

Accordo Aziendale Medicina Generale Assistenza Primaria

Anno 2013

INDICE

➤ PREMESSA	pag. 3
➤ Sezione 1 Obiettivi relativi alla quota di € 3,08 ad assistito articolati in:	
○ 1.1 Livelli programmati di spesa	pag. 4
○ 1.2 Obiettivi di governo clinico:	
1.2.1 - progetto TAO	pag. 5
➤ Sezione 2 Obiettivi relativi alla quota di € 6,00 ad assistito articolati in:	
○ 2.1 Obiettivi di salute:	
2.1.1 - Valutazione del rischio cardiovascolare globale	pag. 7
2.1.2 – Promozione Adesione ai programmi di screening dei tumori	pag. 9
2.1.2.1 Screening del carcinoma del colon retto	
○ 2.2 Obiettivi di appropriatezza:	pag.10
2.2.1 - Appropriatazza farmaceutica:	
Rispetto dei tetti di spesa programmati	pag.11
2.2.2 - Appropriatazza farmaceutica:	
Prescrizioni di particolari categorie terapeutiche	pag.12
2.3.1 - Miglioramento dei tempi d’attesa e dell’appropriatezza prescrittiva specialistica	pag. 13
○ 2.3 Campagna vaccinale antinfluenzale	pag.14
➤ Sezione 3 Aree di miglioramento organizzativo	
○ 3.1.- Potenziamento delle équipes territoriali	pag.15
3.1.1- Partecipazioni alle riunioni di nucleo/equipe	
3.1.2 – Ruolo e funzioni del coordinatore del nucleo	
➤ Scheda riassuntiva obiettivi	pag. 17
➤ Allegati	
○ A1 – Scheda formato dei dati valutazione RCV	pag. 18
○ A2 - Istruzioni operative per l’invio dei dati RCV	pag. 19
○ A3 – Istruzioni per l’accesso al portale area dedicata alla verifica dell’adesione allo screening del colon retto	pag. 20
➤ Firme	pag. 22
➤ Dichiarazione a verbale	pag. 23

PREMESSA

L'Accordo Aziendale per la Medicina Generale per l'anno 2013, viene realizzato in un momento di grande rinnovamento strutturale dell'Azienda USL Umbria 1, legato all'accorpamento delle due ex ASL 1 e 2 e contestualmente avviene in attesa dell'adozione dell'Accordo Integrativo Regionale, che dovrà indicare le linee di una ridefinizione dei compiti e delle funzioni della Medicina Generale.

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

In attesa dell'adozione dell'accordo regionale, è opportuno continuare a perseguire le linee degli accordi adottati negli anni precedenti, orientate a favorire un uso razionale delle risorse economiche e strumentali messe a disposizione, attraverso l'adozione di progetti assistenziali volti al perseguimento della efficacia, dell'efficienza e della appropriatezza degli interventi, spostando sempre di più l'attenzione dai tradizionali obiettivi di contenimento della spesa verso obiettivi di salute e di miglioramento della qualità dell'assistenza fornita.

L'Accordo 2013, quindi, è articolato in:

- Sezione 1 *Obiettivi relativi alla quota di € 3,08 ad assistito* articolati in:
 - Livelli programmati di spesa
 - Obiettivi di governo clinico:
 - Progetto TAO
- Sezione 2 *Obiettivi relativi alla quota di € 6,00 ad assistito* articolati in:
 - Obiettivi di salute:
 - Valutazione del rischio cardiovascolare globale
 - Promozione adesione al I° livello screening per la prevenzione dei tumori del colon-retto
 - Obiettivi di appropriatezza:
 - Appropriately farmaceutica: rispetto dei tetti di spesa programmati
 - Appropriately farmaceutica: prescrizione di particolari categorie terapeutiche
 - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva specialistica e dei tempi d'attesa
 - Campagna vaccinale antinfluenzale 2013-2014
- Sezione 3 *Aree di miglioramento organizzativo 2013*
 - Potenziamento delle équipes territoriali

SEZIONE 1: OBIETTIVI RELATIVI ALLA QUOTA DI € 3,08 AD ASSISTITO

In attuazione a quanto previsto dal Comitato Regionale per la Medicina Generale nella seduta del 14/11/2011, la quota di €3,08 ad assistito, che rientra nel fondo previsto dal comma 15 lettera B) art. 59, viene erogata sulla base del grado di raggiungimento di obiettivi riferiti a:

- 1) livelli programmati di spesa
- 2) obiettivi di governo clinico

1.1 – Livelli programmati di spesa

Con delibera di Giunta Regionale n.632 del 19/06/2013 è stato approvato il verbale della seduta del Comitato Regionale per la Medicina Generale tenutasi in data 06/06/2013.

