

# Servizio Sanitario Regionale - Azienda USL Umbria n.1

**Delibera del Direttore Generale n. 1016 del 28/09/2015**

**Oggetto:** Accordo Aziendale Medicina Generale - Assistenza Primaria - Obiettivi 2014/2015 - Integrazione anno 2015

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

## **IL DIRETTORE GENERALE**

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 5773 del 25/09/2015 contenente:

il Parere del Direttore Amministrativo - Dr. Domenico BARZOTTI

il Parere del Direttore Sanitario - Dr. Diamante PACCHIARINI

## **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**  
(Dott. Giuseppe LEGATO)\*

\* 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

**Premesso che**, con deliberazione del Direttore Generale n.686 del 13/08/2014 si è preso atto che in data 24/07/2014, in sede di Comitato Aziendale MMG, è stato siglato, dal Direttore Generale e dai rappresentanti delle OO.SS. F.I.M.M.G., INTESA SINDACALE (CISL Medici - FP CGIL Medici) e SNAMI, l'accordo Aziendale MMG –Assistenza Primaria- avente titolo “ **Accordo Aziendale Medicina Generale - Assistenza Primaria – 2014/2015**”;

**Atteso che**, nell'accordo sopra citato è stato previsto di rinviare ad una successiva trattativa la parte riguardante gli obiettivi anno 2015 di appropriatezza prescrittiva farmaceutica e della campagna vaccinale antinfluenzale 2015-2016, in quanto sia il tetto di spesa riferito all'appropriatezza che i termini della campagna vaccinale sono materia di competenza regionale da trattare in sede di Comitato Regionale –MMG-;

**Preso atto che**, con D.G.R.U. n. 947/2015 è stato approvato il verbale del Comitato Regionale di Medicina Generale del 16/07/2015 nel quale sono contenuti gli accordi riguardanti la fissazione del tetto di spesa anno 2015 riferito all'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e gli obiettivi di copertura vaccinale della campagna stagionale antinfluenzale 2015-2016 degli assistibili ultrasessantacinquenni e le conseguenti indicazioni per le Aziende UU.SS.LL riguardanti la definizione riservata al livello aziendale delle materie di che trattasi;

**Atteso che**, nel rispetto delle decisioni regionali, nella seduta del Comitato Aziendale dei Medici di Medicina Generale tenutasi il giorno 15/09/2015, 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) e SMI (SIMB-UIL FP-FEDERAZIONE MEDICI) si è sviluppata e raggiunta l'intesa riguardante la parte integrativa riferita anche ai citati obiettivi anno 2015 dell'accordo Aziendale – MMG - biennio 2014-2015;

**Atteso che**, il suddetto accordo, denominato “**Accordo Aziendale Medicina Generale - Assistenza Primaria – 2014/2015-Integrazione anno 2015 -**” sottoscritto in data 15/09/2015 dal Direttore Generale e dai rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali - F.I.M.M.G. (Federazione Medici di Medicina Generale), INTESA SINDACALE (CISL Medici - FP CGIL Medici) e SMI (SIMB-UIL FP-FEDERAZIONE MEDICI) composto da n. 14 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 15/09/2015, in sede di Comitato Aziendale MMG, è stato siglato, dal Direttore Generale e dai rappresentanti delle OO.SS.: F.I.M.M.G. (Federazione Medici di Medicina Generale), INTESA SINDACALE (CISL Medici - FP CGIL Medici) e SMI (SIMB-UIL FP-FEDERAZIONE MEDICI) l'accordo aziendale avente titolo “**Accordo Aziendale Medicina Generale - Assistenza Primaria – 2014/2015 - Integrazione anno 2015 -**”, nel testo qui allegato quale parte integrante, sostanziale ed inscindibile della presente deliberazione, composto da n. 14 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. Ribadire che la spesa conseguente per l'adozione del presente atto, già peraltro prevista con deliberazione D.G. n. 686 del 13/08/2014, farà capo al conto di costo mastro 2700 conto 100 dell'esercizio economico finanziario anno 2015;
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

Il Dirigente U.O. Risorse Umane  
Tratt.to economico del Personale Dipendente -  
Gestione Pers.le Conv.to e Strutture Conv.te  
Dr.ssa Annalisa Fabbri

