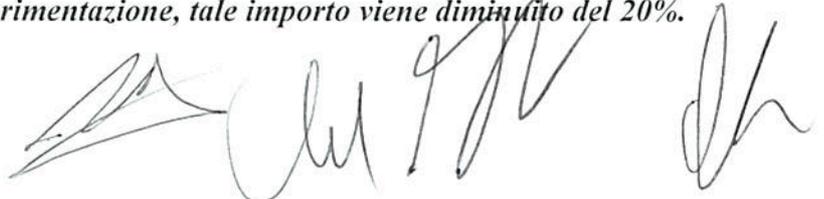
L'obiettivo si intende raggiunto:

- *al 100% qualora almeno l'60% dei pazienti diabetici che hanno dato il consenso sono stati presi in carico e il valore dell'Hb1Ac, effettuata nell'ultimo anno, presenta un valore < 7,5%;*
- *al 70% qualora almeno l'50% dei pazienti diabetici che hanno dato il consenso sono stati presi in carico e il valore dell'Hb1Ac, effettuata nell'ultimo anno, presenta un valore < 7,5%.*

### Compensi

- a. **Obiettivo raggiunto al 100% € 1,00 annuo/assistibile;**
- b. **Obiettivo raggiunto al 70% € 0,70 annuo/assistibile.**

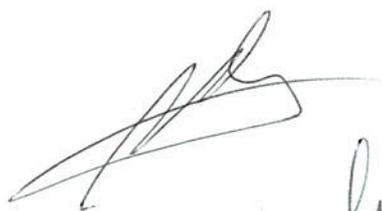
*In relazione alla disponibilità del personale infermieristico se proveniente dal CDS e non dalla stessa medicina di gruppo partecipante alla sperimentazione, tale importo viene diminuito del 20%.*

## Valutazione

La valutazione sarà annuale. L'invio dei dati deve essere effettuato con file in formato compatibile con Microsoft Excel, attraverso il portale di accesso riservato alla MMG. Nel file dovranno essere presenti le informazioni contenute nella "scheda progetto diabete" e l'invio dovrà avvenire entro il **31 gennaio 2017**.

---



**PERCORSO SCHEMATICO**

*dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 in controllo metabolico soddisfacente e stabile per età e situazione clinica generale senza o con complicanze iniziali e stabili nel tempo.*

FASI	ATTIVITÀ	ATTORI	STRUMENTI	note
<b>RECLUTAMENTO</b>				
	individuare eleggibili (criteri sulla base del percorso aziendale)	mmg	elenco	
	chiedere consenso	mmg	Utilizzo modello consenso	
	Inviare elenco eleggibili al Resp. CDS	mmg	elenco	
	Programmazione accessi	Mmg/Resp. CDS/infermiere	Piano programmazione sedute	
	chiamare a visita i pz individuati	ass. studio	elenco	
<b>PRIMO ACCESSO</b>				
	Visita congiunta MMG e infermiere			
	determinazione parametri (percorso aziendale)	infermiere	Ceck list	
	informazioni sugli stili vita, utilizzo glucometro, ecc (percorso aziendale)	infermiere	Ceck list	
	Trasferimento delle informazioni al mmg	infermiere	Trascrizione dati parametri rilevati su supporto cartaceo o, ove possibile, direttamente sul software gestionale mmg	
	programmazione visita e esami successivi (tempistica sulla base del percorso aziendale)	MMG	pianificazione	
	Valutazione andamento percorso al termine "primo giro" dei primi accessi dei pz individuati	Resp. CdS riferimento	Riunione con il referente medicina di gruppo	
	Eventuali azioni correttive	Mmg/Resp. CDS/infermiere	Riunione con il referente medicina di gruppo con stesura verbale	
<b>ACCESSI SUCCESSIVI</b>				
	Rinforzo informazioni stili di vita, utilizzo glucometro, ecc	infermiere	Ceck list	
	Determinazione parametri	infermiere	Ceck list	
	programmazione visita e esami successivi (tempistica sulla base del percorso aziendale)	MMG	pianificazione	
<b>PAZ. NON STABILE</b>				
	Invio del pz al Centro Diabetologico con tutte le informazioni ritenute necessarie (percorso aziendale)	MMG	Richiesta e relazione situazione sanitaria	
	visita ed eventuali ulteriori accertamenti (percorso aziendale)	Specialista CD	valutazione	
	revisione piano di cura	Specialista CD	relazione	
	Rinvio del pz nuovamente stabilizzato al mmg (percorso aziendale)	Specialista CD	relazione	
	Nuova presa in carico (percorso aziendale)	MMG	colloquio	
<b>VERIFICA ANNUALE</b>				
	valutazione azioni, indicatori ecc	MMG e infermiere		
	Invio elenco pz al resp. CDS riferimento	MMG	Produzione elenco	
	Valutazione raggiungimento obiettivi	Resp. CdS riferimento	Esame dati	

## Scheda progetto diabete

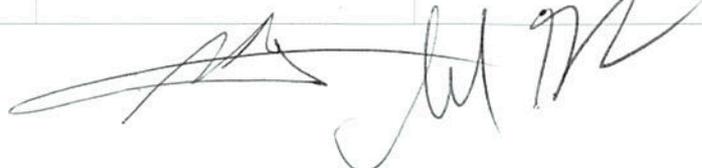
1. Cognome
2. Nome
3. Sesso
4. Nascita
5. C.F.
6. Età
7. telefono
8. consenso
9. Data I visita
10. data glicemia
11. valore glicemia

---

12. data effettuazione Hb1Ac
13. valore Hb1Ac
14. esame urine
15. valore pressione arteriosa
16. valore frequenza cardiaca
17. valore circonferenza addominale
18. valore BMI
19. Informazione stili di vita
20. Informazioni utilizzo glucometro
21. corretta assunzione farmaci
22. Ispezione del piede
23. Data II visita
24. data glicemia
25. valore glicemia
26. data effettuazione Hb1Ac
27. valore Hb1Ac
28. esame urine
29. valore pressione arteriosa
30. valore frequenza cardiaca
31. valore circonferenza addominale
32. Valore BMI
33. Informazione stili di vita
34. Informazioni utilizzo glucometro
35. corretta assunzione farmaci
36. Ispezione del piede
37. Data visita annuale
38. valore Colesterolemia tot
39. valore Colesterolemia HDL
40. valore Colesterolemia LDL
41. valore Trigliceridi
42. Valore microalbuminuria
43. valore creatinina
44. valore clearance creatinemia
45. funzionalità epatica
46. ECG
47. data effettuazione ECG
48. vaccinazione pneumococcica
49. vaccinazione antinfluenzale
50. data palpazione polsi femorali periferici
51. data Indice di winsor