In tale seduta è stato stabilito quanto segue:

“il tetto regionale di spesa farmaceutica pro-capite, per l’anno 2013 è fissato a € 168,00; le Aziende Sanitarie Locali, tramite accordi aziendali possono definire fasce di scostamento, in riferimento al proprio livello aziendale”

Modulazione aziendale

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

1. I medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, registreranno una spesa pro capite pesata annua lorda \leq € 168,00 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 detratta della quota di compartecipazione a carico dell’assistito, **non superiore al 4,271% (\leq 175,18) del tetto di spesa indicata al punto 1**, 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 detratta della quota di compartecipazione a carico dell’assistito, **non superiore al 3,614% (\leq 181,51) del tetto di spesa indicata al punto 2**, percepiranno mensilmente **una quota pari al 30%** di tale compenso, **a condizione che la spesa sia inferiore a quella dell’anno precedente**, salvo recupero o conguaglio in funzione del risultato complessivo annuo.

Tali acconti, con la fissazione del nuovo tetto di spesa anno 2013, verranno rimodulati, attivati o sospesi, a seguito delle verifiche che verranno effettuate nei mesi di luglio e ottobre 2013. Eventuali conguagli o recuperi riferiti ai risultati a consuntivo anno 2013 verranno effettuati entro il mese di marzo 2014.

L’Azienda, si impegna ad inviare regolarmente o mettere a disposizione per via telematica a ciascun medico convenzionato, entro il secondo mese successivo, il report mensile della propria prescrizione farmaceutica e reports analitici trimestrali, relativi ai primi 60/80 principi attivi in ordine decrescente di spesa, , compatibilmente con la riorganizzazione in atto delle procedure informatiche.

1.2.1 PROGETTO TAO – “Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale presso l'ambulatorio di medicina generale”

La gestione del paziente in Terapia Anticoagulante Orale è stata finora garantita attraverso un sistema integrato che coinvolge il Dipartimento di Medicina, il Dipartimento dei Servizi, i Distretti Sanitari e la Struttura complessa Medicina Interna e Vascolare – Stroke Unit dell’Azienda Ospedaliera di Perugia.

La rete dei punti d’accesso è articolata a livello ambulatoriale sia nelle strutture ospedaliere della Azienda USL e dell’Azienda Ospedaliera sia in sedi territoriali.

Inoltre, nella ex USL n.2 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, 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 29/04/10 dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano .

Considerati i buoni risultati conseguiti dalla sperimentazione si ritiene opportuna la progressiva estensione del progetto a tutti gli ambiti territoriali dell’Azienda USL Umbria 1.

Per fare questo in considerazione delle risorse economiche disponibili e sentiti i Direttori dei Distretti, si stabiliranno modalità che gradualmente permetteranno a tutti i medici al momento ancora non coinvolti, di partecipare al progetto.

La platea dei medici inclusi nel progetto viene ampliata, prioritariamente, con i medici della ex Asl n. 2 che hanno manifestato, nei termini stabiliti, la propria adesione e che alla data della sottoscrizione del presente accordo risultano essere in possesso dell’attestato formativo previsto e, previa partecipazione al corso formativo, con i medici appartenenti a due forme associative di medicina di gruppo del Distretto dell’Alto Tevere e del Distretto dell’Alto Chiascio, in modo da completare la sperimentazione in tutti gli ambiti distrettuali dell’Azienda.

Pertanto i medici che parteciperanno al percorso formativo specifico, potranno formalizzare la propria disponibilità ad essere inseriti nel progetto, inviando all’Ufficio convenzioni, apposita comunicazione entro un mese dal completamento del percorso formativo.

I medici della ex Asl n. 2 già formati alla data di sottoscrizione del presente Accordo, potranno formalizzare la propria disponibilità ad essere inseriti nel progetto, inviando all’Ufficio convenzioni, apposita comunicazione entro due mesi dalla sottoscrizione del presente accordo. Il loro inserimento sarà graduale in funzione delle disponibilità di budget.

I medici formati, appartenenti alla forma associativa medicina di gruppo, che hanno già manifestato l’adesione al progetto, potranno seguire i propri assistiti , e provvisoriamente quelli dei colleghi in gruppo non formati, fino al completamento del loro percorso formativo.

L’ampliamento della platea dei medici inclusi nel progetto, riguarderà esclusivamente, coloro che provvederanno direttamente ad effettuare il prelievo capillare.

Per la partecipazione al progetto si confermano le modalità operative già sperimentate:

- 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 venoso effettuato presso un laboratorio pubblico o accreditato;
 - su prelievo capillare effettuato dallo stesso MMG mediante coagulometro portatile.

In quest’ultimo caso 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.
- 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 che ottemperano a quanto riveniente dai punti da 1) a 5) verrà corrisposto un compenso mensile per paziente reclutato di € 18,00 e di € 80, a seconda che il prelievo sia effettuato dal medico stesso con prelievo capillare o dal laboratorio di analisi con prelievo venoso, fermo restando, l'eventuale recupero dei costi di ammortamento sostenuti dall'Azienda per l'acquisizione del programma informatico.

