



Unità Sanitaria Locale N° 2
Azienda Sanitaria Regionale dell'Umbria

Accordo Aziendale Medicina Generale
Assistenza Primaria
Anno 2009

INDICE

➤ INTRODUZIONE	pag. 2
➤ OBIETTIVI 2009	pag. 3
▪ SEZIONE 1 – Obiettivi relativi alla quota di Euro 3,08 ad assistito	pag. 3
- Sezione 1.1 - Livelli programmati di spesa	pag. 3
▪ SEZIONE 2 – Obiettivi relativi alla quota di Euro 6,00 ad assistito	pag. 4
- Sezione 2.1 – Valutazione del rischio cardiovascolare	pag. 4
- Sezione 2.2 – Adesione al I° screening per la prevenzione dei tumori del colon retto	pag. 5
- Sezione 2.3 – Appropriately utilizzo della specialistica	pag.6
- Sezione 2.4 – Appropriately prescrittiva farmaceutica	pag.8
- Sezione 2.5 – Campagna Vaccinale – Antinfluenzale 2009	pag.11
- Scheda riassuntiva obiettivi MMG 2009	pag.12
➤ AREE DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO 2009	pag.13
▪ Potenziamento delle equipe territoriali	pag.13
▪ Medicina di gruppo e sviluppo dell'integrazione MMG-CA	pag.14
➤ SVILUPPO PROGETTO ANNO 2009	
▪ Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale presso l'ambulatorio di medicina generale	pag.15
▪ Gestione clinica del paziente con diabete di tipo II	pag.16
ALLEGATI	pag.18

INTRODUZIONE

L'accordo, coerentemente con le direttive regionali, ha come obiettivo di contribuire al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute dei cittadini attraverso lo sviluppo della medicina del territorio e, in particolare:

- un riposizionamento del ruolo della MG attraverso una attenzione crescente alla “medicina anticipatoria” , così da incrementare le varie attività riferibili sia alla “medicina di iniziativa” (il bersaglio sono le persone sane, nell’ambito di programmi di screening di popolazione ed è fondata su manovre di prevenzione e diagnosi precoce) che alla cosiddetta “medicina di opportunità” (il medico attua, a livello individuale, interventi di prevenzione o di educazione sanitaria nei confronti di un paziente che si è rivolto a lui per altri motivi)
- l’attuazione di una efficace e diffusa azione preventiva nei confronti delle principali patologie responsabili di invalidità e morte ed, in particolare, l’attività di promozione di stili di vita adeguati allo scopo di prevenire diabete, malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie
- il perseguimento sistematico dell’appropriatezza attraverso la responsabilizzazione e la partecipazione condivisa dei vari operatori sanitari e anche dei cittadini-utenti allo scopo di garantire il miglior utilizzo delle risorse disponibili
- un’integrazione sempre più completa e proficua tra ospedale e territorio, così da garantire un appropriato utilizzo dell’ospedale e la definizione di percorsi comuni e condivisi, soprattutto nell’ambito delle malattie croniche.

In questo contesto e rispetto agli obiettivi sopra definiti, al MMG, grazie alla sua posizione privilegiata di punto di riferimento per il cittadino, spetta un compito essenziale e determinante non solo in relazione alla cura dei pazienti e al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza dei percorsi diagnostici e terapeutici, ma anche in riferimento alla promozione attiva della salute.

Gli obiettivi dell’accordo 2009 sono orientati quindi in questa direzione, nelle seguenti aree:

- Obiettivi di salute
- Governo Clinico
- Appropriatezza utilizzo della specialistica
- Appropriatezza prescrizione farmaceutica

OBIETTIVI 2009

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 05/06/2007, 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 ai livelli programmati di spesa:

SEZIONE 1.1

Livelli programmati di spesa

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 € 213 detratta della quota di compartecipazione a carico dell'assistito percepiranno mensilmente **una quota pari al 100%** di tale compenso, salvo recupero in funzione del risultato complessivo annuo;
2. I medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, registreranno una spesa pro capite pesata annua lorda $>$ € 213 e \leq € 221 detratta della quota di compartecipazione a carico dell'assistito, percepiranno mensilmente **una quota pari al 50%** 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 $>$ € 221 e \leq € 229 detratta della quota di compartecipazione a carico dell'assistito, percepiranno mensilmente **una quota pari al 30%** di tale compenso, a condizione che la spesa sia inferiore a quella dell'anno precedente, salvo recupero o conguaglio in funzione del risultato complessivo annuo.
4. L'Azienda, si impegna ad inviare regolarmente o mettere a disposizione per via telematica a ciascun medico convenzionato, entro il secondo mese successivo, il report mensile della propria prescrizione farmaceutica e reports analitici trimestrali, relativi ai primi 60/80 principi attivi in ordine decrescente di spesa.
5. Gli incentivi mensili, sulla base dei risultati a consuntivo anno 2008, e della rimodulazione effettuata nel corso dell'anno 2009, in corso di erogazione a titolo di acconto, continueranno ad essere erogati.
Eventuali conguagli o recuperi riferiti al consuntivo anno 2009 verranno effettuati entro il mese di marzo 2010.

SEZIONE 2

OBIETTIVI RELATIVI ALLA LA QUOTA DI € 6,00 AD ASSISTITO

SEZIONE 2.1-OBIETTIVI DI SALUTE -

Valutazione del rischio cardiovascolare globale

La valutazione e la gestione del rischio cardiovascolare globale rappresenta attualmente una delle priorità che l'accordo decentrato regionale 2006 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.

Si confermano pertanto gli obiettivi di salute a sostegno delle linee sopra evidenziate già oggetto degli accordi 2007 e 2008.