**Accordo Aziendale Medicina Generale  
Assistenza Primaria**

**2014/2015**

**INTEGRAZIONE ANNO 2015**



**INDICE**

**Sezione 1 Obiettivi relativi alla quota di € 3,08 ad assistito articolati in:**

1.1 Livelli programmati di spesa	pag. 3
Finanziamento dei Progetti	pag. 4

**Sezione 2 Obiettivi relativi alla quota di € 6,00 ad assistito articolati in:**

2.1 Obiettivi di salute:	
2.1.1 - Valutazione del rischio cardiovascolare globale	pag. 5
2.1.2 - Promozione Adesione ai programmi di screening dei tumori	pag. 6
2.1.2.1 - Screening del carcinoma del colon retto	
2.1.2.1.1 - Adesione al I livello di screening	pag. 7
2.2 Obiettivi di appropriatezza:	pag. 8
2.2.1 - Appropriatazza farmaceutica:	
Rispetto dei tetti di spesa programmati	pag. 9
2.2.2 - Appropriatazza farmaceutica:	
Prescrizioni di particolari categorie terapeutiche	pag. 10
2.3 Campagna vaccinale antinfluenzale	pag. 11
2.3.1 - Campagna Vaccinale Antinfluenzale 2014 – 2015	
Copertura Ultra - 65enni	

<b>Scheda riassuntiva obiettivi</b>	pag. 13
-------------------------------------	---------

<b>FIRME</b>	pag. 14
--------------	---------



## **SEZIONE 1: 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**

In sede di Comitato Regionale Medicina Generale, tenutosi il 16/07/2015 si è definito l'Accordo riguardante il tetto di spesa Regionale come di seguito riportato:

***“il tetto regionale di spesa farmaceutica pro-capite, per l'anno 2015 è fissato a € 162,50; le Aziende Sanitarie Locali, tramite accordi aziendali possono definire fasce di scostamento, in riferimento al proprio livello aziendale”.***

#### **Modulazione aziendale**

Tale quota di incentivo viene erogata sulla base del grado di raggiungimento dell'obiettivo riferito al livello programmato di spesa fissato dalla Regione, tenuto conto anche della spesa sostenuta per la distribuzione diretta ivi compresa quella in nome e per conto con le seguenti modalità:

**1.** I medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, registreranno una spesa pro capite pesata annua lorda  $\leq$  € **162,50** detratta della quota di compartecipazione a carico dell'assistito e della quota dell'ossigeno, percepiranno mensilmente **una quota pari al 100%** di tale compenso, salvo recupero in funzione del risultato complessivo annuo;

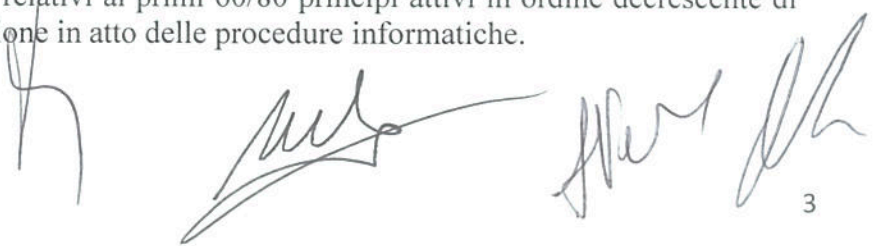
**2.** I medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, registreranno una spesa pro capite pesata annua lorda detratta della quota di compartecipazione a carico dell'assistito e della quota dell'ossigeno, **non superiore al 2,15 % ( $\leq$  € 166,00) del tetto di spesa indicata al punto 1, percepiranno mensilmente una quota pari al 70%** di tale compenso, salvo recupero o conguaglio in funzione del risultato complessivo annuo;

**3.** I medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, registreranno una spesa pro capite pesata annua lorda detratta della quota di compartecipazione a carico dell'assistito e della quota dell'ossigeno, **non superiore al 3,01 % ( $\leq$  € 171,00) del tetto di spesa indicata al punto 2, percepiranno mensilmente una quota pari al 50%** di tale compenso, salvo recupero o conguaglio in funzione del risultato complessivo annuo;

**4.** I medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, registreranno una spesa pro capite pesata annua lorda detratta della quota di compartecipazione a carico dell'assistito e della quota dell'ossigeno, **non superiore al 2,630% ( $\leq$  € 175,50) del tetto di spesa indicata al punto 3, percepiranno mensilmente una quota pari al 30%** di tale compenso, a condizione che la spesa sia inferiore a quella dell'anno precedente, salvo recupero o conguaglio in funzione del risultato complessivo annuo.

Tali acconti, con la fissazione del nuovo tetto di spesa anno 2015, verranno rimodulati, attivati o sospesi, a seguito delle verifiche che verranno effettuate nel mese di Settembre 2015. Eventuali conguagli o recuperi riferiti ai risultati a consuntivo anno 2015 verranno effettuati entro il mese di marzo 2016.

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, compatibilmente con la riorganizzazione in atto delle procedure informatiche.