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO

Il fondo per il finanziamento del progetto "*Gestione del paziente in terapia anticoagulante orale presso l'ambulatorio di medicina generale*" anno 2013 viene incrementato per un importo totale di **€ 337.000,00** come di seguito indicato:

- **Ex ASL n.2 – Perugia:**
 - con le risorse rese disponibili, dal fondo 2011/2012 (Euro 3,08 annuo/assistito Art. 59 lettera b) commi 15 e 16 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), per un importo di **€ 207.000,00;**
- **Ex ASL n.1 – Città di Castello:**
 - con le risorse rese disponibili, dal fondo 2011/2012 (Euro 3,08 annuo/assistito Art. 59 lettera b) commi 15 e 16 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), per un importo di **€ 130.000,00.**

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

2.1 - OBIETTIVI DI SALUTE

Premessa

Le parti concordano di destinare il 5% della quota dei 6,00 Euro alla Continuità Assistenziale. Tale quota sarà destinata a finanziare la 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. Tale progetto sarà esplicitato nell'accordo aziendale per la Continuità Assistenziale.

2.1.1 Valutazione del rischio cardiovascolare globale

La valutazione e la gestione del rischio cardiovascolare globale rappresenta una delle priorità che l'accordo decentrato regionale individua fra gli obiettivi assistenziali, in quanto la stima del rischio cardiovascolare globale degli assistiti consente di orientare i trattamenti con il miglior rapporto costo-beneficio ed una azione di counselling nei confronti di rischi comportamentali.

Gli obiettivi incentivanti sotto riportati sono stati definiti con la finalità di promuovere da parte dei MMG la raccolta e l'utilizzo sistematico di dati necessari a gestire un intervento di prevenzione secondaria d'iniziativa. La registrazione su supporto informatico dei dati rende, infatti, praticabile una efficiente programmazione di controlli periodici su pazienti a rischio noto.

Novità dell'accordo 2013 è l'introduzione di indicatori per la valutazione del rischio che i pazienti ipertesi e diabetici hanno di sviluppare la malattia renale cronica¹, con conseguenti importanti danni (in termini di salute e di qualità della vita) che ne potrebbero derivare (es. trattamento dialitico).

Si concorda quindi di introdurre nell'elenco degli indicatori da monitorare nei pazienti diabetici e in quelli ipertesi anche la clearance della creatinina (pure stimata), che rientra nell'essenziale ticket per entrambe le patologie e la microalbuminuria per i soli pazienti diabetici.

L'elenco completo dei parametri oggetto di rilevazione è riportato nell'allegato 1.

peso = 10

- **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 70% dei pazienti ipertesi in trattamento farmacologico in età compresa tra 40 e 69 anni verranno raccolti l'80% dei dati necessari alla valutazione del RCVG e delle informazioni aggiuntive, con l'inclusione dei parametri necessari per la valutazione del rischio per questi pazienti di sviluppare la malattia renale;*
- *al 70% qualora per almeno il 70% dei pazienti ipertesi in trattamento farmacologico in età compresa tra 40 e 69 anni verranno raccolti il 50% dei dati necessari alla valutazione del RCVG e delle informazioni aggiuntive, con l'inclusione dei parametri necessari per la valutazione del rischio per questi pazienti di sviluppare la malattia renale.*

¹ Linee guida per l'identificazione, prevenzione e gestione della malattia renale cronica nell'adulto - Sistema Nazionale per le Linee Guida - Gennaio 2012

- **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 l'80% dei pazienti diabetici in trattamento farmacologico in età compresa tra 40 e 69 anni** verranno raccolti l'80% dei dati necessari alla valutazione del RCVG e delle informazioni aggiuntive, con l'inclusione dei parametri necessari per la valutazione del rischio per questi pazienti di sviluppare la malattia renale;
- **al 70% qualora per almeno l'80% dei pazienti diabetici in trattamento farmacologico in età compresa tra 40 e 69 anni** verranno raccolti il 50% dei dati necessari alla valutazione del RCVG e delle informazioni aggiuntive, con l'inclusione dei parametri necessari per la valutazione del rischio per questi pazienti di sviluppare la malattia renale.

L'invio dei dati deve essere effettuato con file in formato compatibile con Microsoft Excel², attraverso il portale di accesso riservato alla MMG e dovrà avvenire entro il **31 marzo 2014**, secondo le istruzioni operative previste dall'**allegato 2**.

- **gestione integrata dei pazienti diabetici**

Il progetto IGEA³, prodotto del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), promuove la gestione integrata del paziente diabetico e di tipo II da parte del MMG. L'intento del progetto è di orientare il MMG al follow up attivo del paziente cronico stabilizzato, con una gestione proattiva basata su un piano di cura condiviso, allo scopo di migliorare gli outcome e la qualità di vita dei pazienti, ridurre i ricoveri impropri ed il follow up specialistico immotivato, dare centralità al paziente valorizzandone anche le potenzialità di autogestione della malattia.

Per lo sviluppo di un progetto che tenga conto di tali indirizzi di livello nazionale, valorizzando anche le esperienze pregresse sviluppate nel Azienda USL, sarà istituito, entro il 30/06/2013, un tavolo tecnico che formulerà entro novembre 2013 una proposta di **progetto Diabete aziendale**, da inserire nell'accordo aziendale 2014.