- **valutazione del rischio cardiovascolare negli ipertesi**

peso = 10

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.

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 informazione aggiuntive;
- **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 informazione aggiuntive.

La registrazione di tutti i dati deve avvenire su supporto informatizzato, da rendere disponibile in formato compatibile con Excel¹ (Vedi anche le istruzioni in Allegato 5).

- **valutazione del rischio cardiovascolare globale nei diabetici**

peso =10

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 allegata (**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 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 informazione aggiuntive;
- **al 70%** qualora per almeno il 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 informazione aggiuntive.

¹ Tale formato può essere utilizzato sia con software Excel di Microsoft sia con software gratuito "Open Office" scaricabile dal sito www.openoffice.org

Adesione al I° livello screening per la prevenzione dei tumori del colon retto

peso=15

Il I° round dello screening del carcinoma del colon retto (2007-2008) ha ottenuto buoni risultati di adesione al II livello (86,7% delle persone positive al test FOBT sono state sottoposte a colonscopia), ma risultati meno soddisfacenti sul piano dell'adesione al I livello di screening, in quanto il 47,1% di soggetti invitati si è sottoposto al test FOBT di I livello, con una copertura finale, calcolata includendo le partecipazioni spontanee, pari al 50,1%.

La frequenza di lesioni evidenziate nei soggetti FOBT+ esaminati è stata significativa, con 1243 casi: 142 neoplasie, 493 adenomi avanzati, 608 adenomi a basso rischio.

Questo segnala la necessità di promuovere ulteriormente l'adesione in tutti quei soggetti che non conoscono il loro stato di rischio.

Nel II° round dello screening, programmato nel biennio 2009-2010, è necessario quindi migliorare l'adesione al I livello, oltre che mantenere o migliorare i risultati di adesione al II livello. In entrambi gli ambiti il ruolo attivo e competente del MMG, che sottoscrive la lettera d'invito al test, è essenziale:

1. nel primo caso per verificare e sollecitare l'adesione al test FOBT da parte dei propri assistiti,
2. nel secondo caso per verificare e favorire l'adesione alla colonscopia e l'esecuzione di tutte le procedure di preparazione (informazione e supporto sul percorso diagnostico-terapeutico che segue un test FOBT positivo, prescrizione della colonscopia, degli esami di accompagnamento e dei farmaci per la preparazione intestinale).

Nel round di screening 2009-2010 saranno invitati aderire tutti i cittadini di 50-74 anni (circa 120.000 persone), con chiamate non più per MMG, come nel round precedente, ma secondo criteri legati all'età dell'assistito e alla scadenza biennale dell'eventuale precedente esame di screening.

Gli inviti saranno trasmessi a partire dall'aprile 2009 fino al dicembre 2010, con verifiche di adesione trimestrali e con una verifica finale nel I° semestre del 2011.

Per facilitare l'intervento attivo di rinforzo da parte del MMG e favorire il raggiungimento dello 65% di adesioni previsto a livello regionale, l'adesione al I° livello (percentuale di assistiti 50-74 che hanno provveduto al reinvio del kit di esame del sangue occulto nelle feci al laboratorio di riferimento), sarà disponibile e consultabile in continuo da parte di ciascun medico, nel portale MMG ad accesso riservato, in cui verrà creata una sezione dedicata.

In considerazione della durata biennale del round 2009-2010, la verifica del raggiungimento dell'obiettivo verrà effettuata nel corso del I° semestre 2011 e conseguentemente, verranno poste in liquidazione le competenze, spettanti ai medici interessati, con la mensilità di cassa Luglio 2011.

L'obiettivo si intende raggiunto:

- **al 100%** qualora almeno il 65% degli invitati avrà aderito al primo livello dello screening, includendo anche le partecipazioni spontanee;
- **al 50%** qualora almeno il 50% degli invitati avrà aderito invitati avrà aderito al primo livello dello screening, includendo anche le partecipazioni spontanee.

Miglioramento dei tempi d'attesa e dell'appropriatezza prescrittiva specialistica

peso=20

L'Azienda USL 2 ha approvato con DA 527 del 29.09.2006, il Piano Attuativo Aziendale (PAA) di recepimento del Piano Regionale di contenimento delle liste d'attesa (DGR 1106 del 28.06.2006). Per agire in modo efficace in direzione del contenimento delle liste d'attesa negli anni 2007 e 2008 l'azienda USL n. 2 ha, fra gli altri interventi, introdotto, così come indicato dalla programmazione nazionale e regionale, la metodologia dei Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO). Attualmente sono operativi, con buoni risultati sul piano della adesione dei medici e della erogazione delle prestazioni, i RAO per il Doppler dei Tronchi Sopra Aortici (Doppler TSA) e per l'esame senologico clinico strumentale.

In tutte queste direzioni l'AUSL2 si sta attivando:

- con l'ampliamento dell'offerta ospedaliera e territoriale per alcune prestazioni critiche
- con il monitoraggio dei tempi e delle liste d'attesa
- con la diffusione/condivisione di criteri per la prescrizione appropriata di prestazioni specialistiche, alla luce di LG aziendali/regionali e/o nazionali/internazionali disponibili, fermo restando che rimane di pertinenza dello specialista (sia esso appartenente alla AUSL n. 2 o ad altra Azienda Sanitaria e/o Ospedaliera), la prescrizione diretta, tramite l'utilizzo del ricettario regionale, per eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici da lui ritenuti necessari, senza rinviare l'assistito al medico curante nell'ambito di percorsi diagnostico terapeutici concordati tra MMG e specialisti. Tale modalità è da intendersi estesa anche ai follow-up di patologie croniche ed agli eventuali controlli post-ricoveri ospedalieri.
- con la applicazione della metodologia RAO (Raggruppamenti Omogenei di Attesa), che consiste nell'individuazione di criteri di priorità d'accesso per le prestazioni soggette a monitoraggio.

