



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 COMMISSARIO STRAORDINARIO  
n. 924 del 28/06/2019**

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

**Oggetto: Accordo Aziendale Medicina Generale □ Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale - Anno 2019**

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv 9978 del 27/06/2019 contenente:

il Parere del Direttore Amministrativo – Dott.ssa Doriana SARNARI

il Parere del Direttore Sanitario F.F. – Dr. Silvio PASQUI

*Hash .pdf (SHA256):*

cad1fd97cca6e2d4cb8b135a54597d92878b940d45ae301b10d5b630182cdc5a

*Hash .p7m (SHA256):*

8304b0b817f03fb6e3a30d5b3857e66a5c76cc317df5ae2a83a3ee6886ab5e58

*Firme digitali apposte sulla proposta:*

Silvio Pasqui, Doriana Sarnari, Alfredo Budelli, Annalisa Fabbri

**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 COMMISSARIO STRAORDINARIO**  
(Dott. Andrea CASCIARI)\*

**Oggetto: Accordo Aziendale Medicina Generale – Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale - Anno 2019**

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

**Visto** l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art.8 del D.lgs. n. 502 del 1992, reso esecutivo con provvedimento della Conferenza Stato Regioni rep. n. 2272 del 23/03/2005 integrato e modificato dagli Accordi Collettivi Nazionali di cui alle intese della Conferenza Stato Regioni provvedimento rep. n.. 93 del 29 Luglio 2009 e n. 81 del 8 Luglio 2010;

**Visto** l'art. 2 dell'ACN suddetto che identifica tre livelli di contrattazione: Nazionale, Regionale ed Aziendale. Il livello nazionale si configura quale livello di identificazione quadro delle garanzie per i cittadini e del ruolo e coinvolgimento dei medici nell'organizzazione sanitaria e delle relative responsabilità. Il livello di negoziazione regionale definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati. Il livello negoziale aziendale definisce i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale;

**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";

**Vista** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 698 del 25/06/2018 avente per oggetto: Approvazione Accordo Integrativo Regionale medici di medicina generale anno 2018;

**Preso atto** che, nel rispetto di quanto disposto dall'art.23 dell'ACN-MMG 23/03/2005 e s.m.i. e dagli AA.II.RR., recepiti con D.G.R.U. n.1653/06 e n.698/2018, in sede di Comitato Aziendale di Medicina Generale tenutosi il giorno 26/06/2019 si è conclusa la trattativa per la definizione dell'accordo aziendale MMG – Obiettivi anno 2019. Alla riunione del Comitato Aziendale erano presenti i rappresentanti Aziendali delle seguenti Organizzazioni Sindacali: F.I.M.M.G. (Federazione Medici di Medicina Generale), SMI (Sindacato Medici Italiani) e SNAMI( Sindacato Nazionale Medici Italiani);

**Preso atto inoltre** che, a fine seduta, l'Accordo Aziendale denominato "**Accordo Aziendale Medicina Generale - Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale Anno 2019 -**" è stato sottoscritto dal Commissario Straordinario della USL Umbria1 e dai rappresentanti di tutte le Organizzazioni Sindacali;

Atteso che l'Accordo Aziendale viene qui allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente atto, composto da n.33 pagine;

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

1. Prendere atto che in data 26/06/2019, in sede di Comitato Aziendale MMG, è stato siglato, dal Commissario Straordinario della USL Umbria1 e dai rappresentanti delle OO.SS.: F.I.M.M.G., SMI e SNAMI, l'accordo Aziendale MMG – Obiettivi anno 2019

avente titolo “**Accordo Aziendale Medicina Generale - Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale Anno 2019**”, nel testo qui allegato quale parte integrante, sostanziale ed inscindibile della presente deliberazione, composto da n. 33 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, Dirigente Servizio Informatico;
3. Dare atto che la spesa complessiva derivante dall'adozione del presente provvedimento, stimata complessivamente in circa Euro 3.050.000,00 farà capo all'esercizio economico finanziario 2019, conto di costo 2700-100 -100 per Euro 2.900.000,00 e conto di costo 2700-500-110 per Euro 150.000,00, che presentano le necessarie disponibilità;
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.C.***