Azioni	tempistica	Note
Costituzione gruppo di progetto aziendale coordinato dal Direttore Sanitario o suo delegato	Entro 28 febbraio 2015	Composto dalle varie figure professionali
Condivisione proposta percorso aziendale diabete	Entro il 31 maggio 2015	Incontro tra il gruppo di progetto sperimentale e gruppo di lavoro percorso aziendale
Individuazione delle medicine di gruppo partecipanti alla sperimentazione	Entro il 31 marzo 2015	La partecipazione delle medicine di gruppo è su base volontaria
Individuazione dei referenti delle medicine di gruppo	Entro il 15 aprile 2015	Tra i referenti dovrà essere individuato un referente per distretto che andrà a comporre il gruppo di progetto aziendale
Individuazione degli operatori (medici CdS, infermieri CdS, specialisti, ecc) sulla base del criterio territoriale delle medicine di gruppo partecipanti.	Entro il 30 giugno 2015	
Formazione integrata di tutto il personale individuato	Entro il 30 giugno realizzazione prima giornata formativa Entro il 15 ottobre realizzazione secondo corso formativo	La formazione dovrà avvenire in modo integrato tra tutte le figure partecipanti alla sperimentazione
I mmg partecipanti alla sperimentazione individuano i pazienti eleggibili e chiedono il loro consenso	Entro il 30 settembre 2015	
Consegna degli elenchi con i pazienti eleggibili al Resp. CdS di riferimento	Entro il 30 settembre 2015	
Definizione delle sedute dedicate nelle medicine di gruppo sulla base della numerosità dei pazienti coinvolti	Entro il 31 ottobre 2015	
Avvio sedute dedicate	Entro il 30 novembre 2015	
Invio I elenco visite effettuate	Entro 6 mesi dall'avvio (31 maggio 2016)	Primo monitoraggio a distanza di 6 mesi dall'avvio della sperimentazione
Invio elenco attività primo anno	30 novembre 2016	Valutazione del primo anno di sperimentazione
Presentazione dati sperimentazione	Entro il 28 febbraio 2017	


## **FINANZIAMENTO DEI PROGETTI**

I progetti: “*Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale presso l’ambulatorio di medicina generale*” e “*Progetto diabete 2016*” e “*Implementazione attività in ADF*” vengono finanziati con le risorse rese disponibili, dal fondo 2015 (€ 3,08 annuo/assistito Art. 59 lettera b) comma 15 dell’ACN 25/03/2005 e s.m.i.) costituito e finalizzato al raggiungimento dell’obiettivo riguardante il rispetto dei livelli programmati di spesa e governo clinico (allegato 1, lettera F dell’Accordo decentrato Regionale di cui alla D.G.R. n. 1653/2006).

---



Five handwritten signatures in black ink, arranged horizontally across the bottom of the page. The signatures are stylized and vary in length and complexity.

## **2.1 - OBIETTIVI DI SALUTE**

### **Premessa**

Le parti concordano di destinare il 5% della quota dei 6,00 Euro alla Continuità Assistenziale. Tale quota sarà destinata a finanziare la formazione professionale e la realizzazione di un progetto volto a garantire da parte dei medici di continuità assistenziale la presa in carico di casi complessi, seguiti in assistenza domiciliare, su indicazione dei medici di medicina generale.

### **2.1.1 Valutazione del rischio cardiovascolare globale**

La valutazione e la gestione del rischio cardiovascolare globale rappresenta una delle priorità che l'accordo decentrato regionale individua fra gli obiettivi assistenziali, in quanto la stima del rischio cardiovascolare globale degli assistiti consente di orientare i trattamenti con il miglior rapporto costo-beneficio ed una azione di counselling nei confronti di rischi comportamentali.

Gli obiettivi incentivanti sotto riportati sono stati definiti con la finalità di promuovere da parte dei MMG la raccolta e l'utilizzo sistematico di dati necessari a gestire un intervento di prevenzione secondaria d'iniziativa. La registrazione su supporto informatico dei dati rende, infatti, praticabile una efficiente programmazione di controlli periodici su pazienti a rischio noto.

L'elenco completo dei parametri oggetto di rilevazione è riportato nell'allegato 1.

#### **– valutazione del rischio cardiovascolare globale negli ipertesi**

peso = 8

Nei pazienti ipertesi saranno raccolti i dati necessari alla valutazione del rischio cardiovascolare globale e dovranno essere raccolte le informazioni aggiuntive, come da scheda tecnica in **Allegato 1**, la cui discussione con l'assistito costituisce l'avvio del counselling e del percorso per l'appropriata gestione dei fattori di rischio cardiovascolare e di sviluppo della malattia renale cronica.

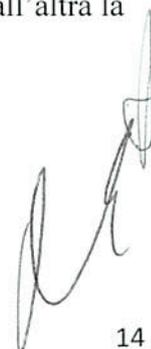
L'obiettivo si intende raggiunto:

- **al 100%** qualora per almeno il 70% dei pazienti ipertesi in trattamento farmacologico **in età compresa tra 40 e 69 anni** verranno raccolti l'80% dei dati necessari alla valutazione del RCVG e delle informazioni aggiuntive, con l'inclusione dei parametri necessari per la valutazione del rischio per questi pazienti di sviluppare la malattia renale;
- **al 70%** qualora per almeno il 70% dei pazienti ipertesi in trattamento farmacologico **in età compresa tra 40 e 69 anni** verranno raccolti il 50% dei dati necessari alla valutazione del RCVG e delle informazioni aggiuntive, con l'inclusione dei parametri necessari per la valutazione del rischio per questi pazienti di sviluppare la malattia renale.

#### **– valutazione del rischio cardiovascolare globale nei diabetici**

peso = 8

Nei pazienti diabetici saranno raccolti i dati necessari alla valutazione del rischio cardiovascolare globale e dovranno essere raccolte le informazioni aggiuntive, come da scheda tecnica in **Allegato 1**, la cui discussione con l'assistito costituisce da una parte l'avvio del counselling e dall'altra la garanzia di un appropriato follow-up del paziente diabetico.



L'obiettivo si intende raggiunto:

- **al 100%** qualora per almeno l'80% dei pazienti diabetici in trattamento farmacologico **in età compresa tra 40 e 69 anni** verranno raccolti l'80% dei dati necessari alla valutazione del RCVG e delle informazioni aggiuntive, con l'inclusione dei parametri necessari per la valutazione del rischio per questi pazienti di sviluppare la malattia renale;
- **al 70%** qualora per almeno l'80% dei pazienti diabetici in trattamento farmacologico **in età compresa tra 40 e 69 anni** verranno raccolti il 50% dei dati necessari alla valutazione del RCVG e delle informazioni aggiuntive, con l'inclusione dei parametri necessari per la valutazione del rischio per questi pazienti di sviluppare la malattia renale.

La valutazione sarà annuale. L'invio dei dati deve essere effettuato con file in formato compatibile con Microsoft Excel, attraverso il portale di accesso riservato alla MMG e dovrà avvenire entro il **31 marzo 2017**, secondo le istruzioni operative previste dall'**allegato 2**.

## 2.1.2 Promozione adesione ai programmi di screening dei tumori

Riguardo ai programmi regionali di screening va ricordato che:

- l'adesione allo screening colon rettale raggiunta dall'Azienda USL Umbria 1 nei round precedenti è in linea con la gran parte dei programmi nazionali, ma ha mostrato soltanto una lieve tendenza alla crescita, malgrado l'attivazione dei MMG anche tramite l'uso del portale;
- l'adesione allo screening citologico è tra le più alte in Italia e va soprattutto sostenuta in questa fase di importanti cambiamenti nel software di gestione, nelle strategie di screening; nella percezione da parte della popolazione associata all'avvio della vaccinazione anti-HPV.

Malgrado i risultati apprezzabili conseguiti nel confronto infraregionale ed interregionale quindi la performance aziendale deve essere ulteriormente migliorata per perseguire i risultati di salute attesi in termini di riduzione della incidenza e della mortalità per i tumori specifici.

peso = 14

### 2.1.2.1. Screening del carcinoma del colon retto

È necessario in particolare promuovere l'adesione allo screening del carcinoma del colon retto in tutti quei soggetti che non conoscono il loro stato di rischio perché non hanno mai aderito ai programmi di screening o perché non hanno risposto con regolarità ai diversi round di reinvio.