Il risultato atteso è quello del rispetto dei tempi d'attesa definiti a livello regionale.

In questo ambito per gli anni 2007 e 2008 il contributo dei MMG - con il supporto dei Distretti ed in collaborazione coi Dipartimenti aziendali, si è espresso attraverso:

- l'attivazione di gruppi di lavoro aziendali composti da referenti dei Nuclei di Cure Primarie dei MMG, da specialisti aziendali e da specialisti dell'Azienda Ospedaliera per la definizione di classi di priorità clinica (RAO) utili all'attivazione di liste d'attesa differenziate a partire dalle patologie che presentano maggiori criticità
- la costruzione di percorsi diagnostici per pazienti con specifiche patologie, con priorità per quelle indicati nel PAA (Piano Attuativo Aziendale) per il contenimento delle liste d'attesa: diabete mellito e neoplasia o sospetta neoplasia del colon retto, della mammella e della cervice uterina
- l'attivazione di iniziative di confronto con gli specialisti ospedalieri e territoriali
- la diffusione/condivisione dei criteri di appropriatezza prescrittiva adottati a livello aziendale
- l'eventuale sviluppo, con la collaborazione dei servizi specialistici, di progetti di valutazione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, utilizzando la metodologia dell'audit clinico.

I Nuclei di Assistenza Primaria sono chiamati a collaborare alle azioni intraprese a livello aziendale, in particolare sul versante del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e dell'applicazione di criteri di priorità d'accesso per le prestazioni più critiche.

Per l'anno 2009 vengono individuati due obiettivi:

1 – mantenere un elevato livello di prescrizione con indicazione della priorità clinica e di adesione alle classi di priorità condivise per i RAO già in essere (ecodoppler TSA ed esame senologico);

2 – adottare i RAO per ulteriori prestazioni specialistiche (esami di endoscopia digestiva: coloscopia e gastroscopia).

Allo scopo di definire i criteri di priorità clinica per gli esami di endoscopia digestiva è stato costituito un gruppo di lavoro interaziendale cui partecipano tre medici di medicina generale, ciascuno designato da una delle OOSS rappresentate al tavolo della trattativa sindacale, che ha prodotto e validato il documento RAO per endoscopia digestiva come riportati nell'allegato 2.

I Nuclei di Assistenza Primaria sono chiamati a collaborare alle azioni intraprese a livello aziendale, in particolare sul versante del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e dell'applicazione di criteri di priorità d'accesso per le prestazioni individuate.

I medici di medicina generale provvederanno ad effettuare le richieste delle prestazioni specialistiche indicando la motivazione clinica che potrebbe condizionare il tempo d'attesa, utilizzando le tabelle e barrando le caselle presenti nella ricetta secondo quanto indicato nei documenti allegati all'accordo 2007 per il doppler TSA, all'accordo 2008 per l'esame senologico clinico-strumentale.

Se non verrà barrata alcuna casella si conviene che la prestazione sarà erogata con i tempi d'attesa delle prestazioni programmate.

La quota 2009 collegata con il contenimento dei tempi d'attesa ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva specialistica verrà corrisposta a ciascun medico in relazione alla applicazione della metodologia RAO per Doppler TSA e per l'esame senologico clinico strumentale qualora ciascun medico abbia una percentuale di prescrizioni con indicazione della priorità clinica superiore od uguale all'80%, calcolato sul totale delle prescrizioni per entrambe le prestazioni, nel periodo 1.1.2009-31.12.2009;

Nelle more dell'adozione dell'accordo 2010 sarà inoltre prevista l'implementazione del RAO per le prestazioni di endoscopia digestiva attraverso appositi incontri con le equipe territoriali da realizzare fra l'ultimo trimestre 2009 ed il primo trimestre 2010.

Sezione 2.4

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, in aggiunta alla modificazione degli stili di vita e qualora questo primo interventi risulti inadeguato.

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. È ovvio, per converso, che il farmaco più costoso vada impiegato e preferito qualora rappresenti per il paziente un reale vantaggio terapeutico in termini di maggiore efficacia o migliore tollerabilità e sicurezza o offra superiore protezione per il paziente stesso .

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;
- appropriato utilizzo dei farmaci inibitori di pompa in coerenza con quanto previsto dalle note AIFA;
- aderenza alle note AIFA nell'impiego, in generale, di tutti i farmaci soggetti a note.

In considerazione del favorevole rapporto costo-efficacia dei farmaci a brevetto scaduto, che sono attualmente disponibili nell'ambito di alcune 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 obiettivi generali, relativi al rispetto dei tetti di spesa programmati e obiettivi specifici, riguardanti alcune aree terapeutiche di particolare rilevanza.

Obiettivo appropriatezza farmaceutica: rispetto dei tetti di spesa programmati

peso = 20

a) I medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, abbiano conseguito livelli di spesa pro capite pesata annua \leq € 175,00, detratta della quota di compartecipazione a carico dell'assistito e al netto delle prescrizioni di O₂ liquido, dei farmaci del PHT e dei colliri per il trattamento del glaucoma disciplinati dalla nota 78 AIFA, 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 annua $>$ € 175,00 e \leq € 192,00 detratta della quota di compartecipazione a carico dell'assistito e al netto delle prescrizioni di O₂ liquido, dei farmaci del PHT e dei colliri per il trattamento del glaucoma disciplinati dalla nota 78 AIFA, beneficeranno al **60%** 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) e b) 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.