R.U. Tratt.to Economico del Pers. Dip.te -  
Gestione Pers. Conv.to e Strutture Conv.te  
*Dr.ssa Annalisa Fabbri*

**Accordo Aziendale Medicina Generale  
Assistenza Primaria  
e  
Continuità Assistenziale  
Anno 2019**

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.	9
<b>Sezione 2 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.	10
2.1.2 - Promozione Adesione ai programmi di screening dei tumori	pag.	11
2.1.2.1 - Screening del carcinoma del colon retto		
2.1.2.1.1 - Adesione al I livello di screening	pag.	12
2.2 Obiettivi di appropriatezza:	pag.	13
2.2.1 - Appropriatazza farmaceutica:		
Rispetto dei tetti di spesa programmati	pag.	14
2.2.2 - Appropriatazza farmaceutica:		
Prescrizioni di particolari categorie terapeutiche	pag.	15
2.3 Campagna vaccinale antinfluenzale	pag.	16
Campagna Vaccinale Antinfluenzale 2019/2020		
Copertura Ultra - 65enni		
2.4 Vaccinazione Anti-pneumococcica	pag.	18
a) Vaccinazione popolazione a rischio durante la campagna antinfluenzale		
b) Vaccinazione coorte popolazione 65enne (nati nel 1954)		
<b>Scheda riassuntiva obiettivi</b>	pag.	20
<b>Sezione 3 Assistenza Primaria – Area di miglioramento organizzativo:</b>		
Allegato 1 – Scheda formato dei dati valutazione RCV	pag.	22
Allegato 2 – Istruzioni operative per l’invio dei dati relativi alla Valutazione del RCV globale	pag.	23
Allegato 3 – Istruzioni per l’accesso al portale area dedicata alla verifica dell’adesione allo Screening del Colon retto	pag.	24
Allegato 4 – Metodologia utilizzata per le analisi dei dati di prescrizione farmaceutica	pag.	26
<b>Sezione 4 – Continuità Assistenziale</b>		
Sezione 4.1 Obiettivo Governance Clinica e Organizzativa	pag.	27
Sezione 4.2 Integrazione Assistenza Primaria e Continuità dell’Assistenza	pag.	28
Sezione 4.3 Azioni di qualificazione della Continuità Assistenziale	pag.	28
Sezione 4.4 Integrazione con le attività distrettuali ed i servizi territoriali	pag.	28
Allegato 1/CA – Continuità delle cure per pazienti in Assistenza Domiciliare ed in RSA	pag.	30
<b>FIRME</b>	pag.	33

## **PREMESSA**

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 favorite dal completamento del nuovo modello organizzativo incentrato sulle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

L'Accordo 2019, quindi, è articolato in:

### **Sezione 1 *Obiettivi relativi alla quota di € 3,08 ad assistito***

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

### **Sezione 2 *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:
  - Appropriately farmaceutica: rispetto dei tetti di spesa programmati;
  - Appropriately farmaceutica: prescrizione di particolari categorie terapeutiche;
- Campagna vaccinale antinfluenzale 2019/2020.

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

- Potenziamento delle équipes territoriali.

## **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**

Con D.G.R.U n. 698 del 25/06/2018 è stato approvato l'Accordo Integrativo regionale medici di medicina generale. Il tetto regionale di spesa farmaceutica pro-capite anno 2019 è stato fissato in Euro 158,00. In analogia a quanto stabilito negli anni precedenti, in sede Aziendale, si definiscono le fasce di scostamento.