² Tale formato può essere utilizzato sia con software Excel di Microsoft sia con software gratuito "Calc" del pacchetto "Open Office" scaricabile dal sito www.openoffice.org

³ Documento sulla gestione integrata del paziente - vedi in particolare le raccomandazioni della tabella 1 a pag 17 del documento di indirizzo in: http://www.epicentro.iss.it/igea/pdf/Igea_doc-indirizzo.pdf

2.1.2 Promozione adesione ai programmi di screening dei tumori

Riguardo ai programmi regionali di screening va ricordato che:

- l'adesione allo screening colon rettale raggiunta dall'Azienda USL Umbria 1 nei round precedenti è in linea con la gran parte dei programmi nazionali, ma ha mostrato soltanto una lieve tendenza alla crescita, malgrado l'attivazione dei MMG anche tramite l'uso del portale;
- l'adesione allo screening citologico è tra le più alte in Italia e va soprattutto sostenuta in questa fase di importanti cambiamenti nel software di gestione, nelle strategie di screening; nella percezione da parte della popolazione associata all'avvio della vaccinazione anti-HPV.

Malgrado i risultati apprezzabili conseguiti nel confronto infraregionale ed interregionale quindi la performance aziendale deve essere ulteriormente migliorata per perseguire i risultati di salute attesi in termini di riduzione della incidenza e della mortalità per i tumori specifici.

2.1.2.1. Screening del carcinoma del colon retto

È necessario in particolare promuovere l'adesione allo screening del carcinoma del colon retto in tutti quei soggetti che non conoscono il loro stato di rischio perché non hanno mai aderito ai programmi di screening o perché non hanno risposto con regolarità ai diversi round di reinvio.

In tal senso il ruolo attivo e competente del MMG è essenziale, per verificare e sollecitare l'adesione da parte dei propri assistiti, oltre che per favorire l'adesione ai successivi controlli clinici e l'esecuzione di tutte le procedure per l'approfondimento diagnostico e l'eventuale trattamento della patologia neoplastica precocemente individuata.

Per la diagnosi precoce del carcinoma del colon retto nel round di screening 2013-2014 sono invitati ad aderire tutti i cittadini di 50-74 anni (circa 120.000 persone), secondo criteri legati all'età dell'assistito e alla scadenza biennale dell'eventuale precedente esame di screening.

Gli inviti saranno riferiti al periodo 2013-2014 (inizio 1.01.2013 e conclusione 31.12.2014) con verifiche di adesione trimestrali e con una verifica finale nel I° semestre 2015.

In considerazione della durata biennale del round 2013-2014, la verifica del raggiungimento dell'obiettivo verrà effettuata alla fine del 1° semestre 2015 e conseguentemente, verranno poste in liquidazione le competenze, spettanti ai medici interessati, con la mensilità di cassa Settembre 2015.

2.1.2.1.1 Adesione al I livello di screening

L'obiettivo di adesione al I livello si intende raggiunto:

peso = 9

- **al 100%** qualora una percentuale $\geq 57\%$ degli invitati avrà aderito al I livello di screening (esame FOBT), includendo anche le partecipazioni spontanee;

- **al 70%** qualora una percentuale $\geq 53\%$ e $<57\%$ degli invitati avrà aderito I livello di screening (esame FOBT), includendo anche le partecipazioni spontanee;

- **al 50%** qualora una percentuale $\geq 50\%$ e $<53\%$ degli invitati avrà aderito I livello di screening (esame FOBT), includendo anche le partecipazioni spontanee.

Per facilitare l'intervento attivo di rinforzo e monitoraggio da parte del MMG e favorire il raggiungimento dell'obiettivo previsto a livello regionale, lo stato dell'adesione allo screening sopra citato sarà resa disponibile e consultabile da parte di ciascun medico nel portale MMG ad accesso riservato, in cui è stata creata una sezione dedicata.

Le istruzioni per l'accesso a tale sezione sono riportate nell'allegato 3.

Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica

Per il perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, potenziamento della qualità e al tempo stesso razionalizzazione della prescrizione si individua come criterio guida l'adozione di comportamenti prescrittivi basati sulle più accreditate evidenze scientifiche.

Ci si propone in questo modo di ottenere, da un lato, una ulteriore riduzione delle terapie inappropriate e, dall'altro, un incremento delle terapie utili e raccomandate, con particolare riferimento alla prevenzione delle malattie croniche e segnatamente di quelle cardiovascolari, qualora le modifiche degli stili di vita risultino inadeguati.

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.

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, 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 delle più importanti categorie terapeutiche destinate al trattamento di rilevanti e diffuse patologie, e del significativo contributo che l'impiego di tali farmaci può fornire al mantenimento della sostenibilità economica della spesa farmaceutica, si individua, tra gli altri, come indicatore del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, l'incremento dell'utilizzo di tali farmaci con particolare riguardo ad alcune categorie terapeutiche.

Vengono previsti obiettivi generali, relativi al rispetto dei tetti di spesa programmati e obiettivi specifici, riguardanti alcune aree terapeutiche di particolare rilevanza.

