

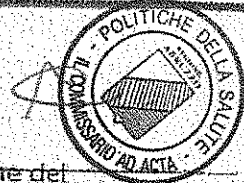
n. 36 del 20.08.2015

COMITATO PERMANENTE REGIONALE PER LA MEDICINA GENERALE

15 LUGLIO 2014

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

Pescara, li 20.08.2015



Le OO.SS dei MMG (FIMMG, SNAMI, SMI E SIMET), visti i documenti allegati alla Convocazione del Comitato Regionale, a firma del Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva (d.ssa Tamara Agostini) e del Dirigente del Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale (d.ssa Stefania Melena), ritengono di non poterli condividere.

La quota del Governo Clinico (€ 3,08) rappresenta il 50 % degli aumenti contrattuali previsti dall'ACN 23 marzo 2005 ; detta quota , come riportato nella *"Relazione sulla compatibilità economica e tecnico - finanziaria della SISAC alla Corte dei Conti"*, deriva da accorpamenti di voci stipendiali previste nell'ACN 270/2000 , ed in particolare dell'indennità di piena disponibilità ,per un valore di circa 2 € ; la perdita di questi compensi comporterebbe una sensibile riduzione della massa salariale con grave ed irreparabile danno economico per ogni medico di medicina generale .

Inoltre dalla lettura dei commi che seguono e che fanno parte dell'ACN vigente :

1. Art 59 lettera B comma 15 : In attesa o in mancanza della stipula degli accordi regionali, ciascuna regione dispone, dal 1.1.2004, di ulteriori fondi, derivanti dal 50% degli aumenti contrattuali determinati all'articolo 9 del presente accordo dell'ACN 23 marzo 2005, di euro 2,03 annui per assistito, eventualmente integrato con le risorse di cui ai punti antecedenti, non utilizzate nell'anno solare precedente, per la effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico, nel rispetto dei livelli programmati di spesa.
2. Art 59 lettera B comma 17: Successivamente alla stipula dei nuovi accordi regionali ed in base a quanto dagli stessi stabilito, questa quota è ripartita, fra tutti i medici e secondo gli apporti individuali.
3. Art 59 lettera B comma 18 Gli obiettivi da raggiungere da parte dei medici di assistenza primaria sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o distretto e Organizzazioni sindacali rappresentative, sulla base di quanto stabilito a livello di accordo regionale.

chiaramente si evince che le risorse disponibili

- ...devono essere utilizzate per programmi di attività finalizzati al governo clinico ...
- ...stabiliti con Accordi Regionali ...
- ...con percorsi condivisi a livello aziendale...

e che gli AIR non possono contraddire le disposizioni contenute negli ACN , e ancor più se assunte in maniera unilaterale (CASSAZIONE Sezioni Unite 07/01/2014 N 67)

Tale sentenza così recita :

gli accordi collettivi nazionali... da prendere a riferimento per le convenzioni triennali, costituiscono principi fondamentali cui la legislazione provinciale è tenuta ad uniformarsi e che il contenuto degli accordi dalle convenzioni stesse previsti rappresenta principio generale di

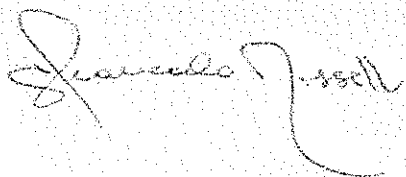
regolazione del rapporto convenzionale dei medici di medicina generale a livello nazionale. In particolare, per quel che riguarda la presente controversia, la lettura che deve essere data alla citata L.P. n. 14 del 1993, art. 7 bis è che le convenzioni triennali ivi menzionate, che hanno ad oggetto l'erogazione delle prestazioni assistenziali nella Provincia di Bolzano, possono regolare autonomamente gli aspetti collaterali a quelli già definiti con gli accordi nazionali previsti dalla L. n. 138 del 2004, ma non possono contraddire le disposizioni contenute negli accordi stessi.