In tal senso il ruolo attivo e competente del MMG è essenziale, per verificare e sollecitare l'adesione da parte dei propri assistiti, oltre che per favorire l'adesione ai successivi controlli clinici e l'esecuzione di tutte le procedure per l'approfondimento diagnostico e l'eventuale trattamento della patologia neoplastica precocemente individuata.

Per la diagnosi precoce del carcinoma del colon retto nel round di screening 2016-2017 sono invitati ad aderire tutti i cittadini di 50-74 anni, secondo criteri legati all'età dell'assistito e alla scadenza biennale dell'eventuale precedente esame di screening.

Gli inviti saranno riferiti al periodo 2016-2017 (inizio 1.01.2016 e conclusione 31.12.2017) con verifiche di adesione trimestrali e con una verifica finale nel I° semestre 2018.

In considerazione della durata biennale del round 2016-2017, la verifica del raggiungimento dell'obiettivo verrà effettuata alla fine del I° semestre 2018 e conseguentemente, verranno poste in liquidazione le competenze, spettanti ai medici interessati, con la mensilità di cassa Settembre 2018.



### 2.1.2.1.1 Adesione al I livello di screening

L'obiettivo di adesione al I livello si intende raggiunto:

- **al 100%** qualora una percentuale  $\geq 57\%$  degli invitati avrà aderito al I livello di screening (esame FOBT), includendo anche le partecipazioni spontanee;
- **al 70%** qualora una percentuale  $\geq 53\%$  e  $< 57\%$  degli invitati avrà aderito I livello di screening (esame FOBT), includendo anche le partecipazioni spontanee;
- **al 50%** qualora una percentuale  $\geq 50\%$  e  $< 53\%$  degli invitati avrà aderito I livello di screening (esame FOBT), includendo anche le partecipazioni spontanee.

Per facilitare l'intervento attivo di rinforzo e monitoraggio da parte del MMG e favorire il raggiungimento dell'obiettivo previsto a livello regionale, lo stato dell'adesione allo screening sopra citato sarà resa disponibile e consultabile da parte di ciascun medico nel portale MMG ad accesso riservato, in cui è stata creata una sezione dedicata.

Le istruzioni per l'accesso a tale sezione sono riportate nell'allegato 3.



### Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica

Per il perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, potenziamento della qualità e al tempo stesso razionalizzazione della prescrizione si individua come criterio guida l'adozione di comportamenti prescrittivi basati sulle più accreditate evidenze scientifiche. Ci si propone in questo modo di ottenere, da un lato, una ulteriore riduzione delle terapie inappropriate e, dall'altro, un incremento delle terapie utili e raccomandate, con particolare riferimento alla prevenzione delle malattie croniche e segnatamente di quelle cardiovascolari, qualora le modifiche degli stili di vita risultino inadeguate.

Si ritiene, altresì, che, in linea generale e fatta salva la libertà prescrittiva e l'autonomia di giudizio del Medico nei confronti del singolo paziente e rispetto a particolari situazioni cliniche, sia opportuno che, in caso di pari efficacia, tollerabilità e sicurezza, venga preferito l'impiego dei farmaci a più basso costo tutto ciò anche in considerazione di quanto previsto dall'art.15, comma 11bis, del D.L.95 del 06/07/2012 convertito con modificazioni in L.135 del 07/08/2012, dalla L.122 del 30/07/2010, D.G.R. n.799 del 15/07/2013 e D.G.R. n.748 del 28.05.2015.

La regolare disponibilità di idonea reportistica sulla prescrizione farmaceutica riguardo al singolo MMG e all'equipe, nonché il confronto con la media aziendale potranno fornire la necessaria base conoscitiva per un processo di autoanalisi dei comportamenti prescrittivi, sia da parte del singolo prescrittore che nell'ambito dell'equipe, e di autovalutazione allo scopo di individuare eventuali aree di inappropriatezza rispetto alle prove di efficacia fornite dalla letteratura scientifica.

L'autoanalisi e la revisione tra pari nell'ambito delle equipe potrà favorire anche lo sviluppo di riflessioni e valutazioni circa la notevole variabilità prescrittiva che si evidenzia rispetto all'impiego di alcune importanti categorie terapeutiche, tra i vari MMG anche all'interno della stessa equipe.

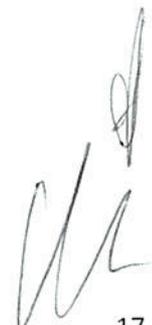
A questa fase potrà seguire, sempre nell'ottica di un percorso di autovalutazione e confronto tra pari, un adeguamento dei comportamenti prescrittivi alle migliori evidenze.

In riferimento ad aree terapeutiche di particolare rilievo, si conferma la necessità di procedere attraverso l'individuazione da parte delle equipe territoriali di aree di inappropriatezza prescrittiva e proposta di soluzioni con particolare riferimento a:

- appropriatezza e compliance nella gestione del rischio cardiovascolare;
- aderenza alle note AIFA nell'impiego dei farmaci soggetti a note;
- rispetto delle indicazioni terapeutiche autorizzate

In considerazione del favorevole rapporto costo-efficacia dei farmaci a brevetto scaduto, che sono attualmente disponibili nell'ambito delle più importanti categorie terapeutiche destinate al trattamento di rilevanti e diffuse patologie, e del significativo contributo che l'impiego di tali farmaci può fornire al mantenimento della sostenibilità economica della spesa farmaceutica, si individua, tra gli altri, come indicatore del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, l'incremento dell'utilizzo di tali farmaci con particolare riguardo ad alcune categorie terapeutiche .

Vengono previsti pertanto obiettivi generali, relativi al rispetto dei tetti di spesa programmati e obiettivi specifici, riguardanti alcune aree terapeutiche di particolare rilevanza.



## 2.2.1 Obiettivo appropriatezza farmaceutica: rispetto dei tetti di spesa programmati

Premesso che l'articolo 15 del D.L. 95 del 6 luglio 2012, convertito con modifiche dalla Legge 135 del 7 agosto 2012, prevede il tetto della farmaceutica territoriale a carico del SSN pari all' 11,35 % e che la Regione Umbria ha emanato con Deliberazione n .1250 del 29/10/2015 gli " *Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2016*", tenuto conto dei dati a consuntivo 2015, e precisando che **per l'anno 2016** l'obiettivo aziendale della spesa farmaceutica è al netto dell'ossigeno terapeutico e degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA, si conviene un importo **pari a € 160,00** per l'obiettivo aziendale di spesa pro capite pesata annua, il suddetto parametro potrà essere modificato, in sede di Comitato Aziendale, nel caso di aggiornamenti nazionali/regionali.

Si precisa pertanto che:

peso = 35

- a) I medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, abbiano conseguito livelli di spesa pro capite pesata aziendale annua, al netto dell'ossigeno terapeutico e della quota di compartecipazione a carico dell'assistito, **<= €160,00** beneficeranno al **100%** della quota di incentivo destinato all'obiettivo specifico;
- b) I medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, abbiano conseguito livelli di spesa pro capite pesata aziendale annua **non superiore al 3% del tetto di spesa sopra indicato**, al netto della quota di compartecipazione a carico dell'assistito e dell'ossigeno terapeutico, beneficeranno al **70%** della quota di incentivo destinato all'obiettivo specifico;
- c) I medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, abbiano conseguito livelli di spesa pro capite pesata aziendale annua **entro il limite del 3% del tetto indicato al punto b)**, al netto della quota di compartecipazione a carico dell'assistito e dell'ossigeno terapeutico, beneficeranno al **50%** della quota di incentivo destinato all'obiettivo specifico.

