

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 3/03/2011)*

**DECRETO n. 87 del 24.07.2013**

**Oggetto:** Accordo Integrativo Regionale per la Medicina generale. Approvazione.

**PREMESSO:**

- a. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 si è proceduto alla nomina del nuovo Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro, con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i programmi operativi di cui all'art.1 , comma 88, della legge n.191/2009;
- c. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011, il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco e il dott. Achille Coppola Sub Commissari ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- d. che a seguito delle dimissioni rassegnate in data 22.02.2012 dal sub Commissario Achille Coppola con Delibera del Consiglio dei Ministri del 23.03.2012 gli acta del Piano di Rientro dal disavanzo sono stati riuniti nella persona del sub Commissario Mario Morlacco;

**RILEVATO:**

- a. che l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale sottoscritto - ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni in data 27.05.2009 (quadriennio normativo 2006/2009) e approvato in Conferenza Stato Regioni con atto rep. 93/CSR dell'29.07.2009, tuttora vigente per la parte normativa, individua all'art. 4 gli aspetti specifici oggetto di negoziazione regionale ed introduce gli artt. 26 bis (Aggregazioni Funzionali Territoriali), 26 ter (Unità Complesse Cure Primarie), 59 bis (flusso informativo) e 59 ter (Tessera Sanitaria e ricetta elettronica);
- b. che l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale sottoscritto - ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni - in data 10.03.2010 (biennio economico 2008/2009), approvato in Conferenza Stato Regioni con atto rep. 81/CSR dell'8.07.2010, fornisce, all'art. 5, indicazioni per la contrattazione integrativa regionale ed in particolare per l'attuazione delle nuove forme organizzative (AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali - e UCCP – Unità Complesse Cure Primarie), individuate con l'ACN 29 luglio 2009, affrontando in particolare i seguenti aspetti:
  1. Relazioni funzionali tra i professionisti che operano nell'ambito di dette forme organizzative, avendo riguardo in particolare alle nuove attività di valenza comune espletabili nel nuovo contesto collaborativo e a quelle tra gli stessi professionisti e l'Azienda sanitaria;
  2. Azioni per favorire gli utenti e l'accesso ai servizi, con particolare riferimento a:
    - Accessibilità giornaliera di almeno 12 ore ai servizi dell'UCCP (con sede di riferimento o con sede unica);
    - Possibilità di accesso in tempo reale, per i professionisti operanti nelle sedi di UCCP, ai dati clinici di tutti gli assistiti del territorio di riferimento;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 3/03/2011)*

- Individuazione e potenziamento della strumentazione diagnostica di base disponibile presso la sede dell'UCCP;
  - Potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale, con individuazione di personale infermieristico dedicato;
  - Sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi;
3. Miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti dai percorsi diagnostico terapeutici-assistenziali (PDTA) condivisi;
  4. Definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza anche con la finalità di misurazione dello stato di salute degli assistiti portatori di patologia cronica;
  5. Valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati, inclusa la misurazione dell'impatto sui consumi complessivi e specifici degli assistiti affetti da distinta patologia cronica;
  6. Messa a punto dei percorsi di assistenza interdisciplinare integrata, ambulatoriale e domiciliare, a favore dell'anziano e dell'anziano fragile, coinvolgenti tutte le competenze professionali operanti in ambito distrettuale, con la partecipazione delle AFT e delle UCCP;

**VISTI:**

- a. l'art. 6 dell'ACN sopra richiamato il quale stabilisce che gli accordi integrativi regionali sono siglati e resi operativi da appositi provvedimenti regionali;
- b. l'art. 14 del suddetto accordo che, in armonia con quanto definito all'art. 4, al fine di cogliere ogni specificità e novità a livello locale sul piano organizzativo e consentire al contempo il conseguimento di uniformi livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale, demanda alla trattativa regionale la riorganizzazione e definizione dei principali istituti contrattuali sulla base degli indirizzi generali individuati nell'A.C.N.,

**CONSIDERATO** che, in virtù delle funzioni di programmazione e controllo dell'Ente regionale, si è reso necessario disciplinare anche ulteriori aspetti quali:

- a. le responsabilità nei rapporti convenzionali, in relazione agli obiettivi regionali;
- b. l'organizzazione della presa in carico degli utenti da parte dei medici con il supporto delle professionalità sanitarie e la realizzazione della continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
- c. le modalità di realizzazione dell'appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, l'organizzazione degli strumenti di programmazione, monitoraggio e controllo;
- d. la modalità di partecipazione dei medici di medicina generale nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e della responsabilità nell'attuazione dei medesimi;
- e. i criteri e le modalità nella organizzazione del sistema informativo fra M.M.G. - strutture associate - Distretti - Aziende Sanitarie - Regione;
- f. l'organizzazione della formazione di base, della formazione specifica, della formazione continua e dell'aggiornamento;
- g. gli organismi di partecipazione e rappresentanza dei Medici di medicina generale a livello regionale ed aziendale;
- h. l'attuazione dell'art. 8 comma 2, lettere b, c ed e (Struttura del compenso);

**DATO ATTO** che:

- a. l'art. 24 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente individua nel Comitato permanente regionale l'organo preposto alla definizione degli accordi regionali;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 3/03/2011)*

- b. con decreto del Presidente della Giunta regionale n. 165 del 2/8/2011 è stato conferito al Comitato regionale ex art. 24 dell'ACN il compito di definire i contenuti dell'Accordo Integrativo regionale (AIR) ed è stata costituita la Delegazione trattante di parte pubblica per l'adozione di preintese con le OO.SS. maggiormente rappresentative finalizzate alla definizione dell'AIR medesimo;
- c. in data 14/3/2013 la Delegazione di parte pubblica ha sottoscritto con le OO.SS. la preintesa definendo il contenuto dell'AIR per i medici di medicina generale della Regione Campania; tale pre-accordo è stato trasmesso sul sistema gestione documentale dei Piani di Rientro e del Comitato LEA in data 15/3/2013 (prot.n. 134);
- d. nelle more dell'acquisizione del suddetto parere, attesa l'urgenza di definire l'Accordo Integrativo per la relativa approvazione regionale tenuto conto che con essa si determinano le condizioni per il superamento delle criticità in ordine all'attuazione del progetto tessera sanitaria, la preintesa è stata sottoposta all'esame del Comitato permanente regionale ex art. 24 dell'ACN 23/3/2005;
- e. nella seduta del 9/7/2013, il Comitato regionale, previa verifica della corrispondenza dei contenuti della preintesa, ha approvato l'Accordo con le seguenti modifiche:
  1. ridenominazione dell' "Allegato "N" per i Medici della Medicina dei Servizi" con la seguente "Capo VII – Medicina dei Servizi";
  2. sostituire la norma finale n. 15 con la seguente: "Si rinvia alla norma finale n. 6 dell'A.C.N. 23/3/2005 e ss.mm.ii.";
  3. depennare la norma finale n.10 recante la disciplina delle quote associative per le Società Scientifiche;

**RILEVATO che:**

- a. l'Accordo Integrativo Regionale definito tiene conto delle specifiche peculiarità dell'assistenza sanitaria in Regione Campania e contempla incentivi e strumenti per migliorare l'assistenza territoriale volti ad assicurare:
  1. la centralità della "persona" e la personalizzazione degli interventi;
  2. il perseguimento di percorsi di appropriatezza nell'ambito del governo clinico della domanda assistenziale;
  3. il rafforzamento e l'estensione del rapporto fiduciario del MMMG e della medicina di famiglia;
  4. l'integrazione del MMG con il territorio ed il lavoro in associazione;
  5. la presa in carico e il lavoro in rete quale garanzia della continuità di assistenza;
  6. la garanzia del diritto all'accesso attraverso la rete territoriale degli ambulatori di MMG sia informa singola che associata;
  7. la tutela delle "fragilità" e l'umanizzazione delle cure;
  8. la corresponsabilità nel governo della domanda e nel governo clinico dell'assistenza distrettuale;
- b. in particolare, i contenuti dell'AIR siglato assumono aspetti di grande rilevanza per tutti i settori di attività della medicina generale;

**RITENUTO, pertanto** di dover approvare l'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale della regione Campania, nel testo licenziato in sede di preintesa tra la Delegazione di parte pubblica e le OO.SS. e con le modifiche deliberate dal Comitato permanente regionale ex art. 24 ACN 23/3/2005 nella seduta del 9/7/2013;



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 3/03/2011)*

**VISTO** l'art. 1 del D.L. n. 158 del 13.9.2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n.189 del 8 novembre 2012

## **DECRETA**

per quanto espresso in narrativa e che qui si intende integralmente riportato e trascritto :

1. di approvare l'Accordo Integrativo Regionale dei Medici di Medicina Generale (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Medicina dei Servizi), che è allegato al presente decreto per costituirne parte integrante e sostanziale, stipulato con le Associazioni Sindacali di categoria in conformità alle disposizioni dell'Accordo Collettivo Nazionale;
2. di stabilire che agli oneri derivanti dall'applicazione dell'Accordo si farà fronte con il Fondo Sanitario Regionale con le modalità indicate nella relazione tecnica e di compatibilità economica allegata al presente provvedimento;
3. di inviare il presente atto al Capo Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali, ai Coordinatori AA.GG.CC. Assistenza Sanitaria e Programmazione Sanitaria ed al Settore Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per la pubblicazione sul B.U.R.C.