Analogo giudizio è stato espresso nella sentenza 1444/14 del giudice del lavoro del Tribunale dell'Aquila, che in riferimento alle ritenute del Governo Clinico anno 2012, operate nei confronti di tutti i medici, censura la ASL "affermando il diritto dei ricorrenti di vedersi riconoscere a titolo di Governo clinico, tanto l'importo illegittimamente trattenuto, in forza delle già vagliate, illegittime determinazioni regionali, così come l'importo dovuto per i mesi di novembre e dicembre al medesimo titolo, calcolato sulla quota piena di € 3,08 ad assistito"

Volendo poi entrare anche nel merito dei provvedimenti le OO.SS :

1. contestano l'aver individuato obiettivi per l'appropriatezza prescrittiva e / o obiettivi per progetti per la Prevenzione, ad agosto e cioè otto mesi dopo l'inizio dell'anno di riferimento ; tale comportamento scorretto, peraltro è stato censurato anche dal Giudice del Lavoro dell'Aquila nella già citata sentenza .
2. Le OO.SS ribadiscono che , ai sensi di quanto stabilito dall'art. 59 lettera B dal comma 15 al comma 20, le somme del Governo Clinico vanno erogate a tutti i medici in dodicesimi e successivamente andrebbero ritirate a chi non avesse raggiunto gli obiettivi prefissati ; comportamenti diversi, come quello di ritirare a tutti gli ultimi mesi, recherebbero un ingiusto danno (ritardi di pagamenti anche di 8-10 mesi) ai medici che hanno raggiunto gli obiettivi . Non può essere di giustificazione un comportamento diverso , dettato da presunte difficoltà per l'eventuale recupero delle somme .
3. In riferimento al provvedimento proposto per l'Appropriatezza prescrittiva le scriventi OO.SS ritengono che in mancanza di un preciso e puntuale rispetto da parte di tutti i prescrittori di quanto previsto nel DC 23 /11, si opporranno con decisione a qualsiasi tentativo di recupero di somme per una spesa farmaceutica "elevata" ; si rinnova comunque la disponibilità a trovare soluzioni diverse e condivise per una reale appropriatezza prescrittiva e non rispetto di un tetto , che non tiene conto delle specificità dei pazienti in carico ad ogni medico .
4. Infine per quanto riguarda i progetti della Prevenzione, le OO.SS ritengono necessario chiarire che possono essere condivisi , ma ovviamente non utilizzando i fondi della Medicina Generale ; inoltre secondo l'impegno di spesa presentato su un totale di € 3.609.862 (€ 3,08 per assistiti pari a 1.169.436), ben 2.357.685 verrebbero vincolati ai progetti medesimi , con il rischio che se non spesi, come è facilmente prevedibile, andrebbero persi e non facilmente recuperati per i medici di medicina generale.

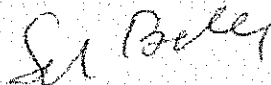
FIMMG



SNAMI



SMI



SIMET



Governo clinico anno 2014. disassuefazione dal fumo di sigaretta

Le risorse disponibili per la attività inerenti il governo clinico devono essere utilizzate per promuovere una attività dei medici di famiglia tesa a ridurre la abitudine al fumo tra i propri assistiti.

In Italia almeno il 40% dei fumatori attivi, circa 4 milioni di persone, vorrebbero smettere e molti hanno provato a farlo, ma non sono riusciti a causa della forte dipendenza prodotta dal fumo di tabacco e contenente nicotina.

Obiettivo

Promuovere la disassuefazione dal fumo tra gli assistiti fumatori

Pertanto si propone che entro un anno i medici aderenti al progetto devono provvedere alla registrazione nella cartella clinica dello stato o meno di fumatore dei propri pazienti, somministrare il test di Fagerstrom ai soggetti fumatori (devono mettere in atto e segnalarlo in cartelle delle iniziative messe in atto per ridurre la abitudine al fumo tra i propri pazienti).

Inoltre si propone che tra le attività di formazione obbligatoria sia inserita una giornata da dedicare alla formazione dei medici per far smettere di fumare i propri pazienti .

Tempi di realizzazione.

Entro 31 agosto 2014

Acquisizione da parte di ASL/regione delle adesioni dei medici interessati.

Entro 30 ottobre 2014

Partecipazione ad incontro formativo specifico.

Protocollo operativo

Il MMG che ha aderito al progetto ed ha partecipato nel 2014 all'incontro formativo, si impegna a:

- somministrare agli assistiti fumatori in carico : il test di Fagerstrom;
- intervenire direttamente mediante l'azione educativa, con il supporto del materiale informativo, il counselling e la terapia farmacologica oppure, in alternativa
- inviare gli assistiti ad un Centro Antifumo tra quelli indicati da ASL perché siano sottoposti ad un trattamento antifumo intensivo;
- rendicontare il numero dei soggetti fumatori in carico, il numero dei soggetti a cui è stato somministrato del test di Fagerstrom, la tipologia dell'intervento messo in atto;

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo il numero di assistiti da rendicontare sarà pari a :

- 150 per MMG con carico assistiti uguale o superiore a 1000;
 - 100 per MMG con carico assistiti compreso tra 500 e 999;
 - 50 per MMG con carico assistiti inferiore a 500;
- la suddetta rendicontazione costituisce il presupposto indispensabile per accedere alla incentivazione;
- ❖ partecipare ad un incontro distrettuale specifico volto alla condivisione delle esperienze e alla discussione dei risultati.

