

MACROAREA:

Prevenzione delle popolazioni a rischio

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

Diabete

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

“definire percorsi assistenziali con particolare riguardo all’appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica e dell’educazione terapeutica dei pazienti, considerando anche la frequente presenza di comorbidità”

TITOLO DEL PROGETTO

Sviluppo di un modello di presa in carico del paziente diabetico per ridurre il rischio di complicanze

Beneficiari e attori

Popolazione target: Persone di età compresa tra 20 e 79 aa.

Attori:

SOGGETTI	RUOLO
Cabina di regia (c/o Assessorato alle politiche della salute) Agenzia Regionale Sanitaria	Coordinamento
Direttori Generali delle sei ASL provinciali e Distretti Socio Sanitari	Avvio dei Centri Interdistrettuali Diabetologici
MMG delle sei ASL provinciali (20%)	Iscritti negli elenchi delle rispettive Aziende
Equipe multidisciplinare: Diabetologi, Oculisti, Cardiologi, Chirurghi Vascolari, Nefrologi ecc,...	Partner operativi
UDMG	Monitoraggio dei dati raccolti dal competente ufficio
UACP	Monitoraggio distrettuale dei dati
Referente Regionale delle Cure Primarie	Valutazione dei dati
Osservatorio Epidemiologico Regionale	Verifica e controllo dei dati



Analisi di contesto

Il diabete è al sesto posto tra le malattie croniche più frequenti in Italia, con un trend in aumento negli ultimi anni.

La Puglia conferma questo trend con una **prevalenza che è aumentata dal 5,4% nel 2003 al 6,5% nel 2008**.

La Regione Puglia è la **terza regione italiana** a più elevata prevalenza della malattia diabetica, dopo Basilicata e Calabria.

Il 6,5% dei cittadini pugliesi (265.000 circa) è affetto da diabete.

La prevalenza è leggermente più elevata tra le donne (3,4%) rispetto agli uomini (3,1%); inoltre **aumenta con l'età** raggiungendo il 18,9% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni.

Annualmente si eseguono circa 82.000 ricoveri per diabete.

La **spesa farmaceutica annuale netta è pari a circa 62 milioni di euro** per circa 5 milioni di confezioni prescritte.

Le complicanze più frequenti del diabete sono quelle a carico del sistema circolatorio periferico (33%), seguite da quelle oculari (29%), renali (23%) e neurologiche (15%). Esse comportano un ulteriore incremento della spesa sanitaria.

La **mortalità per diabete mellito** in Puglia risulta più alta rispetto alla media nazionale, infatti il tasso di mortalità in Puglia è pari a 4,57 per 10.000 abitanti a fronte di un tasso nazionale di 3,38 per 10.000 abitanti.

I dati RENCAM (Registro Nominativo delle Cause di Morte) indicano che in Puglia **i morti per diabete negli anni 2000-2005 sono stati 4.568 (pari al 2,4% del totale dei deceduti)**.

Nella ASL BAT, nel nord barese ed in alcuni comuni della ASL TA questo fenomeno è più rilevante.

La promozione di stili di vita corretti insieme ad un approccio "integrato" alla malattia (team di specialisti) può ridurre il carico sanitario ed economico della patologia diabetica.

Stato dell'arte

In Puglia l'assistenza al paziente diabetico è assicurata dalla rete degli ambulatori dei medici di Famiglia e dai Servizi di Diabetologia Ospedalieri e degli Specialisti Diabetologi che operano nei Poliambulatori Distrettuali. La presa in carico integrata avviene in pochi casi e al di fuori di un modello strutturato. La gestione delle complicanze, che viene assicurata attraverso il rapporto diretto tra medico di famiglia e specialista d'organo, nel modello regionale rappresentato non prevede attività di prevenzione programmate e condivise.

Caratteristiche del progetto

Obiettivo specifico:

- Predisporre protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costo-benefici, anche con riguardo alla fornitura di presidi per il monitoraggio della glicemia;
- Definire percorsi assistenziali, con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero e del trattamento ambulatoriale, sviluppando programmi di educazione terapeutica dei pazienti e la gestione integrata da parte del medico di famiglia e dell'equipe specialistica multidisciplinare, considerata la frequente presenza di comorbidità;



- Avviare programmi di gestione delle complicanze a lungo termine della patologia diabetica, principale fonte di riduzione di qualità e durata della vita per i pazienti e di aumento dei costi per il SSN;
- Riportare in un range "accettabile", attraverso un attento e costante monitoraggio dei pazienti i seguenti parametri:
 - Pressione arteriosa
 - Valore della emoglobina glicata
 - Valore del BMI
 - Valore del colesterolo totale, HDL ed LDL
 - Valore di Creatinina
 - Valore della microalbuminuria
 - Valore numerico del RCV calcolato secondo le indicazioni fornite dall'Istituto Superiore di Sanità.