*Si esprime parere favorevole*  
Il Sub Commissario ad Acta  
Dr. Mario Morlacco


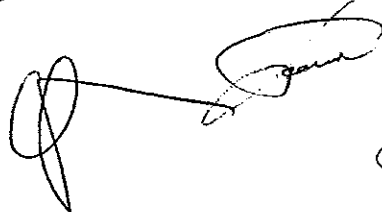
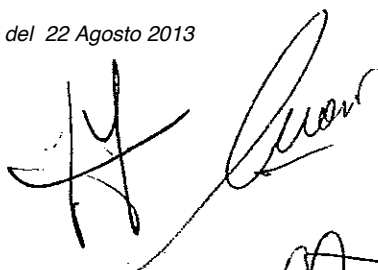
Il Capo Dipartimento della Salute  
e delle Risorse Naturali  
Prof. Ferdinando Romano

Il Coordinatore delle AGC 19 e 20  
Dr. Mario Vasco

Il Dirigente del Servizio 02 dell'AGC 20  
Dott. Aurelio Bouché

Il Commissario ad Acta  
Caldoro

PSF



ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE  
IN ATTUAZIONE DELL'ACN RESO ESECUTIVO IN DATA 30  
LUGLIO 2010,  
MEDIANTE INTESA NELLA CONFERENZA STATO – REGIONI,  
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA  
GENERALE  
REP. N. 93/CSR

## ART 9 - Disease Management del Diabete Mellito

### **Il Diabete in Campania**

A fronte di una prevalenza nazionale di 4,9%, la Campania si attesta su una prevalenza del 6%, raggiungendo percentuali superiori al 12 % con l'aumentare dell'età.

Il sesso maschile ha una prevalenza maggiore del sesso femminile ma dopo i 75 anni tale rapporto si inverte. Il Tasso di mortalità è di 57,8 per 100,000 per il sesso maschile, dove i Campani sono secondi solo ai Siciliani, mentre il tasso di mortalità femminile è il più alto d'Italia con il 51,2 per 100.000.

La propensione all'uso dell'ospedale si sta riducendo negli ultimi 10 anni, nel 2011 sono stati effettuati circa 8.000 ricoveri per patologia diabetica, ma purtroppo c'è ancora molta inappropriately sia nel ricorso al ricovero ordinario, che nell'uso del DH. Tra le complicanze del diabete, quelle che causano maggiori ricoveri sono le complicanze circolatorie periferiche, dato confermato dall'alto numero di amputazioni (circa 600/anno) nelle persone con diabete.

La prevalenza elevata del diabete, tra gli adulti campani, conferma la correlazione con le **diseguaglianze sociali**: infatti aumenta al crescere dell'età, delle difficoltà economiche e con il basso livello d'istruzione.

**L'eccesso di peso e la sedentarietà**, condizioni che caratterizzano lo stato di salute di tutta la popolazione campana, sono ancor più diffusi nella popolazione diabetica tale da rendere prioritari interventi atti alla modifica degli stili di vita

**L'attuazione della Legge Regionale 9/2009** potrà sicuramente migliorare questo preoccupante quadro epidemiologico.

I dati epidemiologici della Regione Campania, soprattutto riguardo gli esiti delle complicanze del diabete, e l'alto consumo di risorse per tale patologia, pongono l'attenzione sulla necessità di un approccio ad una patologia cronica ad alta prevalenza come il Diabete, basato sulla integrazione tra i vari livelli di cura, potenziando la presa in carico territoriale attraverso definiti percorsi assistenziali, ed implementando i livelli più complessi attraverso l'integrazione con gli ospedali, evitando le migrazioni sanitarie ed i ritardi diagnostico terapeutici dovuti a tempi di attesa.