Prescrizione di particolari categorie farmaceutiche

- **Inibitori della pompa acida (codice ATC=A02BC)**

peso = 5

Miglioramento e/o consolidamento percentuale delle confezioni di principi attivi generici/equivalenti o con prezzo ad essi allineato sul totale delle confezioni erogate per il gruppo terapeutico degli inibitori della pompa acida

Considerato che nel corso del 2008 i farmaci a base di principi attivi scaduti di brevetto o con il prezzo ad essi allineato, hanno rappresentato, sul totale delle confezioni di inibitori della pompa, una quota pari circa al 78 %, si concorda che tali farmaci devono confermare il limite pari o superiore al **78%**, in termini di confezioni, sul totale delle confezioni erogate per il gruppo terapeutico A02BC.

- **Statine (codice ATC=C10AA)**

peso = 5

Miglioramento e/o consolidamento percentuale delle confezioni di principi attivi generici/equivalenti sul totale delle confezioni erogate per il gruppo terapeutico delle statine

Considerato che nel corso del 2008 i farmaci a base di principi attivi scaduti di brevetto, hanno rappresentato, sul totale delle confezioni di inibitori della HMG CoA reduttasi, una quota pari circa al 44 %, si concorda che tali farmaci devono confermare il limite pari o superiore al **44%**, in termini di confezioni, sul totale delle confezioni di statine.

- **Antagonisti dell'angiotensina II non associati e associati (codice ATC C09C e C09D)**

peso= 5

Mantenimento o riduzione percentuale di trattati con farmaci antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati (codice ATC C09C e C09D) sul totale dei trattati con antipertensivi

La percentuale di pazienti trattati con farmaci antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati non devono superare il **22%** sul totale dei pazienti trattati con antipertensivi, in linea con la media aziendale dell'anno 2008 prevedendo un obiettivo di riduzione di almeno il 10% della quota di trattati con sartani per i MMG che nel 2009 superando significativamente tale quota non riuscirebbero a rientrare nell'obiettivo suddetto.

Rispetto a tale categoria di farmaci è stato costituito un Gruppo di lavoro, formato da rappresentanti di MMG, Dipartimento di Medicina, Specialisti Cardiologi e Diabetologi dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, Servizio Farmaceutico, per rivedere le migliori evidenze disponibili e offrire delle linee generali e condivise di indirizzo circa il loro impiego nelle varie condizioni cliniche in cui trovano indicazione, fatta salva, ovviamente, la libertà prescrittiva del medico e le valutazioni derivanti da fattori di rischio individuali e dalle preferenze di pazienti e medici.

Nel frattempo, in considerazione del dato storico aziendale del 2008 e delle evidenze attuali, si concorda per il 2009 il suddetto obiettivo della quota di trattati con sartani sul totale dei trattati con farmaci antipertensivi. Tale obiettivo potrà essere rivisto ed aggiornato alla luce di nuovi dati, evidenze, valutazioni, raccomandazioni che si renderanno via via disponibili e/o delle eventuali indicazioni conclusive del Gruppo di lavoro.

- **Miglioramento e/o consolidamento percentuale delle confezioni di farmaci a base di principi attivi generici/equivalenti sul totale degli Ace inibitori associati e non associati (codice ATC C09BA e C09A)**

peso = 5

Considerato che nel corso del 2008 i farmaci a base di principi attivi scaduti di brevetto, proiettati nell'anno 2009 (tenuto conto cioè delle scadenze registratesi nel corso dell'anno 2008 e nei primi mesi dell'anno 2009), hanno rappresentato sul totale delle confezioni erogate per il gruppo terapeutico C09BA e C09A (Ace inibitori associati e non associati) una quota pari circa l'80%, si concorda che i farmaci a base di tali principi attivi devono confermare il limite pari o superiore al **80%**, in termini di confezioni sul totale delle confezioni di farmaci Ace inibitori associati e non associati.

SEZIONE 2.5
CAMPAGNA VACCINALE ANTINFLUENZALE – COPERTURA ULTRA -65ENNI

Gli obiettivi riguardanti la campagna vaccinazioni antinfluenzale **2009-2010** ed in particolare, quelli relativi alla copertura vaccinale della popolazione ultra-65enne, sono stati definiti, con specifico accordo regionale, nella seduta del 22/09/2009, come di seguito riportato:

“La remunerazione prevista è di Euro **6,16** ad assistito vaccinato, come stabilito dall’ACN.

Tale quota, viene incrementata da un incentivo previsto per il raggiungimento di determinate quote percentuali di soggetti vaccinati.

Ciò, in particolare, anche per la situazione di emergenza derivante dal virus H1N1, in quanto, con l’aumento dei soggetti vaccinati si può ipotizzare una conseguente diminuzione di eventuali complicazioni derivanti dall’influenza stagionale.

Inoltre, la remunerazione dell’incentivo ricomprende sia le eventuali vaccinazioni a domicilio che la trasmissione informatizzata dei dati agli uffici preposti al monitoraggio.

Per la remunerazione della quota incentivante viene utilizzati il fondo determinato dalle risorse economiche già impiegate, per tale iniziativa, nell’anno precedente e derivanti dalla quota parte dei € 6,00 di cui al paragrafo F) della trattativa regionale decentrata (D.G.R. Nr. 1653/2006), riferita agli obiettivi specifici fissati dall’accordo aziendale.

