

**Accordo Aziendale Medicina Generale**  
**Ruolo Unico**  
**di**  
**Assistenza Primaria**

**Anno 2022**

## INDICE

<b>PREMESSA</b>	pag.	3
<b>Sezione 1 – Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta Obiettivi relativi alla quota variabile ripartita dall’AIR</b>		
1.1 Livelli programmati di spesa	pag.	4
1.2 Obiettivi di governo clinico:		
- progetto TAO	pag.	4
- Progetto Diabete	pag.	5
<b>Sezione 2 - Obiettivi relativi alla quota di € 6,00 annui/assistito</b>		
2.1 Obiettivi di salute:		
- Valutazione del rischio cardiovascolare globale	pag.	7
2.2 Obiettivi di appropriatezza:		
- Appropriatezza farmaceutica: rispetto dei tetti di spesa programmati	pag.	9
2.3 Campagna vaccinale di cui alla D.G.R.U. n. 1043 del 14/10/2022	pag.	9
<b>Sezione 3 - Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta Area di miglioramento organizzativo</b>		
	pag.	10
<b>Sezione 4 – Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria Continuità Assistenziale</b>		
4.1 Integrazione Assistenza Primaria e continuità dell’assistenza	pag.	11
4.2 Integrazione con le attività distrettuali ed i servizi territoriali	pag.	11
4.3 Obiettivo Governance Clinica e Organizzativa	pag.	12
4.4 Azioni di qualificazione della Continuità Assistenziale	pag.	13
<b>Scheda riassuntiva obiettivi quota € 6,00 annuo/assistito</b>	pag.	13
<b>Firme</b>	pag.	14
<b>SCHEDE ED ALLEGATI:</b>		
Scheda 1 – Progetto Diabete	pag.	16
Scheda 2 – Progetto Diabete	pag.	17
Allegato 1 – Scheda formato dei dati valutazione RCV	pag.	18
Allegato 2 – Istruzioni operative per l’invio dei dati relativi alla Valutazione del RCV globale	pag.	19
Allegato 3 – Continuità delle cure per pazienti in Assistenza Domiciliare ed in RSA	pag.	20

## PREMESSA

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

L'entrata in vigore del nuovo ACN in data 28/04/2022 ha, come noto, determinato la ridefinizione del modello organizzativo dell'Assistenza Primaria che dovrà valorizzare ulteriormente il modello organizzativo incentrato sulle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

L'Accordo 2022 è articolato come segue:

### Sezione 1 – Obiettivi relativi alla quota variabile ripartita dall'AIR

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

### Sezione 2 – Obiettivi relativi alla quota di € 6,00 ad assistito

1. Obiettivi di salute:
  - Valutazione del rischio cardiovascolare globale;
2. Obiettivi di appropriatezza:
  - Appropriatezza farmaceutica: rispetto dei tetti di spesa programmati;
3. Campagna vaccinale di cui alla D.G.R.U. n. 1043 del 14/10/2022

### Sezione 3 – Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta area di miglioramento organizzativo

1. Potenziamento delle équipe territoriali.

### Sezione 4 – Continuità Assistenziale

Interventi e azioni:

1. Integrazione Assistenza Primaria e continuità dell'assistenza
2. Integrazione con le attività distrettuali ed i servizi territoriali

Profili incentivanti:

3. Governance Clinica e Organizzativa
4. Azioni di qualificazione della Continuità Assistenziale

## **SEZIONE 1 - OBIETTIVI RELATIVI ALLA QUOTA VARIABILE RIPARTITA DALL' AIR**

In linea di continuità, tale quota viene erogata sulla base del grado di raggiungimento di obiettivi riferiti a:

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

### **1.1 LIVELLI PROGRAMMATI DI SPESA**

Si rinvia a quanto concordato nell'Accordo Integrativo Regionale valevole per l'anno 2022 attualmente definiti con Deliberazione di Giunta Regionale n. 345 del 13/04/2022.

### **1.2 OBIETTIVI DI GOVERNO CLINICO**

#### **PROGETTO TAO**

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).

## **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 le 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 2022 con le stesse modalità indicate nell'accordo aziendale anno 2021.

Inoltre si concorda che tutti i dati relative alla visite effettuate nel 2022 dovranno essere inserite, dai medici partecipanti al progetto, direttamente sul portale aziendale della Medicina generale “ECWMED”, entro il 30/04/2023.

Si evidenzia che gli obiettivi sono calcolati per singolo medico anche se appartenente alla medicina di gruppo.

## **INDICATORI**

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

5. registrazione di una clearance stimata in almeno il 70% dei pazienti in carico negli ultimi 12 mesi.