2.2.1 Obiettivo appropriatezza farmaceutica: rispetto dei tetti di spesa programmati

La Legge 135 del 7 agosto 2012 ha convertito in legge, con modificazioni, il D.L. 95 del 6 luglio 2012, ed in particolare all'art.15 è stato rideterminato il tetto della farmaceutica territoriale che passa dal 13,1% del secondo semestre dell'anno 2012 al 11,35% per l'anno 2013, al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA, e che la Regione Umbria ha emanato con Deliberazione n.47 del 28 gennaio 2013 gli indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del bilancio di previsione per l'esercizio 2013(...) ridefinendo le precedenti linee di programmazione a seguito delle modifiche intervenute negli assetti territoriali conseguenti alla L.R. n.18/2012 di riordino del Servizio Sanitario Regionale.

Per l'anno 2013, tenuto conto dei dati di consuntivo anno 2012, che evidenziano diversità degli standard prescrittivi esistenti nelle due ex Aziende 1 e 2, si conviene tenere distinti gli obiettivi di appropriatezza prescrittiva farmaceutica secondo le modalità riportate nei seguenti punti a, b, c, che corrispondono ad un obiettivo aziendale di spesa pro capite pesata annua pari a **€164,00**

a) I medici, **rispettivamente dell'ex Azienda n.1 e dell'ex Azienda n.2**, che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, abbiano conseguito livelli di spesa pro capite pesata annua, al netto della quota di compartecipazione a carico dell'assistito, **<= €169,00 ex ASL n.1 / <= €163,00 ex ASL n.2** beneficeranno al **100%** della quota di incentivo destinato all'obiettivo specifico;

peso = 35

b) I medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, abbiano conseguito livelli di spesa pro capite pesata annua **non superiore al 3% del tetto di spesa sopra indicato (<= €174,07 ex ASL n.1 / <= €167,89 ex ASL n.2)**, al netto della quota di compartecipazione a carico dell'assistito, beneficeranno al **70%** della quota di incentivo destinato all'obiettivo specifico;

c) I medici che a seguito di valutazione individuale, o di gruppo, se esplicitamente richiesta, abbiano conseguito livelli di spesa pro capite pesata annua **entro il limite del 3% del tetto indicato al punto b) (<= €179,29 ex ASL n.1 / <= €172,93 ex ASL n.2)** al netto della quota di compartecipazione a carico dell'assistito, beneficeranno al **50%** della quota di incentivo destinato all'obiettivo specifico.

Per i MMG che abbiano un numero limitato di assistiti (**non più di 500**) che registrino il superamento dei tetti di spesa programmata di cui ai punti a), b) e c) entro un limite massimo del 5%, si potrà procedere all'erogazione della corrispondente quota incentivante, qualora la percentuale di assistibili ultrasessantacinquenni superi di oltre il 5% la media aziendale.

2.2.2 Prescrizione di particolari categorie farmaceutiche

peso = 8

- **Miglioramento percentuale delle confezioni di principi attivi generici/equivalenti sul totale delle confezioni erogate per il gruppo terapeutico delle statine (codice ATC=C10AA)**

Considerato che, a seguito di importanti scadenze brevettuali avute nel corso del 2012 di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico delle statine, la proiezione della media aziendale per l'anno 2013 è pari a 80%, si propone, per tale gruppo, un limite pari o superiore a 80 %, in termini di confezioni di principi attivi generici/equivalenti , sul totale delle confezioni di statine *anche tenuto conto dei parametri indicativi previsti nelle Tabelle AIFA pubblicate in applicazione della legge 122/2010.*

- **Miglioramento percentuale delle confezioni di farmaci a base di principi attivi generici/equivalenti sul totale delle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (codice ATC C09)**

peso = 8

Considerato che, a seguito di importanti scadenze brevettuali avute nel corso del 2012 di farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina, la proiezione della media aziendale per l'anno 2013 è pari a 85%, si conviene, per tale gruppo, un limite pari o superiore a 85% in termini di confezioni di principi attivi generici/equivalenti, sul totale delle confezioni di farmaci a base di sostanze che agiscono sul sistema renina-angiotensina (codice ATC C09) *anche tenuto conto dei parametri indicativi previsti delle tabelle AIFA pubblicate in applicazione della legge 122/2010.*

Si precisa inoltre che a seguito delle incertezze che riguardano le prossime scadenze brevettuali di principi attivi ricompresi nelle categorie terapeutiche sopraindicate, non sarà in questa sede considerata l'incidenza percentuale legata ai nuovi generici /equivalenti previsti per il 2013 .

Si conviene quindi di fissare ulteriori incrementi percentuali dei generici/equivalenti per ciascuna categoria terapeutica soltanto successivamente all'effettivo inserimento del singolo principio attivo nella lista di trasparenza dell'AIFA.

Si concorda comunque che il calcolo avverrà soltanto sulla base dell'incidenza percentuale di quel principio attivo nell'anno 2013, in proporzione al numero di mesi.

L'Azienda si impegna a dare comunicazione alle OO.SS dell'aggiornamento delle liste di trasparenza AIFA relativamente ai principi attivi sopracitati.