Criticità

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo summenzionato bisognerà tener conto dell'impatto che l'arruolamento dei pazienti diabetici determinerà sull'organizzazione già esistente.

In particolare è possibile ipotizzare, sulla base dell'attuale assetto di erogazione dei servizi, una difficoltà di accesso alle prestazioni diagnostiche.

Popolazione target: residenti nella Regione Puglia tra 20 e 79 anni, arruolati nell'ambito del progetto di presa in carico del paziente diabetico da parte dei MMG, come da Accordo Regionale (allegato al presente progetto) per la Medicina Generale, in attuazione di quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/2009.

Standard di risultato:

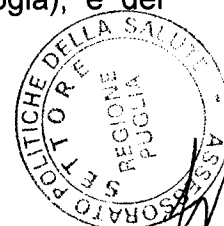
N. di pazienti reclutati/tot. Pazienti diabetici in carico per ciascuno dei MMG coinvolti nel progetto;

Valutazione dei parametri diagnostici registrati negli ultimi sei mesi /totale dei pazienti arruolati.

Programma Attuativo

Il progetto realizza quanto previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 e prevede:

- La definizione di percorsi assistenziali di presa in carico del paziente diabetico differenziando due gruppi: distinguendo pazienti con complicanze correlate alla diagnosi principale e pazienti senza complicanze ;
- La condivisione di linee guida;
- L'individuazione della "Rete Operativa Territoriale"(centri di diabetologia), e dei relativi standard tecnico-organizzativi;
- La formazione degli operatori coinvolti nella Rete per la presa in carico.



2ht

Il protocollo previsto dall'accordo integrativo regionale allegato dei MMG prevede il coinvolgimento, su base volontaria, del 20% dei medici, delle sei ASL provinciali, iscritti negli elenchi dell'Azienda.

Al fine di eliminare le criticità evidenziate in precedenza, è stato previsto un accesso preferenziale, attraverso agende dedicate, per l'esecuzione di esami laboratoristici, nonché la costituzione di equipe multidisciplinari e dedicate (diabetologi, oculisti, ecc.), dotate di adeguate risorse tecnologiche.

Modalità operative:

- a) I percorsi assistenziali di presa in carico del paziente diabetico e le linee guida sono definite dal Tavolo Tecnico Regionale istituito con Delibera DG A.Re.S. n. 102 dell'8.06.2010 "Costituzione Tavolo Tecnico finalizzato all'implementazione e al monitoraggio del "Percorso Diagnostico Terapeutico" per il Diabete Mellito e le Malattie Metaboliche" e successiva Delibera di integrazione n. 202 del 12.10.2010
- b) Le Direzioni Generali delle AA.UU.SS.LL., con il supporto del Tavolo Tecnico regionale, individuano il Referente aziendale e, tra i Distretti Socio Sanitari, i Centri Interdistrettuali Diabetologici;
- c) Il programma formativo rivolto agli operatori coinvolti nella realizzazione del progetto sarà formulato a cura del Tavolo Tecnico Regionale, per avviarne la fase operativa entro il primo semestre del 2011;
- d) L'Assessorato alle Politiche della Salute e l'A.Re.S. provvedono alla ricognizione delle risorse umane e tecnologiche operanti nelle ASL per definirne il programma di ampliamento, in collaborazione con il Tavolo Tecnico Regionale.
- e) Avvio del progetto di reclutamento dei pazienti da parte dei Medici di Famiglia con l'inserimento all'interno della cartella clinica di ogni paziente dei seguenti dati:

1 Fase

Pressione arteriosa

Valore della emoglobina glicata

Valore del BMI

Valore del colesterolo totale, HDL ed LDL

Valore di Creatinina

Valore della microalbuminuria

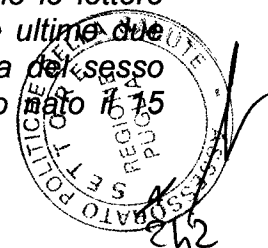
Valore numerico del RCV calcolato secondo ISS