Per i MMG che abbiano un numero limitato di assistiti (**non più di 500**) che registrino il superamento dei tetti di spesa programmata di cui ai punti a), b) e c) entro un limite massimo del 5%, si potrà procedere all'erogazione della corrispondente quota incentivante, qualora la percentuale di assistibili ultrasessantacinquenni superi di oltre il 5% la media aziendale.



## 2.2.2 Prescrizione di particolari categorie farmaceutiche

- **Percentuale delle confezioni di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle confezioni erogate delle sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina (Codice ATC C09);**

peso = 10

Si conviene di stabilire, per l'anno 2016, salvo diverse indicazioni regionali, quanto segue:

- a) I medici che a seguito di valutazione abbiano conseguito una percentuale di confezioni di farmaci a brevetto scaduto, per questo gruppo terapeutico,  $\geq 88\% \leq 90\%$  beneficeranno del **50%** della quota di incentivo destinato all'obiettivo specifico;
- b) I medici che a seguito di valutazione abbiano conseguito una percentuale di confezioni di farmaci a brevetto scaduto, per questo gruppo terapeutico,  $>90\%$  beneficeranno del **100%** della quota di incentivo destinato all'obiettivo specifico.

Si precisa inoltre che a seguito delle incertezze che riguardano le prossime scadenze brevettuali di principi attivi ricompresi nelle categorie terapeutiche sopraindicate, non sarà in questa sede considerata l'incidenza percentuale legata alle eventuali scadenze brevettuali del 2016.

Si conviene, quindi, di fissare ulteriori incrementi percentuali dei generici/equivalenti per ciascuna categoria terapeutica, soltanto successivamente all'effettivo inserimento del singolo principio attivo nella lista di trasparenza dell'AIFA.

Si concorda, comunque, che il calcolo avverrà soltanto sulla base dell'incidenza percentuale di quel principio attivo nell'anno 2016 e in proporzione al numero di mesi.

- **Obiettivo di spesa pro capite pesata per la categoria terapeutica degli inibitori di pompa protonica (Codice ATC A02BC):**

peso = 10

Si concorda per l'anno 2016 il raggiungimento dell'obiettivo per i medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, abbiano conseguito livelli di spesa pro capite pesata annua  $\leq \text{€}11,51$ . (salvo diverse indicazioni Regionali)

- **Obiettivo sistema respiratorio (Codice ATC R):**

peso = 10

Si concorda, per l'anno 2016, di considerare l'obiettivo raggiunto qualora sussista uno dei seguenti requisiti:

- a. Adesione completa all'audit "Gestione appropriata di pazienti affetti da BPCO";
- b. Conseguimento di livelli di spesa pro capite pesata annua individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta,  $\leq \text{€}13,65$  (salvo diverse indicazioni Regionali).

La valutazione rispetto al raggiungimento dell'obiettivo dovrà essere comunicata al Servizio Convenzioni – Ufficio trattamento economico personale convenzionato - come segue:

- 1) dai Responsabili dei Distretti Aziendali per quanto riguarda il punto a. (comunicare annualmente, i nominativi dei MMG partecipanti all'audit);
- 2) dai Responsabili del Servizio Farmaceutico Territoriale, per quanto riguarda il punto b. (comunicare i livelli di spesa raggiunti).

La metodologia utilizzata per l'analisi dei dati è specificata nell'Allegato 4.

I medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, abbiano conseguito livelli di spesa pro capite pesata aziendale annua ( punto 2.2.1) pari a **€ 159,00** (importo inferiore a € 1,00 al tetto di spesa pro capite pesata), hanno diritto alla corresponsione del 50% degli obiettivi relativi alla prescrizione di particolari categorie terapeutiche ( punto 2.2.2), qualora quest'ultimi non fossero raggiunti.

### 2.2.3 Appropriata Prescrittiva Specialistica

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento considerevole di richieste e di effettuazioni di esami specialistici. Questo andamento è sicuramente uno dei fattori che contribuisce all'aumento dei tempi di attesa. I dati della letteratura ci indicano che molti degli esami richiesti risultano essere inappropriati, i dati variano dal 30 al 50% a seconda della tipologia dell'esame. Abbiamo al momento un deficit conoscitivo della nostra realtà professionale e conosciamo solo l'epifenomeno rappresentato dall'aumento delle liste di attesa.

Contestualmente la stessa letteratura indica che per migliorare la conoscenza dei professionisti coinvolti, la metodologia dell'Audit risulta essere tra quelle che consente un perfezionamento della qualità dell'agire del professionista sanitario.

E' interesse dell'Azienda USL Umbria 1 migliorare la qualità dei comportamenti dei professionisti che vi operano. Per tale motivo si concorda di avviare un percorso di audit che, coinvolgendo anche la medicina generale, permetta di conoscere il fenomeno dell'inappropriatezza prescrittiva specialistica identificando le più frequenti indicazioni inappropriate e le principali categorie di prescrittori inappropriati.

Per tale motivo si concorda che nel secondo semestre 2016, verrà avviato un percorso di audit rivolto specificatamente alla conoscenza del fenomeno dell'inappropriatezza prescrittiva e alla individuazione delle azioni da mettere in atto.

Vengono individuati i seguenti esami ritenuti a maggiore criticità sulla base dell'analisi dei tempi di attesa: colonscopia, gastroscopia, elettromiografia, doppler TSA, TSH Reflex e PSA Reflex.

Si costituisce un gruppo di progetto entro il mese di luglio 2016. Nel gruppo di progetto saranno presenti rappresentanti della medicina generale e rappresentanti aziendali. Il gruppo avrà l'obiettivo di elaborare una proposta di audit per misurare l'appropriatezza prescrittiva.

Entro il 31 agosto 2016 dovrà essere elaborata e presentata tale proposta.

Nel periodo compreso tra settembre e novembre 2016 (3 mesi) verrà effettuata la rilevazione sulla base di quanto indicato nella proposta.

Nel mese di dicembre 2016 verranno analizzati ed elaborati i dati che verranno presentati nel mese di gennaio 2017.

I dati dovranno permettere di individuare le criticità relative all'inappropriatezza prescrittiva.

Il 2017 sarà rivolto all'effettuazione di un audit integrato tra la medicina generale e gli specialisti interessati per migliorare l'appropriatezza del ricorso all'indagine specialistica.



**2.3.1 Campagna Vaccinale Antinfluenzale 2016/2017**  
**Copertura ultrasessantacinquenni**

peso = 5

Gli obiettivi riguardanti la campagna vaccinazioni antinfluenzale **2016/2017** ed in particolare, quelli relativi alla copertura vaccinale della popolazione ultra-65enne saranno definiti con specifico Accordo Regionale.

Nel caso in cui tale Accordo non dovesse essere definito entro il 15/09/2016, le parti (Azienda e OO.SS.), si impegnano a definire e sottoscrivere, entro il 30/09/2016, uno specifico Accordo a livello aziendale.

---


Nelle more della definizione, nell'ambito dell'accordo regionale, degli aspetti organizzativi e normativi delle forme associative dell'assistenza primaria in coerenza con quanto stabilito dagli AA.CC.NN. del 29/07/2009 e del 08/07/2010, si confermano gli obiettivi relativi al potenziamento delle équipe territoriali e al coordinamento dei Nuclei di Cure Primarie dei MMG.