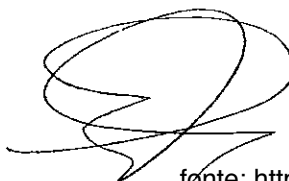
Al fine di concepire l'assistenza al diabete in una logica di Percorso Assistenziale all'interno di una più ampia cornice comprendente lo sviluppo e l'attuazione del Chronic Care Model, è necessario diffondere la "cultura" della presa in carico, della continuità assistenziale e dell'integrazione tra i vari operatori attraverso l'impiego di sistemi integrati di informatizzazione che consentano la razionalizzazione delle procedure ed il monitoraggio dell'adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici.

### **Premessa**

Ai fini di una corretta ed ottimale gestione della patologia diabetica, la costruzione di percorsi diagnostico terapeutici, nella logica del "Disease Management", rappresenta una modalità integrata di gestione del paziente, che mira al raggiungimento di un'assistenza mutuata scientificamente dalle linee guida, e che indirizzi la capacità di offerta di servizi verso prestazioni appropriate e qualitativamente soddisfacenti, aventi come obiettivo finale la riduzione della mortalità e del manifestarsi delle complicanze del diabete.

La Gestione Integrata della patologia diabetica, di cui al presente accordo, realizza quanto individuato nel Piano Sanitario Regionale, nel Piano di Prevenzione Regionale 2010-2012, ed è in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale Diabete. Tale modello assistenziale viene individuato come l'unica modalità assistenziale perseguita in Regione Campania relativamente alla patologia diabetica.

Il corretto approccio alla malattia diabetica comprende, la prevenzione primaria, la diagnosi precoce, una scrupolosa terapia (che includa l'educazione e la responsabilizzazione del diabetico), la prevenzione e la diagnosi precoce delle complicanze acute e croniche.



Per il raggiungimento di tali obiettivi ha un ruolo importante e prioritario (come espressamente dichiarato nella legge 115/87 ed il successivo Atto d'Intesa Stato Regioni, e nelle Leggi n° 502-517 di riordino del SSN), la collaborazione e l'interazione tra MMG, le Strutture Territoriali di Diabetologia (STD) e la struttura di ricovero ospedaliero.

L'assistenza integrata al paziente diabetico prevede l'apporto di un ampio numero di figure assistenziali e, per questo motivo, è strategico il lavoro interdisciplinare in team.

Il vantaggio di un approccio integrato si esprime a livello organizzativo attraverso l'espletarsi di un percorso di cure appropriato, che non scomponga le varie parti del processo assistenziale, ma che assicuri continuità e tempestività, organizzando le risposte assistenziali alla luce della capacità di offerta e l'ottimizzazione delle risorse possedute.

La complessità della malattia diabetica non consente la elaborazione di un singolo percorso diagnostico-terapeutico, bensì rende necessaria la distinzione dei pazienti affetti da tale patologia in categorie distinte alle quali si applicano distinti percorsi diagnostici e terapeutici con corrispondenti tipologie di prestazioni erogate, in base ai differenti stadi di gravità della patologia.

La Medicina di Assistenza Primaria, per le sue caratteristiche peculiari, quali l'assistenza di primo contatto, il suo carattere continuativo, l'approccio globale al paziente, la funzione di coordinamento per le attività di cura e prevenzione è particolarmente adatta a svolgere una adeguata gestione di una patologia cronico-degenerativa, quale il diabete mellito.

La collaborazione con le Strutture Territoriali di Diabetologia deve essere continua, in quanto il Medico di MG stesso è parte del team diabetologico, richiede consulenze per le visite domiciliari, partecipa all'organizzazione di progetti di educazione sanitaria ed integra le sue attività con le attività della struttura territoriale diabetologica, anche attraverso la metodologia delle terapie educative di gruppo (group care) funzionali alla modifica degli stili di vita errati.

Devono essere previste nell'ambito di tutti i componenti del team riunioni periodiche a carattere di audit per la discussione e risoluzione di eventuali problematiche emergenti nel corso dell'assistenza e la discussione e confronto su particolari casi clinici.

Le AASSLL hanno il compito di promuovere l'integrazione tra i Medici di MG, i servizi diabetologici territoriali e la struttura specialistica ospedaliera, al fine di attuare e migliorare i percorsi diagnostico-terapeutici, tenendo conto delle problematiche specifiche e delle risorse del territorio.