Vaccinazione anti influenzale

2 Fase

I medici aderenti invieranno, entro sei mesi dalla data di avvio del progetto, un primo report contenente i seguenti dati :

Codice paziente : costituito da cinque caratteri. I primi due saranno le lettere iniziali del cognome e nome, i successivi due, numerici, saranno le ultime due cifre dell'anno di nascita e l'ultimo carattere sarà M o F a seconda del sesso Maschile o Femminile del paziente. (Esempio il sig. Rossi Mario



marzo del 1055 sarà codificato come RM55M e la sig.ra Verdi Adelina nata il 13/12/1945 sarà codificata come VA45F)

Strumenti di valutazione

Indicatori di Processo

- N° di pazienti con complicanze/Totale pazienti diabetici arruolati
- N° di pazienti reclutati / Totale pazienti diabetici in carico
- N° di pazienti arruolati con dato di pressione arteriosa registrato negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con dato di emoglobina glicata registrata negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con dato di BMI registrato negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati

Indicatori di esito

- N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di PA \leq 130/80 / Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di emoglobina glicata \leq 7% / Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di colesterolo totale \leq 190 mg/dl /Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati vaccinati per l'influenza nel corso dell'ultima campagna vaccinale/Totale dei pazienti arruolati

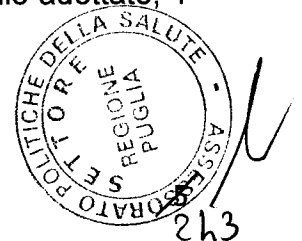
3 FASE

Entro dodici mesi dall'inizio del progetto il medico dovrà inviare due report. Il primo con i nuovi dati semestrali del progetto come sopra riportati, il secondo con i seguenti dati annuali:

- *N° di pazienti arruolati con dato di colesterolo totale registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati*
- *N° di pazienti arruolati con dato di creatininemia registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati*
- *N° di pazienti arruolati con dato di microalbuminuria registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati*
- *N° di pazienti arruolati con dato di rischio CV assoluto (ISS) registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati*

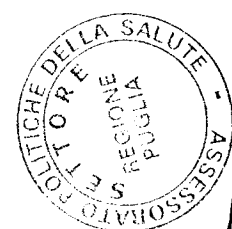
Dall'analisi dei dati raccolti si può procedere alla verifica dell'incidenza delle complicanze legate al Diabete e dividere i pazienti in due gruppi. Uno comprendente soggetti con scarse complicanze, l'altro con pazienti che hanno già sviluppato complicanze.

Operando in maniera opportuna su entrambi i gruppi con il protocollo adottato, 1 e 2 fase contiene lo sviluppo di complicanze.



**Accordo Regionale per la Medicina Generale in attuazione di quanto
previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29.7.2009**

Bari, 12 Febbraio 2010



2hh

Art. 58 Accordi regionali

L'accordo regionale reso esecutivo con DGR 2289/07 viene confermato e integrato con i seguenti articoli e resterà in vigore in regime di prorogatio legis sino alla entrata in vigore del nuovo accordo regionale.

Art. 59 Progetto di miglioramento della qualità in medicina generale: standardizzazione delle modalità di gestione della cartella clinica informatizzata.

Fermo restando quanto stabilito dall'art. 59 bis dell'ACN, al fine di avviare il processo di miglioramento della qualità, il medico di medicina generale deve impostare la propria attività orientandola per problemi.

I medici di medicina generale adeguano la loro modalità di gestione della cartella clinica informatizzata a quanto previsto dal comma precedente entro dodici mesi dalla pubblicazione del presente accordo.

Per tale attività è riconosciuto al medico di medicina generale un compenso pari a €. 1,17 /assistito/anno.

In fase di prima applicazione le attività di cui al presente articolo sono limitate ai problemi "ipertensione arteriosa" e/o "diabete mellito".

Il CPR avrà cura di provvedere alla definizione di nuovi modelli.

Il medico invia comunicazione al proprio Distretto notificando la data di inizio di tale attività.

L'obiettivo da raggiungere è la gestione della cartella clinica per problemi riferita al 90% dei propri pazienti con esenzione ticket per ipertensione e diabete mellito alla data di adesione al progetto.