Appropriatezza Prescrittiva Specialistica

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

Nei Piani Attuativi Aziendali di contenimento dei tempi d'attesa (PAA) fin dal 2006, l'Azienda USL Umbria 1 ha recepito le misure di contenimento delle liste d'attesa indicate dalla Pianificazione Regionale. Tali misure introducevano, fra gli altri interventi, la metodologia dei **Raggruppamenti Omogenei di Attesa (RAO)**, seguendo gli indirizzi della programmazione nazionale.

Col PSR 2009-2011 la Regione Umbria ha confermato questi indirizzi (parte II, cap 4, parag 4.2) ed ha stabilito di procedere verso l'adozione di RAO di livello regionale per le prestazioni specialistiche affrontate con questa metodologia delle aziende sanitarie e ospedaliere regionali, procedendo nel corso del 2011 e del 2012 alla definizione di Raggruppamenti Omogenei d'Attesa basati su criteri di priorità clinica per le principali prestazioni specialistiche dell'area cardiovascolare, dell'area gastroenterologica, dell'area neurologica, della diagnostica per immagini e infine dell'ortopedia, oculistica ed urologia.

I Medici di Medicina Generale sono chiamati a collaborare alle azioni intraprese, in particolare sul versante del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e dell'applicazione di criteri di priorità d'accesso per le prestazioni individuate:

- partecipando ad iniziative formative e ad appositi incontri con le equipe territoriali programmati allo scopo di implementare i RAO di livello regionale
- assicurando l'appropriatezza delle richieste delle prestazioni specialistiche, sia **indicando la motivazione clinica** che potrebbe condizionare il tempo d'attesa, sia **utilizzando le classi di priorità** della tabelle RAO per individuare il tempo d'attesa adeguato per quella condizione clinica e barrando la corrispondente casella nella ricetta.

La quota 2013 collegata con il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva specialistica ed il contenimento dei tempi d'attesa verrà corrisposta a ciascun medico:

- **al 100% in relazione alla applicazione della metodologia RAO alle prestazioni specialistiche adottate a livello regionale**, qualora ciascun medico abbia una percentuale di prescrizioni con indicazione della priorità clinica superiore od uguale **all'85%**, calcolato sul totale delle prescrizioni per tutte le prestazioni RAO, nel periodo **01.01.2013-31.12.2013**. peso = 15
- **al 70% in relazione alla applicazione della metodologia RAO alle prestazioni specialistiche adottate a livello regionale**, qualora ciascun medico abbia una percentuale di prescrizioni con indicazione della priorità clinica **>= 70% e <85%**, calcolato sul totale delle prescrizioni per tutte le prestazioni RAO, nel periodo **01.01.2013-31.12.2013**.

Qualora a livello regionale sarà prevista l'adozione di nuovo RAO, per l'implementazione saranno previsti appositi incontri con le equipe territoriali da realizzare nel corso del 2013.

Le schede RAO saranno rese disponibili nel sito aziendale.

2.3 Campagna Vaccinale Antinfluenzale 2013 – 2014 Copertura Ultra - 65enni

Gli obiettivi riguardanti la campagna vaccinazioni antinfluenzale **2013-2014** ed in particolare, quelli relativi alla copertura vaccinale della popolazione ultra-65enne, saranno definiti con specifico Accordo Regionale.

Peso= 5

Nel caso in cui tale Accordo non dovesse essere definito entro il 15/09/2013, le parti (Azienda e OO.SS.), si impegnano a definire e sottoscrivere, entro il 30/09/2013, uno specifico Accordo a livello aziendale.

SEZIONE 3: AREE DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO

Nelle more della definizione, nell'ambito dell'accordo regionale, degli aspetti organizzativi e normativi delle forme associative dell'assistenza primaria in coerenza con quanto stabilito dagli AA.CC.NN. del 29/07/2009 e del 08/07/2010, si confermano gli obiettivi relativi al potenziamento delle équipe territoriali e al coordinamento dei Nuclei di Cure Primarie dei MMG.

3.1 Potenziamento delle équipe territoriali

3.1.1 Partecipazione alle riunioni di nucleo/equipe

La partecipazione alle riunioni di nucleo/equipe favorisce la realizzazione delle forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori, per il conseguimento degli obiettivi e dei progetti assistenziali di livello regionale e aziendale.

Al fine di consentire lo **svolgimento delle riunioni** in orari compatibili con le attività dei servizi e dei professionisti viene stabilita a livello distrettuale una fascia oraria di tre ore da dedicare alle riunioni di équipe.

Per i medici di assistenza primaria la quota fissa capitaria di ponderazione (art. 59 lett. A commi 6 e 7) di euro **3,08/annui** per assistito, pari ad euro **0,2567/mensile** per assistito, viene erogata mensilmente ai medici che hanno partecipato alla prevista riunione di équipe.

La corresponsione degli acconti mensili, viene confermata previa verifica positiva del livello di partecipazione alle riunioni, da effettuarsi con cadenza trimestrale.

L'elenco dei medici che non hanno partecipato alla prevista riunione mensile, certificata dal responsabile del Centro di Salute e dal coordinatore del nucleo di équipe di appartenenza, verrà trasmesso mensilmente, entro il quinto giorno del mese successivo, dalla Direzione del Distretto di riferimento, all'Ufficio trattamento economico personale convenzionato.