## **FINANZIAMENTO DEI PROGETTI**

I progetti: “*Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale presso l’ambulatorio di medicina generale*” e “*Progetto diabete 2014/2015*” e “*Implementazione attività in ADF*” vengono finanziati con le risorse rese disponibili, dal fondo 2013 e 2014 (€ 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).



**SEZIONE 2:**  
**OBIETTIVI RELATIVI ALLA QUOTA DI € 6,00 ANNUI/ASSISTITO**

## **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 2016**, 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 2015-2016 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 2015-2016 (inizio 1.01.2015 e conclusione 31.12.2016) con verifiche di adesione trimestrali e con una verifica finale nel I° semestre 2017.

In considerazione della durata biennale del round 2015-2016, la verifica del raggiungimento dell'obiettivo verrà effettuata alla fine del 1° semestre 2017 e conseguentemente, verranno poste in liquidazione le competenze, spettanti ai medici interessati, con la mensilità di cassa Settembre 2017.



### 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.

The image shows several handwritten signatures in black ink. There are five distinct signatures of varying lengths and styles, some appearing to be initials or full names. They are arranged in a loose, non-linear pattern across the bottom right portion of the page.

### 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 .1383 del 03/11/2014 gli " *Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2015*", tenuto conto dei dati a consuntivo 2014, e precisando che **per l'anno 2015** 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.

Si precisa pertanto che:

- 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,  $\leq$  €160,00 beneficeranno al **100%** della quota di incentivo destinato all'obiettivo specifico; peso = 35
- 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

### Parte aggiornata a seguito di accordo raggiunto in sede di comitato Aziendale MMG tenutosi il 18/06/2015.

Considerando che la percentuale di confezioni di farmaci a brevetto scaduto, per questo gruppo terapeutico, nell'anno 2014 è stata del **88,50%**, tenuto conto che in corso d'anno si è avuta la scadenza brevettuale del telmisartan/idroclortiazide, si conviene di stabilire, per l'anno 2015, 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 2015.

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 2015 e in proporzione al numero di mesi.

Si confermano, per l'anno 2015, gli obiettivi sotto indicati come specificati nell'Accordo Aziendale Medicina Generale 2014-2015 recepito con D.G. n.686/2014:

- **Obiettivo di spesa pro capite pesata per la categoria terapeutica degli inibitori di pompa protonica (Codice ATC A02BC);**
- **Obiettivo sistema respiratorio (Codice ATC R).**

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.



### 2.3.1 Campagna Vaccinale Antinfluenzale 2015 – 2016 Copertura ultrasessantacinquenni

peso = 5

Gli obiettivi e gli aspetti economici riguardanti la campagna vaccinale antinfluenzale 2015-2016 ed in particolare, quelli relativi alla copertura vaccinale della popolazione ultra-65enne sono stati definiti con specifico Accordo Regionale definito in sede di comitato Regionale è stato definito il 16/07/2015. Tale Accordo è stato recepito con DGRU n. 947 del 03/08/2015.

Termini economici:

- i medici che raggiungono una quota di vaccinati  $< 45\%$  non vengono remunerati né con la quota incentivante, né con quella prevista dall'A.C.N. per la prestazione vaccinale;
- ai medici che raggiungono la quota di vaccinati ultra sessantacinquenni compresa tra  $\geq 45\%$  e  $\leq 50\%$  verrà riconosciuta la quota prevista dall'A.C.N. per la prestazione vaccinale ( € 6,16 ad assistito vaccinato);
- ai medici che raggiungono la quota di vaccinati ultra sessantacinquenni compresa tra  $> 50\%$  e  $\leq 70\%$  oltre alla quota prevista dall'A.C.N. per la prestazione vaccinale verrà riconosciuto l'incentivo di € 1,00 ad assistito vaccinato;
- ai medici che raggiungono la quota di vaccinati ultra sessantacinquenni compresa tra  $> 70\%$  e  $\leq 75\%$  oltre alla quota prevista dall'A.C.N. per la prestazione vaccinale verrà riconosciuto l'incentivo di € 2,00 ad assistito vaccinato;
- ai medici che raggiungono la quota di vaccinati ultra sessantacinquenni compresa tra  $> 75\%$  oltre alla quota prevista dall'A.C.N. per la prestazione vaccinale verrà riconosciuto l'incentivo di € 3,00 ad assistito vaccinato;

**Per quanto attiene la vaccinazione anti-pneumococcica le Aziende USL si dovranno attenere a quanto previsto e stabilito, anche in materia di remunerazione dal Verbale del Comitato Regionale di Medicina Generale del 25/09/2014, approvato con D.G.R. n.1246 delo 06/10/2014.**