I medici di medicina generale inviano ogni quattro mesi al Distretto per ogni paziente catalogato all'interno della cartella clinica con il problema "ipertensione arteriosa" e "diabete mellito" un report per ciascuna patologia in formato tipo Excel contenente i seguenti dati:

- Anno di nascita
- Sesso
- La presenza di esenzione Ticket
- L'ultimo valore di PA sistolica registrata in cartella negli ultimi tre mesi
- L'ultimo valore di PA diastolica registrata in cartella negli ultimi tre mesi
- L'ultimo valore di BMI registrato in cartella negli ultimi tre mesi

Nel report deve essere indicato il numero complessivo dei pazienti in carico, desumibile dal numero degli assistibili indicati nell'ultima busta paga;

Il report dovrà avere il seguente formato:



Dott. Cognome e Nome	Mesi di Aprile Maggio Giungo Luglio	Pazienti in carico : 1234	Totale esenti Diabete
	2010		Totale esenti Ipertensione

Handwritten signature and initials "2hs" with an arrow pointing to the table.

	Anno nascita	Sesso	P. Sistolica	P. Diastolica	BMI	ESENZIONE
1	1953	M	140	80	23	013 o 031

I quadrimestri da considerare sono Gennaio – Aprile; Maggio – Agosto; Settembre - Dicembre.

Per assistito in carico si intende tutti i pazienti iscritti al medico e non già solo quelli affetti da Iperensione e/o Diabete mellito.

Ai fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG)

Il responsabile dell'UDMG provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP che li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Il monitoraggio relativo al raggiungimento dell'obiettivo previsto deve essere effettuata al termine dei tre quadrimestri dal responsabile dell'UACP.

Il report relativo al monitoraggio effettuato viene inviato all'azienda per i gli adempimenti di competenza.

Il compenso di €. 1,17/assistito/anno di cui innanzi è riconosciuto, dalla data di adesione, esclusivamente ai medici che hanno inviato i dati. Le ASL liquidano il compenso con le competenze del mese successivo a quello del monitoraggio che attesta il raggiungimento dell'obiettivo.

Art. 60 Referente regionale per le Cure Primarie

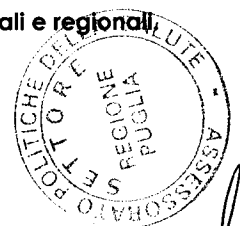
Il referente regionale per la medicina generale è un medico di medicina generale con almeno 1.000 assistiti in carico e con non meno di 20 anni di servizio in qualità di MMG, con formazione specifica in metodologia epidemiologica ed esperienza specifica nella negoziazione regionale determinata dalla L. 30 dicembre 1991 n. 412 e successive modifiche, individuato dal CPR e nominato con Determina Regionale del settore competente.

Compiti:

- È il referente regionale degli uffici aziendali delle cure primarie, coordina le attività degli uffici ASL, per i compiti previsti dalle leggi regionali 25/06 e 26/06 e dagli accordi regionali.
- Cura l'attività di monitoraggio regionale delle attività svolte dalla Medicina Generale in applicazione degli accordi nazionali, regionali e aziendali, ai fini della programmazione regionale da parte del CPR.
- E' componente dell'ufficio di cui all'art. 14 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/08 ed è referente per la MMG per la sanità elettronica.
- Collabora ai fini della istruzione di procedimenti sull'applicazione degli accordi nazionali e regionali.

Il CPR all'atto della individuazione del referente di cui al presente articolo individua anche i due componenti di cui all'art. 14 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07.

Le nomine di cui sopra hanno la stessa durata dell'accordo regionale.



L'impegno del referente non può superare 2 accessi settimanali. Per ciascun accesso si applica quanto previsto dall'art. 13, comma 11, lett. A) dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07. Quanto sopra si applica anche per le attività di cui all'art. 11 c.8 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07.

Art. 61 Flessibilità dei fondi.

I progetti di cui all'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07 devono intendersi come attività strutturali della MG. Il finanziamento dei fondi che assicurano le attività dei progetti di cui innanzi sono garantiti dalla Regione Puglia.

Le risorse di cui all'Art. 55 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07 " fondo per lo sviluppo delle forme associative complesse" sono oggetto di verifica annuale e le somme residue sono riutilizzate per finanziare progetti proposti dal CPA ai sensi dell'Art 25 dell'ACN.