Per l’erogazione degli incentivi, si stabiliscono le seguenti soglie percentuali:

- i medici che raggiungono una quota inferiore al 60% non vengono remunerati né con la quota incentivante, né con la quota prevista dall’ACN per la prestazione vaccinale;
- ai medici che raggiungono la quota di vaccinati compresa tra $\geq 60\%$ e $< 70\%$ è riconosciuto l’incentivo di € 1,00 per ogni assistito vaccinato;
- ai medici che raggiungono la quota di vaccinati compresa tra $\geq 70\%$ e $< 75\%$ è riconosciuto l’incentivo di un ulteriore € 0,50 per ogni assistito vaccinato;
- ai medici che superano la percentuale $\geq 75\%$ è riconosciuto un ulteriore incentivo da calcolare a conguaglio, fino alla concorrenza del tetto di spesa sul fondo come sopra determinato.”

SCHEDA RIASSUNTIVA OBIETTIVI MMG 2009 - INCENTIVO 2009: EURO 6,00 ANNUO/ASSISTITO				
Obiettivo	Indicatore	Standard	% raggiungimento	Peso sub-ob
OBIETTIVO DI SALUTE				
Valutazione RCV ipertesi	% ipertesi in trattamento 40-69aa con valutazione RCV. Informazioni aggiuntive registrate su supporto informatizzato	≥ 70% dei pazienti Con almeno l'80% dei dati indicati nell' Allegato 1	100%	10
		≥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. Informazioni aggiuntive registrate su supporto informatizzato	≥80% dei pazienti Con almeno l'80% dei dati indicati nell' Allegato 1	100%	10
		≥80% dei pazienti Con almeno l'50% dei dati indicati nell' Allegato 1	70%	
Screening del colon retto	% adesione assistiti al programma di screening (I livello)	≥65% degli invitati ha aderito allo screening	100%	15
		≥50% degli invitati ha aderito allo screening	50%	
Vaccinazione antinfluenzale	% di assistibili in età ≥ a 65aa sottoposti a vaccinazione antinfluenzale documentata su supporto informatizzato	≥60% - <70%	€1,00 per assistito vaccinato	5
		≥70% - <75%	€1,50 per assistito vaccinato	
		≥75%	€1,50 per assistito vaccinato più la restante quota delle risorse utilizzate nell' anno 2008	
APPROPRIATEZZA USO DELLA SPECIALISTICA				
Miglioramento dei T.A. e appropriatezza specialistica	% di richieste per Doppler TSA e esame senologico (metod.RAO)	≥ 80%	100%	20
APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA				
Rispetto dei tetti di spesa	Spesa Pro Capite Pesata	≤ 175,00	100%	20
	Spesa Pro Capite Pesata	>175,00 e ≤ 192,00	60%	
Prescrizione di particolari categorie farmaceutiche	inibitori di pompa acida	≥78% principi attivi generici /equivalenti su confezioni di A02BC	100%	5
	simvastatina	≥44% principi attivi generici/ equivalenti su confezioni statine	100%	5
	antagonisti dell' angiotensina II associati e non associati	≤ 22% pazienti trattati sul totale dei pazienti trattati con antiipertensivi	100%	5
	Ace inibitori	≥ 80% confezioni generici/equivalenti su confezioni Ace inibitori	100%	5

POTENZIAMENTO DELLE EQUIPE TERRITORIALI

Orari e partecipazione alle riunioni

Al fine di consentire lo **svolgimento delle riunioni** in orari compatibili con le attività dei servizi e dei professionisti viene individuata una fascia oraria diurna mensile di tre ore da dedicare alle riunioni di equipe.

Per i medici di assistenza primaria la quota fissa capitaria di ponderazione 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.

*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 ad effettuare gli eventuali recuperi e/o conguagli, in funzione del grado di partecipazione alle riunioni mensili calcolate su base annua come di seguito indicato:

- Partecipaz. riunioni di equipe (almeno una al mese) in misura => **75%** indennità **100%**;
- Partecipaz. riunioni di equipe (almeno una al mese) in misura => **50% <= 75%** indennità **50%**;
- Partecipaz. riunioni di equipe (almeno una al mese) in misura < **50%** indennità **0**

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

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

Al fine di regolamentare le riunioni di equipe, l'azienda si impegna a presentare entro il 30/10/2009 apposito disciplinare riguardante tutte le procedure operative finalizzate al corretto funzionamento delle riunioni di che trattasi.

Ruolo e le funzione del coordinatore di nucleo

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

- a. **formulazione del programma annuale** di attività per la qualificazione della domanda assistenziale, d'intesa con il responsabile del centro di salute e, ovviamente, con i colleghi facenti parte dell'equipe;
- b. **coordinamento della attività** di audit strutturato, del lavoro dei gruppi e della gestione delle riunioni;
- c. **redazione periodica della relazione** della attività delle equipe con pertinenti indicatori di struttura processo ed esito.

La retribuzione di funzione destinata a remunerare la funzione di coordinatore è pari a € **180,00** mensili.

MEDICINA DI GRUPPO E SVILUPPO DELL'INTEGRAZIONE MMG-CA

Costituisce obiettivo prioritario aziendale lo sviluppo dell'integrazione dei nuclei di AP e CA nelle attività delle equipe dei Centri di salute. In tale direzione va incentivato l'incremento della medicina di gruppo all'interno del budget complessivo previsto dall'accordo regionale.

INTEGRAZIONE ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA:

Allo scopo di **assicurare la necessaria e progressiva integrazione** fra l'attività dei medici di assistenza primaria e quella dei medici di continuità assistenziale, e con i CdS, i medici di AP saranno disponibile a garantire:

- **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;
- 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.