## Obiettivi

1. Applicare un modello di Gestione Integrata al diabetico che coinvolga in modo coordinato e motivato, i MMG ed i Servizi di Diabetologia territoriali ed ospedalieri.
2. Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni attraverso un più facile e semplice accesso alle STD ed allo studio del MMG
3. Definire attività, compiti e competenze dei MMG riguardo l'assistenza alla persona con diabete
4. Applicare le più recenti linee-guida nella cura della persona affetta da diabete
5. Misurare e monitorare gli indicatori di processo e di esito per valutare l'efficienza e l'efficacia delle cure.
6. Ridurre i ricoveri inappropriati per la patologia diabetica
7. Attuare strategie educative per la modifica degli stili di vita

**I compiti del Medico di MG nell'ambito del percorso clinico assistenziale del paziente diabetico possono essere così definiti:**

### 1. Effettuare lo screening della popolazione a rischio per individuare:

- casi di diabete non diagnosticati
- casi di diabete gestazionale
- casi con ridotta tolleranza glicidica (IGT) ed Alterata Glicemia a Digiuno (IFG)

### 2. Operare, in collaborazione con la STD, per:

- a. effettuare l'educazione sanitaria e il counselling dei soggetti a rischio e della persona con diabete al fine di correggere gli stili di vita errati, sia per i comportamenti alimentari, l'esercizio fisico e la

disassuefazione al fumo di sigaretta, sia attraverso sedute di educazione terapeutica strutturata singole, che di gruppo anche in collaborazione con le STD, al fine di condividere e scambiare professionalità ed esperienze.

- b. monitorare la terapia farmacologica dei diabetici di tipo 2;
- c. sorvegliare su effetti collaterali ed interferenze della terapia ipoglicemizzante;
- d. programmare l'inquadramento dei diabetici neodiagnosticati e gestire il follow-up del paziente diabetico di tipo 2 senza complicanze e con complicanze stabilizzate, per il buon controllo metabolico e per la diagnosi precoce delle complicanze, nonché la possibilità di arrestare l'evoluzione delle complicanze già diagnosticate.

**3. Organizzare il proprio studio per una gestione ottimale dei pazienti diabetici attraverso l'organizzazione di un ambulatorio dedicato con accessi programmati, anche al fine di organizzare le attività educative-formative ed offrire al paziente un'ambiente accogliente dove confrontarsi con altre persone affette dalla stessa patologia**

**4. Praticare una medicina di iniziativa attraverso il richiamo proattivo dei pazienti assistiti in GI, al fine di evitare la perdita del paziente dal percorso assistenziale**

**5. Raccogliere i dati clinici dei propri assistiti con diabete mediante cartelle cliniche informatizzate del proprio gestionale finalizzate alla malattia diabetica, nel rispetto della recente normativa sulla privacy regolata nel "Codice in materia di protezione dei dati personali"- D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, in vigore dal 1 gennaio 2004, anche al fine di realizzare la cooperazione informatizzata con le STD.**

**6. Registrare i dati sul libretto del paziente diabetico (allegato A della DGR n. 1168 del 16 set.2005) anche in via informatizzata attraverso la stampa dei dati estratti dalla cartella presente nei propri gestionali, al fine di informare la persona con diabete sull'andamento della propria condizione clinica (empowerment)**

**7. Effettuare il Rinnovo del Piano terapeutico Informatizzato per i presidi del diabete**

**8. Intraprendere attività di ricerca e formazione continua sulla patologia diabetica in Medicina Generale in collaborazione con le strutture diabetologiche territoriali, ospedaliere ed universitarie.**

**PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER IL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE  
DIABETICO TIPO 2 PRIVO DI COMPLICANZE D'ORGANO  
DGRC 1168/2005 RECEPITE DALLA LEGGE 9/2009**

Ogni paziente diabetico di tipo 2 è seguito in modo integrato tra MMG e Struttura Territoriale Diabetologica, sottoponendosi a visita specialistica: al momento della diagnosi e per la rivalutazione annuale del compenso e delle complicanze.

La responsabilità della continuità delle cure, della terapia e del follow-up di questa tipologia di pazienti spetta al MMG, che concorda il piano di assistenza con lo specialista diabetologo. Entrambi si impegnano a mantenere attiva una costante comunicazione su qualsiasi evento relativo al paziente.