Pertanto le ASL procedono, entro la chiusura dell'esercizio, ad accantonare tali somme residue per finanziare i progetti di cui al comma precedente.

Tali progetti, prima di essere deliberati dal Direttore Generale, devono ottenere il parere positivo del CPR.

Il fondo di cui all'art. 5 lettera B dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07, può essere impiegato, su proposta del CPA, per l'utilizzo oltre che dell'infermiere, anche delle figure professionali di Ostetrica, Tecnico della Riabilitazione ed Assistente Sanitario, in coerenza con quanto previsto dall'art. 5.

Tale facoltà potrà essere esercitata dai medici aderenti alle forme associative complesse, che già utilizzano collaboratori di studio, e prioritariamente per coloro che non si avvalgono della collaborazione di personale infermieristico.

Per l'ulteriore sviluppo della forma associativa complessa supergruppo l'azienda può integrare il piano di sviluppo delle forme associative utilizzando le risorse residue vincolate al passaggio da gruppo a supergruppo per favorire la costituzione di nuove forme associative supergruppo a partire da qualsiasi assetto organizzativo del medico (medico singolo, medico in associazionismo semplice, rete e super rete).

Il fondo di cui all'art. 56 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07 è attribuito a ciascuna Azienda nella misura di €. 0,214 per il numero di cittadini residenti nella ASL.

Art. 62 RCV

A. Seconda Fase del progetto RCV.

I medici che al 30/06/09 hanno superato il 35% del reclutamento della popolazione target per il calcolo del RCV accedono alla seconda fase del progetto che prevede:

- 1) l'ulteriore reclutamento di pazienti a cui effettuare il calcolo del rischio;
- 2) l'invio al Distretto, a partire dal 01/10/2010 e non oltre il 31/12/2010, di un report alla data del 30/09/2010 in cui, per ogni paziente cui sia stato calcolato il RCV nel periodo 09/01/2008 - 30/09/2010, siano riportati tutti i dati necessari al calcolo del RCV: pressione arteriosa, colesterolo totale, colesterolo HDL, condizione di paziente iperteso, condizione di paziente diabetico, abitudine o meno al fumo secondo il seguente schema:

Codice Fiscale	Data	RCV	P.A.	C-Tot	C-HDL	Ipertensione	Diabete	Fumo
----------------	------	-----	------	-------	-------	--------------	---------	------



[Handwritten signature]
269

	rilev						
--	-------	--	--	--	--	--	--

Ai fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG)

Il responsabile dell'UDMG provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP per il monitoraggio aziendale. Quest'ultimo li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Il compenso di €. 15,00 per ciascun paziente reclutato sarà riconosciuto esclusivamente ai medici che avranno inviato i dati. Le ASL liquidano il compenso pari a € 15,00 per ciascun paziente arruolato con le competenze del mese successivo a quello di invio.

Per paziente arruolato si intende ogni paziente al quale sia stato effettuato nel periodo indicato (09/01/2008 – 30/09/2010) almeno un calcolo del RCV.

B. Riavvio del progetto RCV.

Tutti i medici che non hanno partecipato alla prima fase del progetto RCV o non hanno superato la soglia del 35% per partecipare alla seconda fase del progetto possono, entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo, aderire al riavvio del progetto RCV.

Insieme alla disponibilità ad aderire al progetto, secondo le modalità già previste per la prima fase, i medici devono comunicare al Distretto di appartenenza la propria popolazione target: soggetti con età compresa tra 35 e 69 anni alla data di pubblicazione del presente accordo, esclusi quelli in cui sia stato già registrato un evento cardiovascolare.

Ai fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG). Il responsabile dell'UDMG provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP per il monitoraggio aziendale. Quest'ultimo li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Ai medici che nei successivi dodici mesi avranno registrato il calcolo del RCV almeno al 35% della propria popolazione target sarà corrisposto un compenso pari a €. 1,40 per assistito ricompreso nella sua popolazione target comunicata all'atto di adesione al progetto.