#### **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  $\leq$  € 158,00 detratta della quota di compartecipazione a carico dell'assistito e della quota dell'ossigeno, percepiranno mensilmente, a titolo di acconto, **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 2,22 % ( $\leq$  € 161,50) del tetto di spesa indicata al punto 1, percepiranno mensilmente, a titolo di acconto, 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 3,10 % ( $\leq$  € 166,50) del tetto di spesa indicata al punto 2, percepiranno mensilmente, a titolo di acconto, 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 2,70% ( $\leq$ 171,00) del tetto di spesa indicata al punto 3, percepiranno mensilmente, a titolo di acconto, 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 2019, verranno rimodulati, attivati o sospesi, a seguito delle verifiche effettuate nel mese di Novembre 2019. Eventuali conguagli o recuperi riferiti ai risultati a consuntivo anno 2019 verranno effettuati entro il mese di Aprile 2020.

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 i report analitici trimestrali, relativi ai primi 60/80 principi attivi in ordine decrescente di spesa.

### 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 o su prelievo capillare effettuato mediante strumentazione POC dagli operatori dei CdS presso il domicilio dei pazienti, 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 si ritiene opportuna la progressiva estensione del progetto a tutti gli ambiti distrettuali. Per favorire la massima partecipazione al progetto l'Azienda si impegna alla organizzazione di nuovi Corsi formativi.

I medici formati, appartenenti alla forma associativa medicina di gruppo, che hanno già manifestato l'adesione al progetto, potranno seguire i propri assistiti, e 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 o su prelievo capillare effettuato mediante strumentazione POC dagli operatori dei CdS presso il domicilio dei pazienti.

Le modalità operative del progetto sono:

1. La gestione dei pazienti in TAO avviene 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 € 25,00 modalità (A) e di € 8,00 modalità (B).

## 1.2.2 PROGETTO DIABETE

In considerazione di quanto indicato nell'Accordo Integrativo Regionale, D.G.R. n. 903 del 28/7/2017, uno dei compiti specifici dei medici che compongono l'Aggregazioni Funzionali Territoriali è l'adesione “*ai programmi di sanità di iniziativa organizzati a livello di Distretto, Azienda USL e Regione*”. Per tale motivo, in attesa di completa applicazione di tale accordo a livello aziendale, si concorda che le medicine di gruppo che stanno effettuando la sperimentazione possano proseguirla anche per il 2019 con le stesse modalità indicate nell'accordo aziendale anno 2017. Tale decisione scaturisce anche in considerazione dei risultati positivi conseguiti già dal primo anno di sperimentazione del progetto che ne giustificano il proseguimento.

Infine si concorda che tutti i dati relative alla visite effettuate nel 2019 dovranno essere inserite, dai medici partecipanti al progetto, direttamente sul portale aziendale della Medicina generale “ECWMED”, entro il 31/01/2020.

### **Compensi incentivanti:**

- *Obiettivo raggiunto al 100% € 1,00 annuo/assistibile;*
- *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 effettuata dal referente aziendale del progetto ed i risultati, saranno trasmessi all'U.0 Trattamento Economico Personale Dipendente –Gestione Personale Convenzionato e Strutture Convenzionate- “*Ufficio trattamento giuridico ed Economico Personale Convenzionato*”- per il relativo riconoscimento economico.

**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.*

<b>FASI</b>	<b>ATTIVITÀ</b>	<b>ATTORI</b>	<b>STRUMENTI</b>	<b>note</b>
<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

## **FINANZIAMENTO DEI PROGETTI**

I progetti: “*Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale presso l’ambulatorio di medicina generale*” e “*Progetto diabete 2019*” e “*Implementazione attività in ADF*” vengono finanziati con le risorse rese disponibili, dal fondo 2018 (€ 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).

**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 2020**, 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 cervicale 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.

<b>peso = 14</b>
------------------

### 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 2023-2024 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 2023-2024 (inizio 01.01.2023 e conclusione 31.12.2024) con verifiche di adesione trimestrali e con una verifica finale nel I° semestre 2025.