Entro il primo trimestre dell'anno successivo, si provvederà 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 équipe (almeno una al mese) in misura => **75%** indennità **100%**;
- Partecipaz. riunioni di équipe (almeno una al mese) in misura => **50% <= 75%** indennità **50%**;
- Partecipaz. riunioni di équipe (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.

3.1.2 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.

SCHEDA RIASSUNTIVA AGGIORNATA - OBIETTIVI MMG 2013 - INCENTIVO 2013: € (6,00 – 5%) = € 5,70 ANNUO/ASSISTITO

obiettivo	Indicatore	standard	% raggiungimento	peso
OBIETTIVI DI SALUTE				
Valutazione RCV ipertesi	% ipertesi in trattamento 40-69aa con valutazione RCV e. informazioni aggiuntive registrate su supporto informatizzato	≥ 70% dei pazienti Con almeno l'80% dei dati indicati nell' Allegato 1	100%	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 e. 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 il 50% dei dati indicati nell' Allegato 1	70%	
Screening dei tumori	% di invitati che aderisce al I livello dello screening del colon retto (FOBT)	≥ 57%	100%	9
		53-57%	70%	
		≥ 50% %	50%	
OBIETTIVI DI APPROPRIATEZZA				
Rispetto dei tetti di spesa	Spesa Pro Capite Pesata	1°Liv.: <= € 169,00 (ex ASL1) <= € 163,00 (ex ASL2)	100%	35
		2°Liv. Scostamento max 3% rispetto 1°Liv.	60%	
		3°Liv. Scostamento max 3% rispetto 2°Liv.	30%	
	simvastatina	≥ 73% sul totale delle statine prescritte	100%	8
	totale sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina	≥ 82% sul totale delle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (codice ATC C09) prescritte	100%	8
Miglioramento dell' appropriatezza specialistica e dei tempi d' attesa	% di prescrizioni di prestazioni specialistiche con RAO adottato a livello regionale con indicazione della priorità clinica	≥ 85%	100%	15
		≥ 70% - < 85%	70%	
Vaccinazione antinfluenzale	% di assistibili in età ≥ a 65aa sottoposti a vaccinazione antinfluenzale documentata su supporto informatizzato	Da definire con apposito specifico Accordo Regionale/Aziendale		5

Istruzioni operative per l'invio dei dati relativi a - Valutazione del Rischio Cardiovascolare Globale

Per rendere semplice, ripetibile ed efficiente l'analisi dei dati e per evitare errori che invaliderebbero il lavoro svolto, i medici sono pregati di seguire scrupolosamente le istruzioni di seguito riportate.

Modalità di invio dei dati

I dati relativi al progetto Diabete e alla Valutazione del rischio cardiovascolare globale devono **obbligatoriamente** essere inviati utilizzando il **formato Excel** contenente i campi riportati nelle schede in allegato.

Se non si dispone del software commerciale Microsoft Excel è possibile utilizzare il programma "Calc" contenuto nel **pacchetto gratuito Open Office**. Tale software è liberamente scaricabile dal sito <http://it.openoffice.org/download/> ed è del tutto compatibile con Excel.

Specifiche per estrazioni automatiche dei dati

Se vengono utilizzati **programmi di estrazione automatica** dei dati dall'archivio del proprio software di gestione dello studio medico è permesso l'uso di file diversi da quelli inviati dalla Direzione **purché l'ordine dei campi estratti sia esattamente lo stesso dell'allegato**.

N.B.: non è richiesta l'estrazione di dati relativi a campi non presenti nel tracciato record originale (es. nome e cognome) né l'inserimento nelle prime righe di informazioni relative al medico o di riepilogo dei dati presentati.

Formato dei dati

Deve essere sempre rispettato il formato richiesto per i dati. Ad esempio, per il campo denominato "Stato di diabete noto" è richiesto il formato Sì/No per cui non è consentito riempirlo con X, 0, 1, S, N o altre modalità. **Se un campo in formato Sì/No risulta vuoto viene interpretato come No.**

E' inoltre necessario assicurarsi che il formato *data* sia quello richiesto, in quanto alcuni programmi effettuano una estrazione con formato data anglosassone.

Per quanto riguarda i valori lipemici, i dati inviato possono essere relativi ad una misurazioni effettuate entro i due anni precedenti all'epoca di invio dei dati – così come previsto dalla linee guida e, quindi, non necessariamente dell'anno in corso

Istruzioni per l'accesso al portale <https://medici.ausl2.umbria.it/> area dedicata alla verifica dell'adesione allo screening del colon retto

MONITORAGGIO FOBT

Questa guida specifica l'utilizzo delle schermate che permettono di monitorare gli esami fobt.
Per prima cosa una volta loggati con codice medico e password, cliccare a lato sinistro sul menù arancione, scegliendo la voce "Monitoraggio FOBT" **Monitoraggio FOBT**

A questo punto si può localizzare in alto un form di inserimento di filtri che permettono di ridurre i risultati della ricerca:

MONITORAGGIO ESAMI FOBT

CODICE FISCALE: *

Cognome: *

Nome: *

Di default vengono visualizzati tutti gli assistiti appartenenti al medico di login.