Riconoscimento economico

Al Medico che aderisce al progetto viene riconosciuta la quota di governo clinico fino alla partecipazione dell'incontro formativo. I Colleghi che partecipano continuano a percepire la quota mensile fino all'invio del report.

Annualmente il medico deve inviare un report alla regione Abruzzo dove viene segnalato il numero assoluto dei fumatori suddiviso per fascia di età e per sesso.

Inoltre il medico aderente al progetto deve svolgere azione di educazione sanitaria promuovendo incontri a piccoli gruppi tra i suoi pazienti per far conoscere il ruolo del fumo nella genesi delle malattie cardiovascolari e neoplastiche inviando annualmente report sulla attività svolta

Inoltre il medico aderente al progetto comunica dopo aver raccolto il consenso dell'assistito il n° di cellulare ai servizi antifumo della usl o al dipartimento di prevenzione per inserire il soggetto in un programma di txt2 stop smettere di fumare ricevendo sms motivazionali

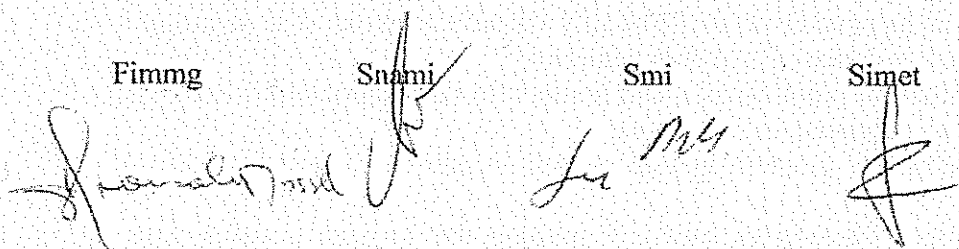
Quante volte abbiamo sentito dire "da domani smetto di fumare", ma smettere di fumare grazie all'aiuto degli sms, non si era mai sentito! E invece sembra proprio così, con messaggi di supporto e d'incoraggiamento, appositamente studiati da esperti, funziona meglio dei metodi tradizionali, lo dimostra uno studio, "txt2stop", effettuato dalla London School of Hygiene & Tropical Medicine e finanziato dal Medical Research Council. Il cellulare è ormai diventato un apparecchio che portiamo sempre con noi, e' per questo che e' stato sfruttato per questo programma, realizzato su 3.000 fumatori, ai quali per le prime cinque settimane, sono stati inviati cinque sms al giorno, passando poi a tre alla settimana per le successive 26 settimane. Il tenore dei messaggi, preparati e personalizzati da esperti, del tipo "Oggi e' il giorno. Oggi e' il giorno in cui cominci a smettere per sempre. Puoi farcela!" o "La voglia di sigaretta dura in media meno di cinque minuti", arrivavano anche in caso di bisogno, semplicemente inviando un sms con le parole chiave "crave" (aver voglia) o "lapse" (mancanza).

Fimmg

Snam

Smi

Simet



Governo clinico anno 2014. Monitoraggio F.A.

Le risorse disponibili per le attività inerenti il governo clinico devono essere utilizzate per promuovere un'attività dei Medici di Famiglia tesa ad individuare i soggetti affetti da FA, ottimizzare la terapia dei casi conosciuti e, contemporaneamente, ridurre le complicanze.

Essa è un'aritmia di sempre maggiore interesse a causa dell'incremento dell'età media della popolazione e per il suo crescente impatto socioeconomico in relazione alle cure, ricoveri ospedalieri e disabilità che ne derivano.

La prevalenza dell'aritmia aumenta con l'età: dallo 0,16% fino ai 50 anni, allo 10,65% oltre gli 85 anni. L'ipertensione (67,2%) ed il diabete (22,4%) sono tra le patologie più frequentemente associate alla FA.

Il rischio trombo-embolico nel paziente fibrillante è 5 volte maggiore rispetto al paziente non aritmico, con un'incidenza di ictus invalidante del 2,5%.

La FA è responsabile di ictus in una percentuale che varia dal 15 al 18%.