#### CRITERI DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO

- ***l'obiettivo si intende raggiunto al 100%*** qualora almeno il 50% dei pazienti diabetici che abbiano dato il consenso siano stati presi in carico e il valore dell'Hb1Ac, effettuata nell'ultimo anno, presenti un valore < 7,5%
- ***l'obiettivo si intende raggiunto al 70%*** qualora almeno il 40% dei pazienti diabetici che abbiano dato il consenso siano stati presi in carico e il valore dell'Hb1Ac, effettuata nell'ultimo anno, presenti un valore < 7,5%

#### COMPENSI INCENTIVANTI

- Obiettivo raggiunto al 100%: € 1,00 annuo/assistito;
- Obiettivo raggiunto al 70%: € 0,70 annuo/assistito.

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.O.C. Risorse Umane - Trattamento Giuridico Economico Personale Dipendente e Convenzionato - "Ufficio Gestione Personale Convenzionato e Strutture Convenzionate" per il relativo riconoscimento economico.

I progetti "Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale presso l'ambulatorio di medicina generale", "Progetto diabete" vengono finanziati con le risorse rese disponibili, dal fondo 2021 (€ 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:

- Valutazione del rischio cardiovascolare globale;

### 2.2 Obiettivi di appropriatezza:

- Appropriatezza farmaceutica: rispetto dei tetti di spesa programmati;

### 2.3 Campagna vaccinale antinfluenzale 2022/2023.

## **2.1 - OBIETTIVI DI SALUTE**

Le parti concordano di destinare il 5% della quota dei 6,00 Euro alla Continuità Assistenziale. Tale quota verrà destinata al finanziamento di:

- formazione professionale con 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;
- prosecuzione dell'Accordo Attuativo Aziendale approvato con Delibera D.G. n. 778 del 02/07/2021 nella parte relativa al riconoscimento economico per i turni aggiuntivi.

### **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

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 60% dei pazienti ipertesi in trattamento farmacologico in età compresa tra 40 e 69 anni verranno raccolti il 70% dei dati necessari alla valutazione del RCVG e delle informazione 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 60% dei pazienti ipertesi in trattamento farmacologico in età compresa tra 40 e 69 anni verranno raccolti il 40% dei dati necessari alla valutazione del RCVG e delle informazione 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

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 il 70% dei pazienti diabetici in trattamento farmacologico in età compresa tra 40 e 69 anni verranno raccolti l '70% dei dati necessari alla valutazione del RCVG e delle informazione 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 diabetici in trattamento farmacologico in età compresa tra 40 e 69 anni verranno raccolti il 40% dei dati necessari alla valutazione del RCVG e delle informazione 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 **30 aprile 2023**, secondo le istruzioni operative previste dall'Allegato 2.

## **2.2 - OBIETTIVI DI APPROPRIATEZZA**

### **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.

PER LA VALUTAZIONE DELL'OBIETTIVO SI FA RINVIO A QUANTO CONVENUTO NELLA RIUNIONE DEL COMITATO DEL 01/09/2022 E ALL'ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE RECEPITO CON DELIBERA D.G. N. 999 DEL 16/09/2022.

### **2.3 - CAMPAGNA VACCINALE DI CUI ALLA D.G.R.U. N. 1043 DEL 14/10/2022**

Recepimento Accordo Regionale di cui alla D.G.R.U. n. 1043 del 14/10/2022 riguardante la campagna di vaccinazione stagionale antinfluenzale, vaccinazione anti-pneumococcica, vaccinazione anti HZ 2022/2023 e prosecuzione campagna vaccinazione anti-Covid-19.

### **3.1. 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 equipe.

Per i medici di assistenza primaria la quota fissa capitaria di ponderazione (già prevista all'Art. 59 lett. A commi 6 e 7 ACN 23/03/2005 e s.m.i.) 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 equipe.

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 equipe 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 2022:**

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 della Sostituzione (Art. 36 dell'A.C.N. 28/04/2022, ovvero Art. 37 dell'ACN previgente) e pertanto la suddetta partecipazione equivale a presenza. 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.

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.

- 4.1 Integrazione Assistenza Primaria e continuità dell'assistenza
- 4.2 Integrazione con le attività distrettuali ed i servizi territoriali
- 4.3 Obiettivo Governance Clinica e Organizzativa
- 4.4 Azioni di qualificazione della Continuità Assistenziale

#### **4.1 INTEGRAZIONE ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITÀ 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, i medici di Assistenza Primaria ad attività oraria, già 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.

#### **4.2 INTEGRAZIONE CON LE ATTIVITÀ 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 Assistenza Primaria ad attività oraria, già 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 che verrà appositamente redatta a seguito di richiesta di disponibilità rivolta a tutti i medici in servizio attivo, titolari esclusivamente di incarico di CA e comunque nel rispetto delle compatibilità previste dal vigente ACN.

La graduatoria verrà formulata, con riferimento ai Distretti interessati, secondo i criteri di priorità di seguito indicati:

- assegnazione provvisoria presso il Distretto interessato;
- anzianità di titolarità di rapporto convenzionale di CA nell'azienda;
- anzianità di laurea;
- minore età;
- specifica esperienza/formazione per svolgere l'attività richiesta.