In considerazione della durata biennale del round 2023-2024, la verifica del raggiungimento dell'obiettivo verrà effettuata alla fine del 1° semestre 2025 e conseguentemente, verranno poste in liquidazione le competenze, spettanti ai medici interessati, con la mensilità di cassa Settembre 2025.

### **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, 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 la Legge di bilancio 2017 (Legge 11 dicembre 2016, n. 232), pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 21 dicembre 2016, prevede che il “*tetto della spesa farmaceutica convenzionata*” a carico del SSN sia pari all’ 7,96 % e che la Regione Umbria con D.G.R. n. 1195 del 29/10/2018 ha emanato gli “*Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l’esercizio 2019*”. Tenuto conto dei dati a consuntivo 2018 si precisa che **per l’anno 2019**, l’obiettivo aziendale della spesa farmaceutica è al netto dell’ossigeno terapeutico, dei farmaci con piano terapeutico PT (direttiva regionale prot. n. 1780783 del 25/05/2017) 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, stabilire l’importo **pari a € 154,50** per l’obiettivo aziendale di spesa pro capite pesata annua. Il suddetto parametro potrà essere modificato in sede di Comitato Aziendale, nel caso di provvedimenti nazionali/regionali, anche in funzione della definizione del tetto di spesa regionale anno 2019.

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,  $\leq$  **€154,50** 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**, ( $\leq$  **€ 159,15**) 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)**, ( $\geq$  **€ 163,95**) 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 2019, 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,  $>95\%$  beneficeranno del **100%** 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,  $\geq 90\% \leq 95\%$  beneficeranno del **50%** 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 sopra indicate, non sarà in questa sede considerata l'incidenza percentuale legata alle eventuali scadenze brevettuali del 2019.

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 2019 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

Per l'anno 2019 l'obiettivo si intende raggiunto per i medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, abbiano conseguito livelli di spesa pro capite pesata annua  $\leq$  € **11,51** (salvo diverse indicazioni Regionali).

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

peso = 10

Per l'anno 2019 l'obiettivo si intende raggiunto per i medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, abbiano conseguito livelli di spesa pro capite pesata annua  $\leq$  € **13,65** (salvo diverse indicazioni Regionali).

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 € **153,50** (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.

## Campagna Vaccinale Antinfluenzale 2019/2020 Copertura ultrasessantacinquenni

peso = 5
----------

Gli obiettivi della campagna vaccinale antinfluenzale 2016/2017, relativi alla copertura vaccinale della popolazione ultra-65enne e antimeningococcica, salvo diverso Accordo Regionale, vengono confermati anche per la campagna **2019/2020**, come stabilito con D.G..R.U. n.903 del 28/07/2017 avente per oggetto: *Approvazione verbale Comitato Regionale Medici di Medicina Generale del 24/07/2017. Accordo Integrativo regionale 2017. (Riorganizzazione della Medicina Generale e Continuità Assistenziale).*

Gli obiettivi e gli aspetti economici riguardanti la campagna vaccinale antinfluenzale **2019-2020** ed in particolare, quelli relativi alla copertura vaccinale della popolazione ultra-65enne, vengono riproposti nei termini di seguito riportati:

- Le dosi di vaccino antinfluenzale saranno, come nella precedente campagna, pari al 61% della popolazione ultrasessantacinquenne aziendale. Nella distribuzione al singolo MMG tale percentuale sarà suscettibile di variazioni in eccesso o in difetto utilizzando come fattore di correzione il livello di copertura vaccinale raggiunto nella campagna 2018-2019. L'integrazione potrà avvenire, oltre che con il vaccino adiuvato, anche tramite consegna del vaccino split.
- I vaccini verranno consegnati ai Centri di Salute in due tranche. Al fine di permettere un avvio ottimale della campagna verranno distribuiti in prima battuta il 70% delle dosi e il restante 30% a distanza di circa 15 giorni. I MMG si impegnano al ritiro tempestivo delle dosi presso il CdS di afferenza per ottimizzare la logistica dell'approvvigionamento e stoccaggio dei vaccini.
- ai medici che non raggiungono una quota vaccinale della popolazione assistita ultrasessantacinquenne almeno del 45%, non si dà luogo a nessuna forma di remunerazione;
- ai medici che raggiungono la quota di vaccinati ultra sessantacinquenni compresa tra  $\geq 45\%$  e  $\leq 50\%$ , viene riconosciuto la quota (€ 6,16 ad assistito vaccinato) prevista dall'A.C.N. per la prestazione vaccinale;
- ai medici che raggiungono la quota di vaccinati ultrasessantacinquenni compresa tra  $>50\%$  e  $\leq 60\%$ , oltre alla quota prevista dall'ACN per la prestazione vaccinale, viene riconosciuto l'incentivo di € 100 ad assistito vaccinato;
- ai medici che raggiungono la quota di vaccinati ultra sessantacinquenni compresa tra  $>60\%$  e  $\leq 70\%$ , oltre alla quota prevista dall'ACN per la prestazione vaccinale, viene riconosciuto l'incentivo di € 200 ad assistito vaccinato;
- ai medici che raggiungono la quota di vaccinati ultra sessantacinquenni compresa tra  $>70\%$  e  $\leq 75\%$ , oltre alla quota prevista dall'ACN per la prestazione vaccinale, viene riconosciuto l'incentivo di € 300 ad assistito vaccinato;
- ai medici che superano la quota di vaccinati ultra sessantacinquenni  $>al 75\%$ , viene riconosciuto, oltre alla quota prevista dall'ACN per la prestazione vaccinale, l'incentivo di € 4,00 ad assistito vaccinato;.
- Le vaccinazioni effettuate a domicilio dell'assistito in condizioni di non autosufficienza o di particolari disagi sociali, secondo i criteri enunciati nell'allegato G dell'ACN-MMG 23/03/2005 e s.m.i. di seguito riportati:
  - a) impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione. Portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare;
  - b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano altro e senza ascensore);

- c) impossibilità per gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:
- insufficienza cardiaca in stadio avanzato;
  - insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
  - arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;
  - gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;
  - cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;
  - paraplegici e tetraplegici.

vengono remunerate, oltre che con la quota prevista dall'ACN per la prestazione vaccinale anche con una quota di € 2,00.

Per le vaccinazioni a domicilio viene erogato il compenso sopra richiamato a prescindere dal raggiungimento o meno della percentuale minima prevista per il diritto alla remunerazione.

Per il calcolo della percentuale di copertura della popolazione ultrasessantacinquenne, al fine esclusivo della quota incentivante, le vaccinazioni eseguite a domicilio vengono valutate in modo doppio rispetto alle vaccinazioni eseguite presso lo studio del medico.

Il medico avrà a disposizione nel portale campi distinti dove inserire la vaccinazione effettuata in ambulatorio e quella a domicilio dell'assistito.

L'Azienda Sanitaria potrà effettuare controlli a campione sulle vaccinazioni eseguite a domicilio dell'assistito.

Il calcolo della percentuale di copertura viene effettuato sulla popolazione ultrasessantacinquenne in vita alla data di inizio della campagna vaccinale.

Il MMG dovrà provvedere a comunicare al CdS di riferimento, entro il 20/12/2019, il numero di eventuali dosi di vaccino rimaste disponibili e che ritiene di non utilizzare, per concordare le modalità di restituzione o di riallocazione ad altri Distretti e CdS che ne avessero necessità. Al termine della campagna, per tutte le dosi consegnate a ciascun MMG deve risultare l'avvenuta utilizzazione mediante registrazione.