Il rischio di ictus nei pazienti con FA aumenta con l'età e passa dall'1,5% tra i 50 ed i 59 anni, al 23,5% tra gli 80 ed 89 anni.

La FA è causa indipendente dell'aumento di mortalità per eventi ischemici cerebrovascolari e scompenso cardiaco, responsabili del 50% circa dei decessi.

Obiettivo

Prevenzione e valutazione del rischio tromboembolico ed emorragico

Pertanto si propone che entro un anno i Medici aderenti al progetto devono provvedere alla registrazione, nella propria cartella clinica, della presenza di FA, riportare tutte le indagini utili al monitoraggio della patologia (ECG, Holter ECG, esami elettrofisiologici e consulenze specialistiche, esami ematochimici con profilo emocoagulativo, eventuali terapie in atto)

Inoltre si propone che tra le attività di formazione obbligatoria sia inserita una giornata da dedicare alla formazione dei MMG e Specialisti, per individuare i casi silenti e ottimizzare il monitoraggio e la terapia.

Tempi di realizzazione.

Entro 31 agosto 2014

Acquisizione da parte di ASL/regione delle adesioni dei medici interessati.

Entro 30 ottobre 2014

Partecipazione all'incontro formativo specifico.

Protocollo operativo

Il MMG che ha aderito al progetto ed ha partecipato nel 2014 all'incontro formativo, si impegna a:

- individuare e registrare i propri assistiti affetti da FA; intervenire direttamente mediante prescrizione di Ecg, Holter ecg, esami emocoagulativi, individuazione de rischio tromboembolico e adozione di adeguata terapia; in alternativa inviare i soggetti individuati presso i centri TAO;
- rendicontare il numero dei soggetti affetti da FA, il numero dei soggetti in trattamento presso il MdF e quelli presso i centri TAO, la terapia messa in atto;

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo, il Medico deve:

- comunicare il numero di assistiti da rendicontare che sarà pari all' 80% dei soggetti identificati come portatori di FA. Per il restante 20% il Medico indicherà i motivi che hanno condizionato il pieno raggiungimento dell'obiettivo.
- partecipazione ad un incontro specifico volto alla condivisione delle esperienze e alla discussione dei risultati.

Riconoscimento economico

Al Medico che aderisce al progetto viene riconosciuta la quota di governo clinico fino alla partecipazione dell'incontro formativo. I Colleghi che partecipano continuano a percepire la quota mensile fino all'invio del report.

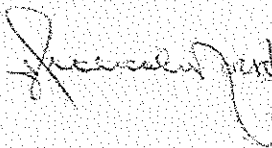
Annualmente il medico deve inviare un report alla regione Abruzzo dove viene segnalato il numero assoluto dei soggetti affetti da FA suddiviso per fascia di età e per sesso e i provvedimenti adottati.

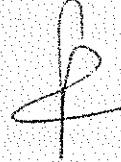
Fimmg

Snam

Smi

Simet





PROGETTO GOVERNO CLINICO

Il governo clinico è una procedura in grado di permettere al paziente di essere orientato in un percorso assistenziale virtuoso, nel quale l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni permette il governo della spesa sanitaria e il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Le patologie da monitorare sono una delle seguenti:

- diabete mellito;
- ipertensione arteriosa;
- BPCO.

Le somme non impiegate, che sono vincolate, devono essere ripartite in parte fra i medici che hanno aderito al progetto e in parte riutilizzate nell'anno successivo secondo le determinazioni del Comitato Regionale da definirsi entro sei mesi dall'approvazione dell'AIR.

La quota di euro 3,08 continua ad essere erogata, a fronte di una dichiarazione di adesione al monitoraggio, da parte dei medici interessati, da presentare entro 30 giorni dalla data di certificazione da parte della Regione degli strumenti informatici necessari per il governo clinico.

In caso di non adesione, la quota, viene sospesa a partire dalla data di certificazione da parte della Regione.

Il monitoraggio comprende l'individuazione dei soggetti affetti, la raccolta di dati epidemiologici utili alla classificazione e alla stadiazione delle malattie, al fine di permettere un corretto iter diagnostico e terapeutico e la programmazione di una strategia di riduzione del rischio di complicanze e dell'incidenza di ricoveri legati alle malattie stesse.

E' parte integrante del monitoraggio la presentazione, da parte dei medici aderenti, di un report periodico, a cadenza annuale su supporto informatico.

FINN

Francisco

STAN

Stan

SINET

SINET

S MI

Su MI