L'incarico di durata semestrale, può essere rinnovato per l'anno, 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'assegnazione dell'orario aggiuntivo di cui sopra cessa all'insorgenza di situazioni di incompatibilità del medico o per decisione unilaterale da parte del professionista o della direzione aziendale (a fronte di diverse necessità assistenziali e/o organizzative), da comunicare alla parte interessata con almeno un mese di preavviso.

### 4.3 GOVERNANCE CLINICA E ORGANIZZATIVA

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

Fino al 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 i 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 2022.

Ai medici sostituiti 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 Gestione Personale Convenzionato e strutture convenzionate.

Entro il primo trimestre dell'anno successivo, si provvederà ad effettuare, per tutti i medici (titolari, sostituiti 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 2022:

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%;

#### 4.4 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 2022. Pertanto il progetto, in Allegato 3 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.

Il progetto verrà finanziato con il quota parte dei 6,00 euro annui/assistito (5%) destinata all'accordo con i medici di Medicina Generale – Assistenza Primaria anno 2022.

#### SCHEDA RIASSUNTIVA - INCENTIVO 2022 € 6,00 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	> 60% dei pazienti con almeno il 70% dei dati indicati nell'Allegato 1	100%	10
		>60% dei pazienti con almeno il 40% 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	> 70% dei pazienti con almeno il 70% dei dati indicati nell'Allegato 1	100%	10
		>70% dei pazienti con almeno il 40% dei dati indicati nell'Allegato 1	70%	
<b>OBIETTIVI DI APPROPRIATEZZA</b>				
Appropriatezza prescrittiva Farmaceutica	Accordo Aziendale approvato dal Comitato MMG in data 01/09/2022 (Delibera D.G. n. 999 del 16/09/2022)			50
Vaccinazione antinfluenzale	% di assistibili in età > a 65aa sottoposti a vaccinazione antinfluenzale documentata su supporto informatizzato	D.G.R.U. N. 1043 del 14/10/2022		25
<b>OBIETTIVI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE</b>				
-Formazione professionale - Prosecuzione A.A.A. approvato con Delibera D.G. n. 778 del 02/07/2021 - Continuità delle cure per pazienti in assistenza domiciliare e in residenze sanitarie assistenziali				5

Gli allegati al presente Accordo costituiscono parte integrante del presente documento.

Letto, approvato e sottoscritto:

***PARTE PUBBLICA***

Direttore Generale Az. USL UMBRIA 1

**Dott. Massimo Braganti** 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, 28/12/2022

# **ALLEGATI**

**Accordo Aziendale Medicina Generale**

**Ruolo Unico**

**di**

**Assistenza Primaria**

**Anno 2022**

**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	

**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



## 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 alla Valutazione del rischio cardiovascolare globale devono obbligatoriamente essere inviati utilizzando il formato Excel contenente i campi riportati nella scheda 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.

Il tracciato record da utilizzare per l'invio dei dati relativi all'obiettivo RCVG per diabetici e ipertesi (un file per ipertesi e uno per diabetici) è il seguente:

N.	Campo	Formato
1	Codice regionale MMG	---
2	Numero progressivo	---
3	Codice Fiscale	---
4	Stato di diabete noto	S/N
5	In trattamento farmacologico per diabete	S/N
6	Abitudine al fumo riferita	S/N
7	Data Misurazione PA	gg/mm/aaaa
8	PAS	mmHg
9	PAD	mmHg
10	Stato di ipertensione noto	S/N
11	In trattamento farmacologico per ipertensione	S/N
12	Data Misurazione Colesterolemia	gg/mm/aaaa
13	Colesterolemia totale	valore laboratorio
14	Colesterolemia HDL	valore laboratorio
15	Data Misurazione Peso e Altezza	gg/mm/aaaa
16	Peso	kg
17	Altezza	m
18	Attività fisica	S/N
19	Anamnesi per evento cerebro-cardio-vascolare	S/N
20	Data clearance creatinina <b>per i soggetti diabetici</b>	gg/mm/aaaa
21	Valore clearance creatinina <b>per i soggetti diabetici</b>	valore laboratorio
22	Data emoglobina glicosilata <b>per i soggetti diabetici</b>	gg/mm/aaaa
23	Valore emoglobina glicosilata <b>per i soggetti diabetici</b>	valore laboratorio
24	Data microalbuminuria <b>per i soggetti diabetici</b>	gg/mm/aaaa
25	Valore microalbuminuria <b>per i soggetti diabetici</b>	valore laboratorio

La completezza dei dati dei 16 campi dal 4 al 19 verrà valutata per la popolazione ipertesa mentre per quella diabetica verranno valutati anche i 6 campi successivi dal 20 al 25.

Per evitare ulteriori elaborazioni informatiche il file non dovrà contenere intestazioni o campi non richiesti mentre è necessario, per evitare errori di attribuzione, valorizzare sempre la prima colonna - da riportare per tutti i record – con il codice regionale del medico inviante.

### 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 S/N per cui non è consentito riempirlo con X, 0, 1, N o altre modalità. Se un campo in formato S/N 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 inviati possono essere relativi a 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.

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

### **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.