Ritenuto necessario stabilire, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali, modalità organizzative in linea con quelle già adottate negli anni precedenti ed in particolare, il sistema di distribuzione dei vaccini ai Medici di Medicina Generale, che dovrà tener conto del numero di vaccinazioni eseguite dai singoli professionisti nelle precedenti campagne. I MMG dovranno tempestivamente provvedere ad inserire nel sistema informatico le vaccinazioni eseguite affinché sia possibile, a tutti i livelli (Distretti, DIP, Regione), monitorare in tempo reale l'andamento della campagna vaccinale, finalizzato principalmente alla corretta distribuzione e utilizzo di tutte le dosi di vaccino disponibili;

Ritenuto pertanto necessario, per consentire il corretto utilizzo di tutte le dosi di vaccino stagionale antinfluenzale, stabilire la seguente organizzazione:

- a) Effettuare da parte dei Distretti verifiche settimanali sull'andamento della campagna vaccinale;
- b) Il MMG dovrà provvedere a restituire al CdS di riferimento, entro il 05/12/2015, le eventuali dosi rimaste disponibili, che ritiene di non utilizzare, per essere messe a disposizione di altro CdS che ne avesse necessità. Al termine della campagna, per tutte le dosi consegnate a ciascun MMG deve risultare l'avvenuta utilizzazione mediante registrazione;
- c) La campagna vaccinale inizierà e dovrà concludersi nel rispetto delle direttive regionali/aziendali;
- d) La vaccinazione anti-pneumococcica verrà effettuata con le stesse modalità stabilite nell'anno precedente, rivolta ESCLUSIVAMENTE ai soggetti ultrasessantacinquenni individuati dai singoli MMG, secondo valutazioni di priorità clinica che ogni MMG in piena autonomia potrà effettuare.

La distribuzione dei vaccini ai MMG sarà a cura del CdS ed avverrà con modalità organizzative che il Responsabile di ciascun CdS concorderà con i MMG dell'équipe territoriale di appartenenza;

Dato atto che occorre dare applicazione al sopracitato atto Regionale ed alle disposizioni aziendali di carattere organizzativo già adottate nelle precedenti campagne vaccinali e concordate in sede di Comitato Aziendale MMG, che verranno esplicitate con apposita nota dal Dipartimento Aziendale di Prevenzione U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica che provvederà ad inviare a tutte le articolazioni aziendali interessate allo scopo di ottimizzare al massimo la campagna vaccinale;



obiettivo	Indicatore	standard	% raggiungimento	peso
<b>OBIETTIVI DI SALUTE</b>				
Valutazione RCV ipertesi <b>(Confermato)</b>	% 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 <b>(Confermato)</b>	% 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 <b>(Confermato)</b>	% 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 <b>(Modificato/Integrato)</b>	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 <b>(Modificato/Integrato)</b>	≥ 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) <b>(Confermato)</b>	≤ € 11,51	100%	10
	Spesa pro capite pesata per i farmaci del sistema respiratorio (ATC R) <b>(Confermato)</b>	≤ € 13,65	100%	10
Adesione da parte dei MMG all'audit per la "Gestione appropriata di pazienti affetti da BPCO" <b>(Confermato)</b>	Percorso completo			
Vaccinazione antinfluenzale	% di assistibili in età > a 65aa sottoposti a vaccinazione antinfluenzale documentata su supporto informatizzato <b>(Modificato/Integrato)</b>	Definito con apposito specifico Accordo Regionale		5



I contenuti dell'Accordo Aziendale 2014/2015 recepito con deliberazione DG n. 686 del 13/08/2014 non modificati/integrati dalla presente intesa, rimangono vigenti.

Letto, approvato e sottoscritto:

**PARTE PUBBLICA**

**Dr. Giuseppe Legato**

– Direttore Generale USL UMBRIA 1

\_\_\_\_\_

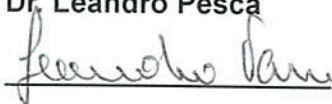


**OO.SS.**

**Dr. Leandro Pesca**

– Delegato sindacale - FIMMG

\_\_\_\_\_



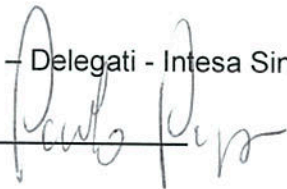
**Dr. Caporali Marco e Dr. Papi Paolo**

– Delegati - Intesa Sindacale

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_



**Dr. Maurizio Lucarelli**

– Delegato - SMI – Federazione Medici UIL FPL

\_\_\_\_\_



Perugia, 15/09/2015