La campagna vaccinale inizierà e dovrà concludersi nel rispetto delle direttive regionali/aziendali.

Per la remunerazione della quota incentivante ogni Azienda USL utilizza il fondo determinato e derivato dalla quota parte dei € 6,00 di cui al paragrafo F) della trattativa regionale decentrata (DGR n. 1653/2006), riferita agli obiettivi specifici fissati dagli accordi aziendali.

## **b) Copertura popolazione a rischio con età < 65 anni**

In continuità con le procedure di copertura vaccinale sperimentate negli ultimi anni, la vaccinazione a tale categoria di assistibili viene affidata anche ai Medici di Medicina Generale.

- 1) La distribuzione di vaccini al singolo MMG viene calcolata proporzionalmente al numero degli assistibili con età < 65 anni nella misura del 5%. Il ritiro del vaccino da parte del MMG avverrà in modo scaglionato in accordo con il CdS di riferimento del MMG.;
- 2) La remunerazione prevista, fermo restando l'obbligo della registrazione informatizzata, è di Euro 6,16 ad assistito vaccinato, come stabilito dal vigente ACN-MMG..

I MMG dovranno tempestivamente provvedere ad inserire nel sistema informativo del portale per la Medicina Generale 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 e del DIP verifiche settimanali sull'andamento della campagna vaccinale;

- b) Il MMG dovrà provvedere a comunicare al CdS di riferimento, entro il 20/12/2019, il numero di eventuali dosi di vaccino rimaste disponibili e che ritiene di non utilizzare, per concordare le modalità di restituzione o di riallocazione ad altri Distretti e CdS che ne avessero 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;

Dato atto che occorre dare applicazione al sopracitato atto Regionale ed alle disposizioni aziendali di carattere organizzativo, verrà diffuso a tutte le articolazioni aziendali interessate un protocollo operativo a cura del Dipartimento di Prevenzione - U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica.

## **SEZIONE 2.4 - VACCINALE ANTIPNEUMOCOCCICA**

### **a) Vaccinazione popolazione a rischio durante la campagna antinfluenzale**

La campagna antinfluenzale 2019-2020 sarà occasione per incrementare la copertura vaccinale anti-pneumococcica - vaccinazione che, comunque, può essere effettuata a prescindere dall'attuale campagna - dei soggetti a rischio, individuati dai singoli MMG, affetti di una delle patologie sotto riportate, 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 delle équipes territoriali di appartenenza. Verranno distribuite ai MMG un numero di dosi pari, inizialmente, al 6 x 1.000 della intera popolazione assistibile.

La remunerazione economica da erogare ai medici di medicina generale è di Euro 6,16/vaccinazione come stabilito il 25/09/2014 in sede di Comitato Regionale dei Medici di Medicina Generale. Il verbale della seduta è stato approvato con D.G..R.U. n. 1246 del 06/10/2014.

#### **Soggetti affetti da una delle seguenti patologie**

(dal PNPV 2017-2019)

- Cardiopatie croniche
- Malattie polmonari croniche
- Diabete Mellito
- Epatopatie croniche, inclusa la cirrosi epatica e le epatopatie croniche evolutive da alcool
- Alcoolismo cronico
- Soggetti con perdite liquorali da traumi o intervento
- Presenza di impianto cocleare
- Emoglobinopatie quali anemia falciforme e talassemia
- Immunodeficienze congenite o acquisite
- Infezione da HIV
- Condizioni di asplenia anatomica o funzionale e pazienti candidati alla splenectomia
- Patologie onco-ematologiche (leucemie, linfomi e mieloma multiplo)
- Neoplasie diffuse
- Trapianto d'organo o di midollo
- Patologie richiedenti un trattamento immunosoppressivo a lungo termine
- Insufficienza renale/surrenalica cronica

## **b) Vaccinazione coorte popolazione 65enne (nati nel 1954)**

L'Accordo Integrativo Regionale (DGR n. 903 del 28/7/2017), riprendendo le direttive del Piano Nazionale Vaccini (PNV) 2017-2019, prevede, per la vaccinazione anti-pneumococcica, la chiamata attiva da parte dei MMG dei loro assistiti di 65 anni (nati nel 1954). Questi ultimi, nella nostra Azienda, sono circa 6.000 ed in media circa 15 per MMG (range 1 – 37).