### **3.1 Potenziamento delle équipe territoriali**

#### **3.1.1 Partecipazione alle riunioni di nucleo/equipe**

La partecipazione alle riunioni di nucleo/equipe favorisce la realizzazione delle forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori, per il conseguimento degli obiettivi e dei progetti assistenziali di livello regionale e aziendale.

Al fine di consentire lo **svolgimento delle riunioni** in orari compatibili con le attività dei servizi e dei professionisti viene stabilita a livello distrettuale una fascia oraria di tre ore da dedicare alle riunioni di équipe.

Per i medici di assistenza primaria la quota fissa capitaria di ponderazione (art. 59 lett. A commi 6 e 7) di euro **3,08/annui** per assistito, pari ad euro **0,2567/mensile** per assistito, viene erogata mensilmente ai medici che hanno partecipato alla prevista riunione di équipe.

La corresponsione degli acconti mensili, viene confermata previa verifica positiva del livello di partecipazione alle riunioni, da effettuarsi con cadenza trimestrale.

*L'elenco dei medici che non hanno partecipato alla prevista riunione mensile, certificata dal responsabile del Centro di Salute e dal coordinatore del nucleo di équipe di appartenenza, verrà trasmesso mensilmente, entro il quinto giorno del mese successivo, dalla Direzione del Distretto di riferimento, all'Ufficio trattamento economico personale convenzionato.*

Entro il primo trimestre dell'anno successivo, si provvederà ad effettuare gli eventuali recuperi e/o conguagli, in funzione del grado di partecipazione alle riunioni (11 riunioni/anno) calcolate su base annua come di seguito indicato:

- |   |                        |                         |
|---|------------------------|-------------------------|
| 1. Partecipaz. riunioni di équipe in misura => <b>75%</b>           | (n. $\geq$ 8 presenze) | indennità <b>100%</b> ; |
| 2. Partecipaz. riunioni di équipe in misura => <b>50% &lt;= 75%</b> | (n. 6/7 presenze)      | indennità <b>50%</b> ;  |
| 3. Partecipaz. riunioni di équipe in misura < <b>50%</b>            | (< 6 presenze)         | indennità <b>0</b>      |

La partecipazione può essere delegata ad un sostituto in non più del 25% (n.2) delle riunioni su base annua. Il sostituto può essere incaricato qualora il medico di medicina generale abbia attivato l'istituto previsto dall'Art. 37 dell'A.C.N. (Sostituzioni).

Coloro che operano in medicina di gruppo, potranno delegare, sempre in non più del 25% (n.2) delle riunioni su base annua, un medico facente parte del gruppo stesso.

#### **3.1.2 Ruolo e le funzione del coordinatore di nucleo**

Il ruolo e le funzione del coordinatore di nucleo, in stretta interazione con responsabile del Centro di Salute e Direttore di Distretto vengono rafforzate e ulteriormente specificate, così come segue:

**c. formulazione del programma annuale** di attività per la qualificazione della domanda assistenziale, d'intesa con il responsabile del centro di salute e, ovviamente, con i colleghi facenti parte dell'équipe;



- d. **coordinamento della attività** di audit strutturato, del lavoro dei gruppi e della gestione delle riunioni;
  - e. **redazione periodica della relazione** della attività delle equipe con pertinenti indicatori di struttura processo ed esito.
- La retribuzione di funzione destinata a remunerare la funzione di coordinatore è pari a € 180,00 mensili.
- 



obiettivo	Indicatore	standard	% raggiungimento	peso
<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>				
Valutazione RCV ipertesi	% ipertesi in trattamento 40-69aa con valutazione RCV e informazioni aggiuntive registrate su supporto informatizzato	> 70% dei pazienti con almeno l'80% dei dati indicati nell'Allegato 1	100%	8
		>70% dei pazienti con almeno il 50% dei dati indicati nell'Allegato 1	70%	
Valutazione RCV diabetici	% diabetici in trattamento 40-69aa con valutazione RCV e informazioni aggiuntive registrate su supporto informatizzato	> 80% dei pazienti con almeno l'80% dei dati indicati nell'Allegato 1	100%	8
		>80% dei pazienti con almeno il 50% dei dati indicati nell'Allegato 1	70%	
Screening dei tumori	% di invitati che aderisce al I livello dello screening del colon retto (FOBT)	>57%	100%	14
		53-57%	70%	
		>50%	50%	
<b>OBIETTIVI DI APPROPRIATEZZA</b>				
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Spesa Pro Capite Pesata	1°Liv.: ≤ € 160,00	100%	35
		2°Liv. Scostamento max 3% rispetto 1°Liv.	70%	
		3°Liv. Scostamento max 3% rispetto 2°Liv.	50%	
	Percentuale confezioni principi attivi a brevetto scaduto classe ATC C09 (sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina) sul totale confezioni della classe ATC C09	≥ 88 e ≤ 90% sul totale delle sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina prescritte (codice ATC C09)	50%	10
		> 90% sul totale delle sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina prescritte (codice ATC C09)	100%	
	Spesa pro capite pesata per la categoria terapeutica degli inibitori di pompa protonica (ATC A02BC)	≤ € 11,51	100%	10
	Spesa pro capite pesata per i farmaci del sistema respiratorio (ATC R)	≤ € 13,65	100%	10
Adesione da parte dei MMG all'audit per la "Gestione appropriata di pazienti affetti da BPCO"	Percorso completo			
Vaccinazione antinfluenzale	% di assistibili in età > a 65aa sottoposti a vaccinazione antinfluenzale documentata su supporto informatizzato	Da definire con apposito specifico Accordo Regionale		5



## Istruzioni operative per l'invio dei dati relativi alla Valutazione del Rischio Cardiovascolare Globale

Per rendere semplice, ripetibile ed efficiente l'analisi dei dati e per evitare errori che invaliderebbero il lavoro svolto, i medici sono pregati di seguire scrupolosamente le istruzioni di seguito riportate.

### Modalità di invio dei dati

I dati relativi al progetto Diabete e alla Valutazione del rischio cardiovascolare globale devono **obbligatoriamente** essere inviati utilizzando il **formato Excel** contenente i campi riportati nelle schede in allegato.

Se non si dispone del software commerciale Microsoft Excel è possibile utilizzare il programma "*Calc*" contenuto nel **pacchetto gratuito Open Office**. Tale software è liberamente scaricabile dal sito <http://it.openoffice.org/download/> ed è del tutto compatibile con Excel.

### Specifiche per estrazioni automatiche dei dati

Se vengono utilizzati **programmi di estrazione automatica** dei dati dall'archivio del proprio software di gestione dello studio medico è permesso l'uso di file diversi da quelli inviati dalla Direzione **purché l'ordine dei campi estratti sia esattamente lo stesso dell'allegato**.

**N.B.:** non è richiesta l'estrazione di dati relativi a campi non presenti nel tracciato record originale (es. nome e cognome) né l'inserimento nelle prime righe di informazioni relative al medico o di riepilogo dei dati presentati.

### Formato dei dati

Deve essere sempre rispettato il formato richiesto per i dati. Ad esempio, per il campo denominato "*Stato di diabete noto*" è richiesto il formato Sì/No per cui non è consentito riempirlo con X, 0, 1, S, N o altre modalità. **Se un campo in formato Sì/No risulta vuoto viene interpretato come No.**

E' inoltre necessario assicurarsi che il formato *data* sia quello richiesto, in quanto alcuni programmi effettuano una estrazione con formato data anglosassone.

Per quanto riguarda i valori lipemici, i dati inviato possono essere relativi ad una misurazione effettuata entro i due anni precedenti all'epoca di invio dei dati – così come previsto dalla linee guida e, quindi, non necessariamente dell'anno in corso.