Ogni medico trasmette in formato elettronico tipo Excel dati riferiti alla propria popolazione di assistiti per il calcolo del RCV al Distretto di appartenenza. Secondo il seguente formato:

Codice Fiscale	Data rilevazione RCV	Valore RCV
ZZZBCC55F31B234Z	12/06/2010	5,4

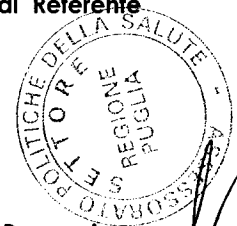
Ai fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG)

Il responsabile dell'UDMG, dopo aver verificato la correttezza del formato e la qualità del dato, provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP per il monitoraggio aziendale. Quest'ultimo li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Il compenso sarà corrisposto entro sessanta giorni dal giorno dell'invio dei dati.

Art. 63 Progetto Diabete

Il progetto Diabete di cui al presente accordo realizza quello individuato dal Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007.



10
248

Ad ogni ASL è consentito il reclutamento del 20% dei medici di assistenza primaria iscritti negli elenchi della propria azienda. Entro un mese dalla pubblicazione del presente accordo la Regione Puglia pubblica sul BURP un bando con il quale invita i medici di assistenza primaria ad aderire al progetto. Le domande saranno inviate dal MMG alla ASL di appartenenza che elaborerà la graduatoria aziendale.

I medici saranno graduati sulla base dei seguenti criteri:

- aver già superato alla data del 30/06/2009 il 35% del reclutamento dei pazienti per il calcolo del RCV sulla base dei criteri stabiliti dal relativo progetto;
- essere componente di una forma associativa complessa (super rete, super gruppo, CPT);
- essere componente di una forma associativa (rete, gruppo);
- Anzianità di utilizzo della cartella clinica informatizzata documentata dalla data di riconoscimento dell'indennità informatica.

Le ASL approvano la relativa graduatoria entro trenta giorni dal termine ultimo di presentazione delle domande previste dal bando. Entro i successivi trenta giorni la fase operativa del progetto avrà inizio con il reclutamento dei pazienti e l'inserimento all'interno della cartella clinica di ogni paziente reclutato dei seguenti dati:

Pressione arteriosa

Valore della emoglobina glicata

Valore del BMI

Valore del colesterolo totale, HDL ed LDL

Valore di Creatinina

Valore della microalbuminuria

Valore numerico del RCV calcolato secondo ISS

Vaccinazione anti influenzale.

Entro sei mesi dalla data di avvio del progetto i medici aderenti invieranno un primo report contenente i seguenti dati :

- **Codice paziente** : costituito da cinque caratteri. I primi due saranno le lettere iniziali del cognome e nome, i successivi due, numerici, saranno le ultime due cifre dell'anno di nascita e l'ultimo carattere sarà M o F a seconda del sesso Maschile o Femminile del paziente. (Esempio il sign Rossi Mario nato il 15 marzo del 1055 sarà codificato come RM55M e la Signora Verdi Adelina nata il 13/12/1945 sarà codificata come VA45F)
- **Indicatori di processo**
 - N° di pazienti reclutati / Totale pazienti diabetici in carico
 - N° di pazienti arruolati con dato di pressione arteriosa registrato negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati
 - N° di pazienti arruolati con dato di emoglobina glicata registrata negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati
 - N° di pazienti arruolati con dato di BMI registrato negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati



11
269

- **Indicatori di esito**

- N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di PA \leq 130/80 / Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di emoglobina glicata \leq 7% / Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di colesterolo totale \leq 190 mg/dl /Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati vaccinati per l'influenza nel corso dell'ultima campagna vaccinale/Totale dei pazienti arruolati

Entro dodici mesi dall'inizio del progetto il medico dovrà inviare due report. Il primo con i nuovi dati semestrali del progetto come sopra riportati, il secondo con i seguenti dati annuali:

- N° di pazienti arruolati con dato di colesterolo totale registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con dato di creatininemia registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con dato di microalbuminuria registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con dato di rischio CV assoluto (ISS) registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati

I dati, su file in formato tipo Excel, devono essere inviati al Distretto di appartenenza. Ai fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG). Il responsabile dell'UDMG, dopo aver verificato la correttezza del formato e la qualità del dato, provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP per il monitoraggio aziendale. Quest'ultimo li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Il Distretto provvede a trasmettere semestralmente l'elenco dei medici che hanno adempiuto all'invio del dato di cui sopra all'Ufficio aziendale per il personale convenzionato per la MG ai fini del pagamento dei compensi.