Considerato che il PNV indica una copertura di almeno il 55% da raggiungere entro il 31/12/2019, l'Azienda intende garantire la distribuzione delle dosi necessarie, pari a 3.300 dosi, oltre alle dosi spettanti per la vaccinazione dei soggetti a rischio (v. sopra). Tali dosi verranno distribuite a tutti i MMG con le stesse modalità del punto precedente. **Successive integrazioni regoleranno la prosecuzione sistematica della campagna vaccinale antipneumococcica.**

La remunerazione economica da erogare ai medici di medicina generale è di Euro 6,16/vaccinazione come stabilito il 25/09/2014 in sede di Comitato Regionale dei Medici di Medicina Generale, approvato con D.G.R.U. n. 1246 del 06/10/2014.

Le parti concordano che la vaccinazione con chiamata attiva della coorte dei 65enni, iniziata con l'accordo 2017, continuerà ad essere effettuata dai MMG anche al di fuori del periodo della campagna vaccinale antinfluenzale, con le stesse modalità e remunerazioni riportate nel presente accordo, salvo modifiche condivise e concordate.

## **c) Inserimento dei dati nel Portale della Medicina Generale**

L'inserimento dei dati delle singole vaccinazioni avverrà a cura del singolo MMG nella pagina - già esistente - dedicata alla campagna antipneumococcica.

**SCHEDA RIASSUNTIVA - OBIETTIVI MMG 2018 - INCENTIVO 2018: €(6,00 – 5%) = € 5,70 ANNUO/ASSISTITO**

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% <53%	50%	
<b>OBIETTIVI DI APPROPRIATEZZA</b>				
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Spesa Pro Capite Pesata	1°Liv.: <= € 154,50	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	> 95% sul totale delle sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina prescritte (codice ATC C09)	100%	10
		>=90 e <=95% sul totale delle sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina prescritte (codice ATC C09)	50%	
	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	D.G.R.U. N. 903 del 28/07/2017		5

## **3.1 Potenziamento delle équipes territoriali**

### **3.1.1 Partecipazione alle riunioni di AFT**

La partecipazione alle riunioni di AFT 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 alla determinazione dell'incentivo spettante e conseguente liquidazione, effettuando eventuali recuperi e/o conguagli in funzione del grado di partecipazione alle riunioni previste su base annua (11 riunioni/anno) calcolato in ragione del periodo di servizio prestato.

#### **Esempio: medico in servizio per l'intero anno 2019:**

1. Partecipazione riunioni in misura => **8** presenze (di cui fino a n.3 con medico delegato): indennità **100%**;
2. Partecipazione riunioni in misura => **6** presenze (di cui n.1 con medico delegato): indennità **50%**;
3. Partecipazione riunioni in misura < **6** presenze: indennità **0**

La partecipazione può essere delegata ad un sostituto 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 per un massimo di 3 (tre) riunioni su base annua, un medico facente parte del gruppo stesso.

In caso di prolungata assenza continuativa del titolare (=>4 mesi) per malattia, nel computo delle riunioni, si terrà conto della partecipazione del sostituto. In caso di obiettivo raggiunto il compenso spettante verrà ripartito nel modo seguente: 50% al titolare e 50% al sostituto.



## 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 misurazioni effettuate 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:  \*

e per data dell'evento (che può essere un invito oppure un esame effettuato).

CODICE FISCALE	PAZIENTE	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.
1. "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.