SVILUPPO PROGETTO ANNO 2009
**“Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale
presso l’ambulatorio di medicina generale”**

La sperimentazione del progetto per la gestione del paziente in terapia anticoagulante orale (TAO), viene estesa anche agli altri due distretti, al momento non ricompresi nel progetto, Distretto n. 2 dell’Assisano e Distretto n. 4 del Trasimeno e potenziata nel distretto n. 1 del Perugino. In ognuno dei distretti sarà interessato un gruppo di medici (max 10).

Le modalità operative ed economiche sono quelle stabilite dalla Deliberazione del Direttore Generale n. 653 del 26/10/2007:

1. La gestione della TAO comporta la determinazione dell’INR su prelievo venoso effettuato da un laboratorio analisi, o su prelievo capillare effettuato mediante strumentazione POC presso l’ambulatorio di Medicina Generale.
2. La gestione del medico può avvenire con contatto diretto con il paziente o in remoto.
3. La gestione medica del paziente in TAO, salvaguardando la qualità complessiva del sistema, deve essere ricondotta il più largamente possibile al Medico di Medicina Generale.

Ai Medici di Medicina Generale che partecipano alla sperimentazione viene riconosciuto un compenso paziente/mese di **€ 18,00 per la gestione completa** e di **€ 8,00 per la gestione in collaborazione con i CDS**, sulla base della rilevazione dei pazienti seguiti, registrata da **ANTHEMA**.

SVILUPPO PROGETTO ANNO 2009

“Gestione clinica del paziente con diabete di tipo II”

Questa ipotesi di progetto/obiettivo è finalizzata alla sperimentazione di un modello di gestione clinica del paziente con diabete di tipo II da parte del MMG, ispirato da un lato ai documenti di consenso sulla gestione del paziente diabetico dalle principali società scientifiche della medicina generale e diabetologia (progetto IGEA) – principi che la ASL 2 ha recepito nel percorso deliberato con DG 451 del 30.06.2006 – e dall’altro all’intento di promuovere la medicina di gruppo e d’iniziativa come condizioni per il miglioramento della qualità dell’assistenza delle malattie cronico-degenerative di lunga durata, di cui il diabete rappresenta l’esempio paradigmatico.

Il modello è basato su:

1. gestione di cartella clinica informatizzata;
2. adesione al percorso assistenziale definito a livello aziendale;
3. sviluppo di attività di medicina di iniziativa;
4. attuazione di attività ambulatoriale dedicata.

Pertanto nell’anno 2009 sarà sperimentato un progetto di gestione della malattia diabetica, rivolto ai MMG che si impegnino a garantire, per i loro pazienti con diagnosi di diabete mellito di tipo II, nella seguente maniera:

- tenuta della cartella informatizzata con il set minimo di dati per documentare l’applicazione del percorso di cui all’**Allegato 3**. Tale allegato verrà distribuito in formato Excel tramite i Centri di Salute (**Vedi anche le istruzioni in Allegato 5**);
- individuazione (arruolamento) e gestione del follow up dei pazienti diabetici di tipo II stabilizzati, tenendo conto di quanto previsto dal percorso assistenziale aziendale (Delibera D.G. n.451/2006), con riferimento alle modalità riportate in sintesi nell’**Allegato 4**;
- resoconto della gestione mediante l’invio dei dati informatizzati di follow up dei pazienti diabetici individuati;
- raggiungimento di risultati clinici indicativi di un buon controllo metabolico dei pazienti diabetici arruolati;
- organizzazione di una attività ambulatoriale dedicato alla gestione del paziente con diabete di tipo II, finalizzato allo sviluppo di medicina di iniziativa (educazione per la promozione di stili di vita sani e per l’autogestione della malattia, recalling per follow up);

Le Direzioni di Distretto riceveranno entro il 20/10/2009 l’adesione dei MMG che intendono effettuare la sperimentazione e ne daranno comunicazione all’Ufficio Convenzioni.

L’incentivo sarà erogato attribuendo a ciascun MMG partecipante al progetto, una quota annua per paziente diabetico, individuata a seguito di verifica delle adesioni date e del numero di pazienti che potenzialmente verranno arruolati nel progetto, e sarà attribuita a seguito di documentata gestione clinica secondo le modalità di cui sopra, che sarà comprovata da:

- invio del numero dei pazienti diabetici arruolati da ciascun medico;
- invio, su supporto informatico attraverso il portale di accesso riservato alla MMG, dei dati previsti per documentare il percorso di cui all’**Allegato 4** per almeno il 95% dei pazienti arruolati;
- raggiungimento di valori di emoglobina glicosilata indicativi di un buon controllo metabolico (ultimo valore di HbA1c inferiori o uguali al 7,5%)² per almeno il 50% dei pazienti diabetici³ arruolati;

² L’obiettivo glicemico ottimale indicato dalle linee guida sul diabete di tipo II è : emoglobina glicosilata ≤ 7 ; il valore di emoglobina glicosilata di 7,5% è stato scelto in considerazione dell’estensione del monitoraggio ai pazienti più anziani.

- organizzazione di una attività ambulatoriale dedicata ai pazienti diabetici, da attivare entro 30 giorni dalla comunicazione dell'adesione al progetto, dandone comunicazione alla Direzione del Distretto per l'opportuna pubblicizzazione.

L'invio dei dati deve avvenire entro il **31/01/2010**.

FINANZIAMENTO DEI PROGETTI:

- 1. Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale presso l'ambulatorio di medicina generale;**
- 2. Gestione clinica del paziente con diabete di tipo II.**

Il Progetto "Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale presso l'ambulatorio di medicina generale" e quello sperimentale "Gestione clinica del paziente con diabete di tipo II", verranno finanziati, con le risorse che restano disponibili dal fondo (Euro 3,08 annuo/assistito Art. 59 lettera B) commi 15 e 16 dell'ACN 29/07/2009) 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).