## Istruzioni per l'accesso al portale <https://medici.uslumbria1.it> area dedicata alla verifica dell'adesione allo screening del colon retto

### MONITORAGGIO FOBT

Questa guida specifica l'utilizzo delle schermate che permettono di monitorare gli esami fobt. Per prima cosa una volta loggati con codice medico e password, cliccare a lato sinistro sul menù arancione, scegliendo la voce "Monitoraggio FOBT"

A questo punto si può localizzare in alto un form di inserimento di filtri che permettono di ridurre i risultati della ricerca:

#### MONITORAGGIO ESAMI FOBT

CODICE FISCALE:  \*

Cognome:  \*

Nome:  \*

Di default vengono visualizzati tutti gli assistiti appartenenti al medico di login.

I risultati della ricerca sono ordinati per codice fiscale dell'assistito e per data dell'evento (che può essere un invito oppure un esame effettuato).

CODICI FISCALI	PAZIENTI	DATA DI NASCITA	DESCRIZIONE	DATA	ESITO FOBT	DOSAGGIO HB	INFO 3
			INVITO per Sangue Occulto	01/02/2010			
			INVITO per Sangue Occulto	23/09/2009			
			Sangue Occulto	03/11/2009	inadeguato	HB =	
			Sangue Occulto	26/11/2009	negativo	HB = 0	
			INVITO per Sangue Occulto	12/08/2009			
			Sangue Occulto	02/09/2009	negativo	HB = 2	
			INVITO per Sangue Occulto	09/12/2009			
			Sangue Occulto	23/01/2010	negativo	HB = 0	
			Sangue Occulto diagnostico	24/04/2009	negativo	HB = 0 - 0 - 0	
			INVITO per Sangue Occulto	16/12/2009			

Se l'esito FOBT risulta positivo, la corrispondente linea sarà evidenziata di rosso.

Nel riquadro di intermezzo è possibile notare una statistica sugli assistiti relativi al medico di login. La colonna blu indica il totale, mentre il secondo campo indica la quota in percentuale:

- Incidenza totale invitati: percentuale sul totale degli assistiti (assistibili).
- Incidenza totale assistiti invitati con almeno un esame (1) (sul totale degli invitati).
- Incidenza totale invitati ma senza esame effettuato: differenza tra gli invitati e chi ha fatto almeno un esame (in percentuale sugli invitati totali).
- Esame positivo: pazienti che hanno effettuato esame colon più i pazienti che risultano con un esame positivo.

6. "TOTALE ASSISTITI CON ESAME COLON" e "TOTALE ASSISTITI CON FOBT POSITIVO E SENZA ESAME COLON" indicano il sottogruppo degli esami positivi: cioè esami colon e fobt positivo.

	<b>INCIDENZA</b>
TOTALE ASSISTITI :	527
TOTALE INVITATI :	219 41.56 %
TOTALE ASSISTITI INVITATI CON ALMENO UN ESAME :	138 63.01 %
TOTALE ASSISTITI INVITATI MA SENZA ESAME EFFETTUATO :	81 36.99 %
TOTALE ASSISTITI CON ESAME POSITIVO :	26 18.84 %
TOTALE ASSISTITI CON ESAME COLON :	10 38.46 %
TOTALE ASSISTITI CON FOBT POSITIVO E SENZA ESAME COLON :	16 61.54 %

Cliccando sul totale calcolato sulla colonna blu è possibile accedere ad un'altra pagina ove è visualizzato il dettaglio dei pazienti che appartengono a quel sottogruppo.

## ELENCO ESAME COLON

Scarica la lista in formato Excel

CODICE FISCALE	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	INVITO O ESAME	DATA	ESITO FOBT	DOSAGGIO HB	INFO 3	TELEFONO
XXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	11/03/2009				
XXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	21/01/2009				
XXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	16/09/2009				
XXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	27/05/2009				
XXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	12/08/2009				

E' infine possibile scaricare la lista in locale in formato Excel cliccando su "Excel".

## Metodologia utilizzata per l'analisi dei dati di prescrizione farmaceutica

### **Premessa:**

I dati di prescrizione individuale per ogni singolo MMG sono elaborati e forniti dalla ditta WEBRED e, nello specifico, si riferiscono alla spesa farmaceutica lorda al netto della quota di ossigeno e della quota di compartecipazione dei cittadini e alla popolazione pesata.

La spesa farmaceutica è riferita alle categorie terapeutiche oggetto dell'Accordo.

### **SEZIONE .1.**

#### **~~1.1. Livelli programmati di spesa (Obiettivi relativi alla quota di €3,08 ad assistito)~~**

Nell'analisi della spesa farmaceutica, si fa riferimento alla spesa farmaceutica lorda al netto della quota di ossigeno e della quota di compartecipazione dei cittadini.

### **SEZIONE 2.2.**

#### **2.2.1: Rispetto dei tetti programmati:**

Nell'analisi della spesa farmaceutica, si fa riferimento alla spesa farmaceutica lorda al netto della quota di ossigeno e della quota di compartecipazione dei cittadini.

#### **2.2.2 Prescrizione di particolari categorie terapeutiche.**

##### **a) Miglioramento percentuale delle confezioni di principi attivi a brevetto scaduto**

Ai fini della valutazione della percentuale delle confezioni di principi attivi a brevetto scaduto, si considera il mese di scadenza successivo a quello di pubblicazione nelle liste di trasparenza dell'AIFA: (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/liste-di-trasparenza-e-rimborsabilit%C3%A0>)

##### **b) Tetti di spesa aree terapeutiche di particolare rilevanza**

Nell'analisi della spesa dell'ATC R (Respiratorio) e ATC A02BC (Inibitori di pompa), ai fini dell'obiettivo per ogni MMG, viene calcolata la spesa pro capite pesata riferita alla specifico ATC .

### SEZIONE 4.1 Obiettivo Governance Clinica e Organizzativa

**QUOTA MENSILE DI € 109,18 PRO/MEDICO** rapportata a 106 ore medie mensili di attività svolta in forma attiva (attualmente prevista dalla Accordo Regionale)

Le riunioni d'equipe rappresentano uno dei principali strumenti di governance clinica ed organizzativa; la partecipazione di tutti medici dei nuclei di CA garantisce omogeneità di percorsi e procedure, può migliorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi anche e soprattutto in termini di appropriatezza e di equità della risposta al paziente.

Inoltre, la partecipazione di altri figure professionali della sanità (MMG, Ospedale e PS, Distretti, medicina legale) che interagiscono con la continuità assistenziale garantisce una integrazione che può solo migliorare gli esiti dell'attività del servizio, soprattutto per la gestione di specifici problemi di salute e/o di casi di particolare complessità.

**Pertanto, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo ogni medico dovrà partecipare, alle riunioni previste mensilmente, (11 RIUNIONI/ANNO) del nucleo di C.A..**

Il compenso incentivante, viene erogato mensilmente a titolo di acconto ai medici titolari, salvo conguaglio attivo o passivo a consuntivo anno 2016.

Ai medici sostituti e/o incaricati provvisori, la quota verrà conteggiata a consuntivo dell'anno di valutazione ed erogata, previa verifica del raggiungimento dell'obiettivo, nel mese di marzo dell'anno successivo.