**MONITORAGGIO ESAMI FOBT - STATISTICHE (MEDICO )**

**ASSISTITI CON ETA' COMPRESA TRA 50 E 74 ANNI**

		INCIDENZA
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
XXXXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	11/03/2009				
XXXXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	21/01/2009				
XXXXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	16/09/2009				
XXXXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	27/05/2009				
XXXXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	12/06/2009				

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 resi disponibili e consultabili nel portale Aziendale e si riferiscono alla spesa farmaceutica lorda al netto della quota di ossigeno, dei farmaci con piano terapeutico PT (direttiva regionale prot. n. 1780783 del 25/05/2017) e della quota di compartecipazione dei cittadini e alla popolazione assistita 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 dei dati, rilevati dalla procedura Goodmen, finalizzata alla verifica del raggiungimento dell'obiettivo di appropriatezza prescrittiva, si fa riferimento alla spesa farmaceutica lorda al netto della quota di ossigeno, dei farmaci con piano terapeutico PT (direttiva regionale prot. n. 1780783 del 25/05/2017) e della quota di compartecipazione dei cittadini.

### **SEZIONE 2.2.**

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

Nell'analisi dei dati, finalizzata alla verifica del raggiungimento dell'obiettivo di appropriatezza prescrittiva, si fa riferimento alla spesa farmaceutica lorda al netto della quota di ossigeno, dei farmaci con piano terapeutico PT (direttiva regionale prot. n. 1780783 del 25/05/2017) 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 – CONTINUITA' ASSISTENZIALE –

### SEZIONE 4.1 Obiettivo Governance Clinica e Organizzativa

**QUOTA DI € 1,03 per ora di servizio effettivo svolto in forma attiva dal MEDICO di CA (Accordo Integrativo Regionale D.G.R.U. 903/2017)**

Fino alla completamento organizzativo e operativo di tutte le AFT continueranno a svolgersi le riunioni d'equipe in quanto hanno rappresentato e 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 altre 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 2019.

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 mensili eventualmente corrisposti.

Esempio: servizio attivo prestato per l'intero anno 2019:

1. Partecipazioni riunioni di equipe (in misura)  $\geq 75\%$  (n.  $\geq 8$  presenze) incentivo **100%**;
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%;

## **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**

Le azioni di qualificazione della Continuità Assistenziale previste negli Accordi Aziendali Integrativi precedenti continuano ad essere messe in atto anche per l'anno 2019. Pertanto 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.

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.

Resta inteso che sulla base di quanto previsto nel nuovo Accordo Integrativo Regionale (D.G.R. n. 903 del 28/7/2017) tali azioni potranno essere riviste.

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 2019.

## **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.
- specifica esperienza/formazione per svolgere l'attività richiesta.

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 nell'arco temporale coperto dal servizio di Continuità Assistenziale;
- 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 nell'arco temporale coperto dal servizio 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;
- I Medici della CA, una volta ricevuto l'elenco dei casi in ADI e le segnalazioni, dovranno effettuare gli accessi domiciliari programmati durante l'effettuazione del turno di servizio;

- 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:**

- 1) pazienti il cui Piano Assistenziale Individuale preveda accessi medici programmati che ricadano anche nell'arco temporale coperto dal servizio di Continuità Assistenziale;
- 2) pazienti dimessi dall'ospedale, per i quali è necessaria una tempestiva impostazione del piano terapeutico e assistenziale;
- 3) pazienti affetti da patologia cronica, per le quali si renda necessario un intervento medico tempestivo, 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. Andrea Casciari** – Commissario Straordinario  
USL UMBRIA 1 (firmato)

**OO.SS.**

**Dr. Leandro Pesca** – Delegato sindacale FIMMG (firmato)

**Dr. Lucarelli Maurizio** – Delegato sindacale SMI (firmato)

**Dr. Andrea Nicasi Zanetti** – Delegato sindacale SNAMI (firmato)

Perugia 26/06/2019