Per le attività di cui innanzi è corrisposto un compenso pari a €. 54,00 per ogni paziente reclutato da erogare in due soluzioni:

- €. 27,00/paziente dopo l'invio dei dati al termine del primo semestre.
- €. 27,00/paziente dopo l'invio dei dati al termine del primo anno



Art. 64 Sanità Elettronica

12/250

Per perseguire gli obiettivi e le finalità della sanità elettronica, coerentemente con quanto previsto dall'accordo regionale reso esecutivo con DGR 2289/07 in tema di obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e di utilizzo del governo clinico quale strumento per garantirne l'appropriatezza e la qualità, è istituito il Nucleo di Formazione Sanità Elettronica (NuFoSE) a livello regionale ed in ogni ASL, composto da medici di medicina generale.

Sono componenti del Nucleo di Formazione Sanità Elettronica (NuFoSE) a livello regionale il referente regionale per le cure primarie ed i componenti dell'Ufficio di Segreteria di cui al comma 2 dell'art. 14 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07; a livello aziendale il responsabile dell'UACP, con funzione di coordinatore aziendale, a livello distrettuale un nucleo di medici di medicina generale, selezionati secondo gli indirizzi definiti dal CPR, con riferimento di un rapporto di un tuor ogni 12 medici di mG su base aziende.

Il NuFoSE ha il compito di formare i mmg all'utilizzo del mezzo informatico per migliorare i processi assistenziali, sviluppare percorsi di ricerca e di verifica della qualità, avviare il processo per la gestione del fascicolo individuale elettronico.

In fase di prima applicazione i progetti previsti dal presente accordo costituiscono gli obiettivi della Sanità Elettronica.

Il NuFoSE regionale elabora un progetto formativo e le linee guida per la formulazione ed attuazione dei piani aziendali per la formazione in Sanità Elettronica (SE) e lo sottopone all'approvazione del CPR..

Il responsabile dell'UACP definisce, nel rispetto degli indirizzi regionali, il piano aziendale per la formazione in SE e lo presenta al CPA per l'approvazione.

Per la realizzazione di quanto previsto dal presente articolo è individuato un fondo aziendale pari a € 0,44 per cittadino residente.

Il piano aziendale per la formazione in SE equivale al piano formativo aziendale per i MMG così come previsto dall'art.20 dell'ACN del 29.7.2009 ed è trasmesso al CPR, quale debito informativo obbligatorio della ASL.

Il Piano aziendale per la formazione in SE è approvato entro 60 giorni dalla definizione in seno al CPR delle linee guida regionali per la formazione alla SE, e prevede lo schema di ripartizione delle risorse del fondo aziendale nonché le modalità di composizione dei nuclei aziendali di Formazione Sanità Elettronica e le relative indennità, gli indicatori di risultato che devono essere trasmessi all'ufficio di cui all'art. 14 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07, nel rispetto degli indirizzi regionali

Ai componenti del NuFoSE regionale sono riconosciute dalla ASL di appartenenza le stesse indennità prevista per i formatori di cui al presente articolo.

In fase di prima applicazione, che avrà durata di 12 mesi dall'approvazione del piano aziendale, obiettivo dell'attività dei NuFoSE è quello di favorire l'adesione dei mmg alla gestione della cartella clinica informatizzata per problemi, così come previsto dall'art. 1 del presente accordo, allo sviluppo della SE e la formazione dei medici che hanno aderito al progetto RCV e al progetto Diabete.

Il piano aziendale di cui al presente articolo è approvato nell'ambito del CPR entro 30 gg. dalla pubblicazione degli indirizzi regionali.

art. 58 Accordi regionali

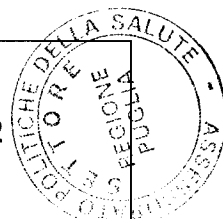
pag. 2

art. 59 Progetto di miglioramento della qualità in medicina generale:

standardizzazione delle modalità di gestione della cartella clinica

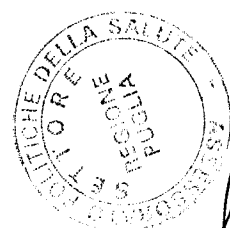
informatizzata.

pag. 2



Handwritten signature and the number '18 251' at the bottom right of the page.

art. 60 Referente regionale per le Cure Primarie	pag. 3
art. 61 Flessibilità dei fondi	pag. 3
art. 62 RCV	pag. 4
art. 63 Progetto Diabete	pag. 5
art. 64 Sanità Elettronica	



14
252