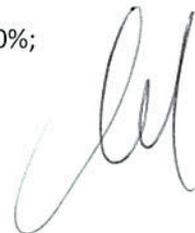
L'elenco dei medici che **non** hanno partecipato alla prevista riunione mensile, redatto e certificato dal responsabile distrettuale del servizio di CA, verrà trasmesso mensilmente, *entro il quinto giorno del mese successivo*, alla direzione del distretto di riferimento che lo invierà all'Ufficio per il trattamento economico del personale convenzionato.

Entro il primo trimestre dell'anno successivo, si provvederà ad effettuare, per tutti i medici (titolari, sostituti e/o incaricati provvisori) che hanno prestato attività nel servizio di C.A., gli eventuali recuperi e/o conguagli in funzione, del grado di partecipazione alle riunioni mensili calcolate su base annua e degli acconti mensilmente corrisposti, come di seguito indicato:

- |   |                        |                         |
|---|------------------------|-------------------------|
| 1. Partecipazioni riunioni di equipe (in misura) $\geq 75\%$            | (n. $\geq 8$ presenze) | incentivo <b>100%</b> ; |
| 2. Partecipazioni riunioni di equipe (in misura) $> 50\%$ e $\leq 75\%$ | (n. 6/7 presenze)      | incentivo 50%;          |
| 3. Partecipazioni riunioni di equipe (in misura) $< 50\%$               | (n. $< 6$ )            | incentivo 0%;           |

Le riunioni di nucleo, sono regolamentate dall'apposito disciplinare.



## SEZIONE 4.2 INTEGRAZIONE ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

Allo scopo di assicurare la necessaria e progressiva integrazione fra l'attività dei medici di assistenza primaria (AP) e quella dei medici di continuità assistenziale con i CdS anche alla luce del decreto legge 158/2012 (legge Balduzzi) e s.m.i., i medici di CA dovranno garantire:

- la partecipazione a riunioni congiunte tra nuclei di AP e medici di CA finalizzate alla discussione dei percorsi assistenziali idonei a garantire la continuità delle cure per le dimissioni protette, i casi complessi e le patologie croniche in labile compenso con stesura dei piani assistenziali per le cure domiciliari ed utilizzo dell'apposita modulistica per l'attivazione degli interventi a domicilio.
- idonei flussi informativi per i pazienti in assistenza domiciliare di elevata complessità e per le persone con patologie croniche che possono andare facilmente incontro a scompenso o riacutizzazioni, utilizzando eventualmente allo scopo anche la cartella del paziente.

## SEZIONE 4.3 AZIONI DI QUALIFICAZIONE DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Per sviluppare ulteriormente le funzioni della CA nell'ambito delle cure primarie, si concorda l'avvio del progetto di qualificazione della continuità assistenziale, già in pectore nella ex ASL 2 ed in coerenza con le indicazioni dell'ACN 2303/2005 e s.m.i. art. 67, comma 16 lett. b1), rivolta a pazienti in assistenza domiciliare e residenziale.

Il progetto, in allegato 1/CA al presente accordo, è da considerarsi esteso all'intero servizio di CA della Azienda USL 1 dell'Umbria ed è finalizzato a dare continuità, al domicilio dei pazienti e/o presso le strutture intermedie, ai programmi di assistenza definiti in stretta collaborazione con il MMG e con le équipe infermieristiche dedicate.

Pertanto l'intervento programmato della continuità assistenziale si inserisce nel complesso del percorso assistenziale, con la finalità di garantire, in base a quanto stabilito nel piano assistenziale individualizzato di ciascun paziente, la prosecuzione del programma terapeutico/assistenziale anche nei giorni festivi e prefestivi e negli orari notturni e deve essere documentato registrando le attività e le relative valutazioni cliniche nella cartella del paziente.

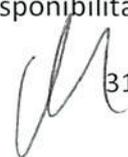
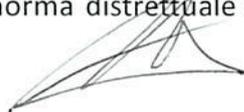
Il progetto verrà finanziato con il 5% della quota di Euro 6,00 annui/assistito destinata all'accordo con i medici di Medicina Generale – Assistenza Primaria anno 2016.

## SEZIONE 4.4 - INTEGRAZIONE CON LE ATTIVITA' DISTRETTUALI ED I SERVIZI TERRITORIALI

Per garantire al meglio i livelli assistenziali e sviluppare l'integrazione con le attività dei distretti sanitari e degli altri servizi territoriali (effettuate nei giorni feriali in orario diurno), è possibile assegnare orari aggiuntivi ai medici di CA, utilizzando lo strumento contrattuale del plus orario e/o del completamento orario fino a 38 ore settimanali.

Il fabbisogno di ore necessario a garantire i servizi, sarà stabilito dalla direzione aziendale sulla base delle necessità assistenziali rappresentate dai direttori di distretto e dai responsabili degli altri servizi territoriali, utilizzando al meglio le competenze e le specifiche professionalità dei medici del servizio di CA.

I medici, ai quali assegnare provvisoriamente orari aggiuntivi rispetto al normale incarico di CA, verranno individuati sulla base di una graduatoria di norma distrettuale che, a seguito di richiesta di disponibilità



- rivolta a tutti i medici in servizio attivo presso il distretto o ambito distrettuale interessato, titolari
- esclusivamente di incarico di CA e comunque nel rispetto delle compatibilità previste dal presente ACN,
- verrà appositamente redatta,

La graduatoria verrà formulata secondo i criteri previsti dal comma 8 dell'art. 65 del vigente ACN – MMG del 23/03/2005 e s.m.i.:

- anzianità di titolarità di rapporto convenzionale di CA nell'azienda;
- anzianità di laurea;
- minore età.

In caso di indisponibilità di medici titolari di C.A., si provvederà ad incaricare medici assegnatari di incarichi provvisori, nel rispetto della graduatoria aziendale vigente.

L'incarico di durata semestrale/annuale, può essere rinnovato, previa valutazione positiva da parte del direttore del distretto o responsabile del servizio, fino alla effettiva necessità aziendale e/o fino ad una diversa organizzazione del servizio e/o delle modalità di reclutamento del personale, stabilita dalla direzione aziendale.

Per l'attività svolta, si applicano i parametri economici orari previsti dall'ACN vigente che regola i rapporti con i medici di medicina generale addetti ai servizi di Continuità Assistenziale.

L'incarico cessa il primo giorno del mese successivo all'insorgenza di situazioni di incompatibilità del medico, o per decisione unilaterale da parte del medico o della direzione aziendale (a fronte di diverse necessità assistenziali e/o organizzative), da comunicare alla parte interessata con almeno un mese di preavviso.



# CONTINUITA' DELLE CURE PER PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE E IN RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

## PROGETTO SPERIMENTALE DI INTEGRAZIONE TRA MEDICINA GENERALE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

### Premessa

La continuità delle cure e la gestione degli interventi nella fase terminale della vita costituiscono una sfida per i Servizi Sanitari. Non è possibile ipotizzare percorsi assistenziali idonei senza l'integrazione di tutti i soggetti coinvolti e senza la individuazione di modalità di lavoro condivise e concordate.

Una esigenza organizzativa che non può, altresì, prescindere da una modificazione di atteggiamenti e comportamenti individuali dei singoli operatori.

### Obiettivi

1. Assicurare la continuità delle cure H24 ai pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata e/o ospiti in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) a diretta gestione aziendale;
2. Ipotizzare un modello di integrazione permanente tra Medicina Generale e Continuità Assistenziale propedeutica alla nascita delle Unità Complesse di Cure PrimarieM;
3. Ridurre i ricoveri impropri e/o evitabili per pazienti in ADI;
4. Garantire qualità e dignità della vita della vita ai pazienti giunti alla fase terminale della loro esistenza evitando il trauma di una ospedalizzazione forzata e non più utile.