I contenuti dell'Accordo Aziendale precedente, non modificati dalla presente intesa, rimangono in vigore.

³ I valori del 50-60% di pz con HbA1c \leq 7,5% sono stati scelti in considerazione del fatto che il 54% dei diabetici valutati nell'accordo MMG 2007 presentavano valori di HbA1c $<$ al 7%.

RAO (Raggruppamenti di Attesta Omogenei) PER ESAMI ENDOSCOPICI DI GASTROENTEROLOGIA: ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA (E) E COLONSCOPIA (C)

Nell'anno 2009 l'Azienda USL 2 dell'Umbria, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Perugia, ha istituito un gruppo di lavoro per la definizione dei criteri e delle procedure per regolare con la metodologia RAO - e quindi con tempi di attesa differenziati in base al bisogno clinico dell'utente/paziente - la prescrizione e l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali di endoscopia digestiva.

Il gruppo di lavoro è composto dai seguenti professionisti:
 dr Ezzelino Mallozzi – S. gastroenterologia Todi - Marsciano
 dr Emanuele Mazzolla – S. gastroenterologia Assisi
 dr Mario Moretti – S. gastroenterologia C. lago
 dr Attilio Solinas – S. gastroenterologia Perugia
 dr Carlo Clerici - SC Gastroenterologia Az Osp. Perugia
 dr Giuseppe Sabatino - SC Gastroenterologia Az Osp. Perugia
 dr Giovanni Monsù – Rapp. MMG Federazione Medici
 dr Vincenzo Del Genio – Rapp. MMG CGIL
 dr Tiziano Scarponi – Rapp. MMG FIMMG
 dr Guglielmo Benemio – Dip. Medicina ASL 2
 drssa Daniela Ranocchia – Staff Qualità ASL 2 .

Obiettivi del gruppo di lavoro è di:

- fornire dei criteri codificati di accesso equo alle prestazioni specialistiche di gastroenterologia, che sia coerente con le evidenze disponibili e sia stabilito in base alla priorità clinica, secondo la metodologia dei RAO, nel tentativo di garantire rapidità ed efficienza nell'espletamento delle prestazioni ai pazienti che hanno effettiva ed urgente necessità;
- migliorare il livello di appropriatezza della domanda di prestazioni specialistiche cliniche, endoscopiche ed ecografiche in Gastroenterologia.

Per predisporre la tabella RAO in allegato⁴ il gruppo di lavoro si avvalso è ha fatto propri i documenti tecnici elaborati nel 2008 da professionisti della ASL 2 e dell'Azienda Ospedaliera di Perugia⁵ (vedi anche fonti bibliografiche essenziali in nota⁶).

La prescrizione, l'accesso e la prenotazione delle prestazioni di endoscopia digestiva mediante il sistema RAO sarà regolata dalle medesime procedure operative già previste per le prestazioni di ecocolordoppler TSA (tronchi sovraortici) e di diagnostica senologica clinico-strumentale.

⁴ l'adozione della tabella RAO per l'endoscopia digestiva sarà accompagnata dalla diffusione di **linee di indirizzo per l'appropriata prescrizione degli esami endoscopici**, contenenti raccomandazioni sugli indirizzi da seguire nella valutazione diagnostica iniziale e nell'eventuale follow-up

⁵ specialisti dei servizi di endoscopia digestiva della ASL2 e dell'Azienda Ospedaliera di Perugia (E. Antonelli, M. Balzana, F. Chistolini, P. Gallo, V. Giuliano, E. Mallozzi, E. Mazzolla, M. Minciotti, M. Moretti, O. Morelli, S. Pambuffetti, A. Solinas, G. Sabatino, F. Taborchi) e MMG rappresentanti della Società scientifica e del Sindacato dei Medici di Medicina generale (T. Scarponi, F. Giorgetti, A. Susta, ML Cavalletti, L. Dionigi, M. Gattucci.)

⁶ 1. Manuale RAO rev.3 del 30/09/2007 - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento
 2. Appropriateness of colonoscopy in Europe (EPAGE II). [Endoscopy](#). 2009 Mar;41(3). Epub 2009 Mar 11.

ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA (E) E COLONSCOPIA (C)		
CLASSE DI PRIORITÀ	ATTESA MAX	PAROLE CHIAVE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO: SITUAZIONI CLINICHE
Accesso diretto in Pronto Soccorso Non necessaria richiesta su ricettario regionale Eventuale nota di accompagnamento del MMG	PRONTO SOCCORSO	Emorragia digestiva in atto (ematemesi, melena, enterorragia massiva) (E-C) Corpi estranei vulneranti, corpi estranei esofagei, ingestione caustici (E)
Codice "U"	Entro 3 giorni	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
Codice "B"	10 giorni	Sanguinamento non definibile come "tipo urgente" : rettorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva (C) , Anemia sideropenica di I° riscontro con Hb< 10g/dl (E-C) ; Sintomi d'allarme : vomito significativo e persistente, disfagia, odinofagia, calo ponderale importante (10% negli ultimi mesi) (E-C); Massa addominale (attribuita al tratto gastro-enterico dall'imaging)(E-C); Sospette neoplasie rilevate all'imaging (E-C)
Codice "D" (Primo esame)	30 giorni	Anemia sideropenica cronica, perdite ematiche minori (sputo ematico, emottisi dubbia, tracce ematiche nel pulirsi) (E-C); Sindrome dispeptica-dolorosa età>45anni (non già indagata con E)(E); Diarrea cronica(*), stipsi recente o eventi subocclusivi; Riscontro radiologico di polipi (C); Sospetto clinico di celiachia (E) ; Positività test del sangue occulto in asintomatico (C)
Codice "P" (controlli)	180 giorni	Sintomatologia tipo "colon irritabile" (non già indagata con C)(C) ; Sindrome dispeptico- dolorosa età<45anni (nell'attesa eseguire trial terapeutico; l'indagine potrà essere annullata se risposta alla terapia) (E); Ricerca di varici esofagee (E); Screening controllo di eradicazione varici esofagee e di polipectomie; Follow-up di : neoplasie, M.I.C.I. , esofago di Barrett (E-C)