I risultati della ricerca sono ordinati per codice fiscale dell'assistito e per data dell'evento (che può essere un invito oppure un esame effettuato).

Se l'esito FOBT risulta positivo, la corrispondente linea sarà evidenziata di rosso.

CODICE FISCALE	PAZIENTE	DATA DI NASCITA	DESCRIZIONE	DATA	ESITO FOBT	DOSAGGIO HB	INFO 3
			INVITO per Sangue Occulto	01/02/2010			
			INVITO per Sangue Occulto	23/09/2009			
			Sangue Occulto	03/11/2009	inadeguato	HB =	
			Sangue Occulto	26/11/2009	negativo	HB = 0	
			INVITO per Sangue Occulto	12/08/2009			
			Sangue Occulto	02/09/2009	negativo	HB = 2	
			INVITO per Sangue Occulto	09/12/2009			
			Sangue Occulto	23/01/2010	negativo	HB = 0	
			Sangue Occulto diagnostico	24/04/2009	negativo	HB = 0 - 0 - 0	
			INVITO per Sangue Occulto	16/12/2009			

Nel riquadro di intermezzo è possibile notare una statistica sugli assistiti relativi al medico di login.

La colonna blu indica il totale, mentre il secondo campo indica la quota in percentuale:

- Incidenza totale invitati: percentuale sul totale degli assistiti (assistibili).
- Incidenza totale assistiti invitati con almeno un esame (1) (sul totale degli invitati).
- Incidenza totale invitati ma senza esame effettuato: differenza tra gli invitati e chi ha fatto almeno un esame (in percentuale sugli invitati totali).
- Esame positivo: pazienti che hanno effettuato esame colon più i pazienti che risultano con un esame positivo.
- "TOTALE ASSISTITI CON ESAME COLON" e "TOTALE ASSISTITI CON FOBT POSITIVO E SENZA ESAME COLON" indicano il sottogruppo degli esami positivi: cioè esami colon e fobt positivo.

MONITORAGGIO ESAMI FOBT - STATISTICHE (MEDICO)

ASSISTITI CON ETA' COMPRESA TRA 50 E 74 ANNI

		INCIDENZA
TOTALE ASSISTITI :	527	
TOTALE INVITATI :	219	41.56 %
TOTALE ASSISTITI INVITATI CON ALMENO UN ESAME :	138	63.01 %
TOTALE ASSISTITI INVITATI MA SENZA ESAME EFFETTUATO :	81	36.99 %
TOTALE ASSISTITI CON ESAME POSITIVO :	26	18.84 %
TOTALE ASSISTITI CON ESAME COLON :	10	38.46 %
TOTALE ASSISTITI CON FOBT POSITIVO E SENZA ESAME COLON :	16	61.54 %

Cliccando sul totale calcolato sulla colonna blu è possibile accedere ad un'altra pagina ove è visualizzato il dettaglio dei pazienti che appartengono a quel sottogruppo.

ELENCO ESAME COLON

Scarica la lista in formato Excel

CODICE FISCALE	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	INVITO O ESAME	DATA	ESITO FOBT	DOSAGGIO HB	INFO 3	TELEFONO
XXXXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	11/03/2009				
XXXXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	21/01/2009				
XXXXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	16/09/2009				
XXXXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	27/05/2009				
XXXXXXXXXXXXXXXX	COGNOME	NOME	DD/MM/YYYY	Colonscopia	12/06/2009				

E' infine possibile scaricare la lista in locale in formato Excel cliccando su "Excel".

Letto, approvato e sottoscritto:

PARTE PUBBLICA

Dr. Giuseppe Legato – Direttore Generale USL UMBRIA 1

Firmato

OO.SS.

Dr. Leandro Pesca – Delegato sindacale FIMMG

Firmato

Dr. Papi Paolo - Delegato sindacale Intesa Sindacale

Firmato

Perugia, 11/07/2013

SI ALLEGA DICHIARAZIONE A VERBALE:

La parte pubblica e le OO.SS. firmatarie del presente Accordo, concordano di mantenere, nelle more della definizione dell'Accordo aziendale anni 2013/2014 per la Continuità Assistenziale (CA), i vigenti obiettivi stabiliti nelle due ex Aziende ASL n. 1 e 2 e conseguentemente i rispettivi riconoscimenti economici incentivanti.

SI ALLEGA DICHIARAZIONE A VERBALE FIMMG:

La FIMMG, pur valutando del tutto soddisfacente l'Accordo Aziendale per l'Assistenza Primaria, relativamente al punto 6 del Capitolo 1.2.1 – Progetto TAO -, intende precisare, che il costo del software TAONet, essendo ricompreso nel contratto di licenza d'uso del coagulometro stipulato dal medico di Medicina Generale, con l'azienda produttrice, non deve essere recuperato dall'Azienda per i medici che utilizzano come metodica il prelievo capillare.