Vengono delineati separatamente i percorsi assistenziali per i pazienti in ADI e per quelli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali

### Pazienti in ADI

- Al momento della definizione del Piano Assistenziale tra il MMG e il Centro di Salute, dovrà essere indicato se per quel paziente sono necessari accessi domiciliari programmati anche nei giorni prefestivi e festivi.
- Il Personale del CdS provvederà ad approntare la **Cartella Clinica** da lasciare al domicilio del Paziente con la collaborazione del MMG nella quale saranno inserite notizie anamnestiche cliniche essenziali e le terapie in atto. Tali informazioni potranno essere agevolmente estratte dai software gestionali in utilizzo da parte dei MMG
- l'**elenco dei pazienti in ADI** predisposto a cura del PROCSI, verrà mensilmente pubblicato **nel sistema informativo Guard+** per metterlo a disposizione dei medici di CA della sede della Continuità Assistenziale (CA) competente per territorio; nell'elenco dovranno essere riportate: generalità del paziente, indirizzo e recapiti telefonici e patologie prevalenti e dovrà essere segnalata la necessità di un intervento medico programmato anche nei giorni prefestivi e festivi, Continuità Assistenziale
- i Centri di Salute in base al Piano Assistenziale Individualizzato, segnaleranno via mail o fax alla **sede di continuità assistenziale competente per territorio i casi** (codice fiscale, indirizzo e numero telefonico, motivo della richiesta) **per cui è necessario effettuare un accesso programmato** del medico di CA nel giorno prefestivo e/o festivo successivo
- I Medici della CA, una volta ricevuto l'elenco dei casi in ADI e le segnalazioni, dovranno effettuare gli accessi domiciliari programmati nell'arco del turno diurno prefestivo e/o festivo.
- L'accesso domiciliare verrà effettuato dal medico di CA secondo due modalità:






- Sede di CA con unico medico:  
il medico effettua l'accesso restando reperibile per chiamate urgenti da parte di altri utenti.
- Sede di CA con più medici:  
l'accesso viene effettuato da un medico individuato secondo modalità che garantiscano un'equa distribuzione del carico assistenziale tra tutti i medici della sede.
- Il Medico di CA potrà concordare, qualora necessario, eventuali accessi del Servizio infermieristico del CdS di riferimento a completamento della visita, contattando direttamente il Servizio infermieristico reperibile (la sede della Continuità Assistenziale verrà fornita di orari e numeri di reperibilità dei vari Centri di salute).
- Il Medico di CA che effettua la visita domiciliare per pazienti in ADI, programmata e non, ha l'obbligo di aggiornare la cartella clinica al domicilio del Paziente. Tornato presso la sede di CA compila, sul portale normalmente utilizzato per la registrazione delle visite, la scheda di visita, assicurandosi di biffare la voce "Visita ADI".
- La Direzione di Distretto, con cadenza mensile, estrae dall'archivio del portale le visite ADI effettuate dai medici di CA e li confronta, numericamente, con le visite previste (il servizio Informatico dovrà apportare le idonee modifiche al programma per fare in modo che sia possibile sia biffare la voce ADI che estrarre tali dati)
- Ogni tre mesi verrà effettuato, dal personale dei CdS, un controllo random per verificare la congruenza tra i diari/cartelle cliniche presso l'abitazione e le registrazioni nel portale della CA.

#### **Pazienti ospiti di RSA a diretta gestione Aziendale**

Gli ospiti delle RSA sono di norma pazienti fragili, affetti da pluripatologie, che afferiscono alla struttura dall'ospedale o dal domicilio, in quanto necessitano, per periodi limitati (30-60 giorni), di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) e socio-sanitaria, che non possono essere garantite nel loro contesto familiare e abitativo.

Si tratta di norma di pazienti fragili, in labile compenso e di particolare complessità, per i quali può essere appropriata anche nei giorni prefestivi e festivi, l'attivazione della Continuità Assistenziale, per assicurare la continuità delle cure e ridurre il rischio di ricoveri impropri e/o evitabili, ed il trauma di una ospedalizzazione non utile.

In questi casi il medico di Continuità Assistenziale è chiamato ad effettuare interventi di particolare complessità e impegno clinico finalizzati a garantire sia la continuità del percorso terapeutico sia il ripristino della situazione di stabilità clinica, in questi pazienti affetti da patologie croniche o in labile compenso.

Pertanto potranno essere richiesti **accessi di particolare complessità e impegno clinico della Continuità Assistenziale competente per territorio nei seguenti casi:**

- 2) pazienti il cui Piano Assistenziale Individuale preveda accessi medici programmati che ricadano anche nei giorni festivi e prefestivi;
  - 3) pazienti dimessi dall'ospedale in giorni prefestivi e festivi, per i quali è necessaria una tempestiva impostazione del piano terapeutico e assistenziale;
  - 4) pazienti affetti da patologia cronica, per le quali si renda necessario un intervento medico tempestivo in giorni prefestivi e festivi, per ripristinare le condizioni di stabilità clinica delle patologie che hanno motivato l'ammissione in RSA.
- Il Medico di CA che effettua la visita registra nella Cartella Clinica le motivazioni della chiamata e l'intervento effettuato. Tornato presso la sede di CA compila, sul portale normalmente utilizzato per la registrazione delle visite, la scheda di visita, assicurandosi di biffare la voce "Visita RSA per 1.accesso PAI; 2.dimissione da ospedale; 3.instabilità clinica in patologia cronica preesistente".



- La Direzione di Distretto, con cadenza mensile, estrae dall'archivio del portale le visite ADI e le visite in RSA effettuate dai Medici di CA e li confronta, numericamente, con le visite previste. Il medico di CA avrà la possibilità, entrando nel sistema informatico, di biffare sia la voce ADI che quella RSA, apportando le idonee modifiche al programma.
- La Direzione del Distretto invia al Responsabile della struttura RSA l'elenco nominativo degli assistiti ai quali, il medico di CA ha effettuato la visita. Il Responsabile della struttura RSA, verificata la rispondenza dell'elenco provvederà a darne riscontro mensilmente alla Direzione del Distretto.

### **Riconoscimento economico**

In analogia a quanto previsto per il medico di medicina generale – assistenza primaria – viene riconosciuto un compenso economico di € 18,90 ad accesso.

### **Modalità di ripartizione del compenso:**

1. sede di CA con unico medico: riconoscimento del 100% al medico che effettua l'accesso;
2. sede di CA con più medici: riconoscimento del 70% al medico che effettua l'accesso, ed il restante 30%, equamente ripartito fra i medici rimasti in postazione.



Letto, approvato e sottoscritto:

**PARTE PUBBLICA**

**Dr. Diamante Pacchiarini** – Direttore Generale F.F. USL UMBRIA



**OO.SS.**

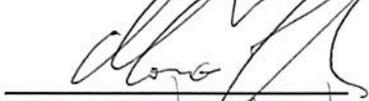
**Dr. Tiziano Scarponi** – Delegato sindacale FIMMG



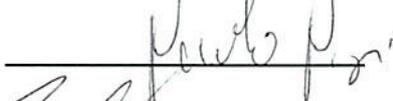
**Dr. Lucarelli Maurizio** – Delegato sindacale FIALS – SMI



**Dr. Marco Caporali** – Delegato sindacale Intesa Sindacale



**Dr. Paolo Papi** – Delegato sindacale Intesa Sindacale



**Dr. Lucio Varzi** – Delegato sindacale SNAMI



Perugia, 12/02/2016