(*)

Diarrea con uno o più dei seguenti elementi:> 3 defecazioni al giorno> = Durata di 4 settimane

Da EPAGE (European Panel Appropriateness Gastrointestinal Endoscopy) II, in http://www.epage.ch/EPAGE_ADM/start2.html :

ESTRATTO DAL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE DIABETICO

DG 451 del 30.06.2006

PAZIENTE STABILIZZATO PRESO IN CARICO DAL MMG PER IL FOLLOW UP1. **OGNI 3-4 MESI** effettuazione di:

- educazione del paziente⁷
- controllo peso e altezza (BMI)
- misurazione P.A.
- controllo dell'automonitoraggio
- es. urine completo
- emoglobina glicosilata HbA1C

2. **ANNUALMENTE** effettuazione diretta o con accesso a Servizio diabetologico (per visita programmata di follow up annuale in Day service diabetologico):

- oltre alle attività di cui al punto 1
- Esame piede
- Esame neurologico
- Esame della bocca e della cute
- Palpazione ed auscultazione polsi e soffi
- Misurazione sensibilità sensitiva e vibratoria
- Es. urine completo
- Microalbuminuria
- Creatinemia
- Profilo lipidico
- ECG

e

- Visita oculistica e FOO se normale ogni 2 anni
- Indice di Windsor se normale ogni 5 anni

⁷ Con valutazione e counselling degli stili di vita, con particolare riferimento a: abitudine al fumo, attività fisica (oltre a dieta, gestione dell'automonitoraggio della glicemia, cura del piede ecc)

Istruzioni operative - Valutazione del Rischio Cardio Vascolare Globale e del progetto Gestione clinica del paziente con diabete di tipo II –

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 rischio cardiovascolare globale devono obbligatoriamente essere inviati utilizzando la scheda in **formato Excel** riportata nell'allegato.

Se non si dispone del software commerciale Microsoft Excel è possibile utilizzare il programma "Base" contenuto nel **pacchetto gratuito OpenOffice**. 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 il **tracciato record** (l'ordine dei campi estratti) sia esattamente lo stesso dell'allegato 3. Non è necessario né auspicabile estrarre un numero di dati relativi a campi non presenti nel tracciato record originale (es. nome e cognome) né inserire nelle prime righe 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.

Letto, approvato e sottoscritto:

Dr. Giuseppe Legato	– Direttore Generale A.S.L. n.2	<i>FIRMATO</i>
Dr. Leandro Pesca	– Delegato sindacale FIMMG	<i>FIRMATO</i>
Dr. Lucarelli Maurizio	– Delegato sindacale Federazione Medici UIL Fpl	<i>FIRMATO</i>
Dr. Del Genio Vincenzo	– Delegato sindacale CGIL	<i>FIRMATO</i>

Perugia li **01/10/2009**

NOTE A VERBALE FIMMG

Relativamente alla Sezione 2.1 - Valutazione del rischio cardiovascolare globale - si chiede di precisare e comunicare ai MMG le modalità di valutazione statistica, anche in relazione all'elenco utilizzato per i soggetti affetti dalle patologie prese in considerazione.

Relativamente alla Sezione 2.5 – Campagna vaccinale antinfluenzale – Copertura ultra- 65enni, si chiede di precisare che la percentuale di costituzione del fondo per gli incentivi derivanti per la quota parte dei €6,00, è in ogni caso del 5% di detta quota (€0,30 per assistibile).

Relativamente allo Sviluppo Progetto Anno 2009 – “Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale presso l'ambulatorio di medicina generale”, si chiede di aggiornare la quota alla rivalutazione della spesa come da accordo Verbale (Seguirà documento tecnico).

Relativamente all'Allegato 1 – Dati Rischio cardiovascolare, si chiede di verificare e correggere l'utilità e la congruità di alcuni dei dati richiesti, come da accordo Verbale (Seguirà documento tecnico).

NOTE A VERBALE FEDERAZIONE MEDICI UIL FPL

Federazione-Medici Uil Fpl valutato l' Accordo Aziendale per l'anno 2009 intende apporre una firma a carattere tecnico per gli aspetti economici e normativi oramai già consolidati nell'anno 2009 vista il breve periodo residuo che non consentirebbe modificazioni efficaci degli obiettivi.

Tra le motivazioni di non condivisione integrale dell'accordo non si può non tenere conto che la dichiarazione congiunta tra questa O.S: e la Direzione Aziendale, parte integrante dell'accordo per l'anno 2008 è stata totalmente disattesa. Pur considerando le oggettive difficoltà che ha incontrato la Direzione riteniamo che l'impegno preso e il relativo progetto siano condizione irrinunciabile per il proseguo della trattativa per l'anno 2010.

Ci dissociamo dalla interpretazione della lettera B Allegato D ACN 2005 relativamente alle “ vaccinazioni non obbligatorie “ in particolare per quanto concerne la campagna antinfluenzale pandemica.