Nei compiti del MMG rientra la valutazione da riportare nel report trimestrale (Allegato B)

**A) ogni 3 mesi nell'ambito del proprio ambulatorio dedicato:**

- visita medica comprendente misurazione dei parametri di routine quali
- peso corporeo,
- pressione arteriosa,
- BMI e misurazione circonferenza vita
- valutazione dell'autocontrollo glicemico eseguito dal paziente



**B) ogni 6 mesi per paziente con complicanze stabilizzate invio alla STD come da protocollo della DGRC 1168/2005**

- Attività prevista al punto A
- Visita medica generale orientata alla patologia diabetica (ivi compreso esame mirato a scoprire alterazioni a carico dei piedi)
- Profilo lipidico (Colesterolo totale - HDL - LDL calcolato - Trigliceridi)
- esame urine completo
- HBA1C
- esame del piede

**C) ogni anno invio alla Struttura Territoriale Diabetologica per consentire lo Screening e Follow up delle complicanze**

**La gestione integrata prevede il controllo presso la struttura specialistica nei seguenti casi come da DGRC 1168/2005:**

**A) con urgenza:**

- scompenso metabolico acuto
- ripetuti episodi d'ipoglicemia
- gravidanza in donna diabetica e diabete in gravidanza
- comparsa d'ulcera del piede o di lesioni ischemiche e/o infettive agli arti inferiori

**B) programmabile (oltre quella all'esordio e quella annuale di screening):**

- Ripetute glicemie a digiuno superiori a 180 mg/dl
- Emoglobina glicata > 7,5% in due determinazioni consecutive
- Comparsa di segni clinici riferibili a complicanze.

L'invio alla STD di secondo livello avviene attraverso prescrizione della visita diabetologia, e prescrizione delle prestazioni ambulatoriali previste nel protocollo operativo della DGR 642/2009.

Al fine di ridurre il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero, specialmente in day Hospital, deve essere promosso il modello assistenziale del Day Service, attraverso la prescrizione del Pacchetto Ambulatoriale Complesso e Coordinato (PACC 250) come da DGRC 102/2009

#### **Modalità di effettuazione della Gestione Integrata del Diabete**

E' fatto obbligo a tutte le AASSLL della Regione Campania attuare il Modello assistenziale della GI attivando nei tempi e nelle modalità previste tutte le azioni ad esso connesse.

Il MMG dovrà individuare tra i suoi assistiti i pazienti affetti da diabete mellito tipo 2 senza complicanze o con complicanze stabilizzate, escludendo dal percorso di GI solo i pazienti con diabete tipo 1, Diabete Gestazionale, Diabete in Gravidanza, Diabete in età giovanile (sotto i 18 anni) ed i pazienti con diabete secondario.

Dopo trenta giorni dalla pubblicazione del presente accordo, il MMG invierà al proprio Distretto Sanitario (indipendentemente dall'ASL di residenza del paziente) l'elenco nominativo in formato elettronico dei pazienti reclutati alla G.I., che hanno espresso il consenso informato per la GI (Allegato A). Tali pazienti saranno conteggiati, per la retribuzione, a partire dal mese successivo dalla data dell'arruolamento.

L'aggiornamento degli elenchi va effettuato alla fine di ogni mese, attraverso la posta certificata o in modalità sostitutiva, fino ad adeguamento dell'Azienda sanitaria, attraverso la consegna su supporto elettronico protocollato al Distretto di appartenenza. L'eventuale congruaggio delle quote di pagamento per i pazienti arruolati avverrà ogni anno.

Per tale attività è corrisposto un compenso pari a euro 50/paziente dopo la presentazione dell'elenco nominale degli assistiti diabetici suddiviso in dodicesimi.

Per ogni paziente reclutato nella GI dovrà essere estratto un report individuale contenente i dati riassunti nell'Allegato B in formato elettronico, che attesta la partecipazione del MMG alla GI del paziente diabetico pur non essendo un momento valutativo delle performance.



infatti, tali<sup>U</sup> report individuali, in formato elettronico, verranno inviati **trimestralmente** all'Agenzia Regionale Sanitaria, come previsto dal Piano sanitario regionale vigente, nelle more della costituzione del Portale Regionale per la condivisione informatizzata con gli altri livelli assistenziali e per le valutazioni epidemiologiche e programmatiche.

Alla scadenza di ogni anno il MMG invierà al Distretto ed soli fini informativi all'Arsan, in formato elettronico, tramite CD o posta elettronica certificata, il **modulo C di autocertificazione** della valutazione degli indicatori di processo e di esito dell'allegato D, attestanti il livello di appropriatezza delle performance raggiunte (LAP), determinanti per la liquidazione del compenso conclusivo ottenuto in funzione dei livelli raggiunti come da scheda di seguito riportata:

Punteggio LAP	Compenso per paziente
Da 300 a 599	<b>30 euro</b>
Da 600 a 799	<b>40 euro</b>
Da 800 a 1000	<b>50 euro</b>

Tali compensi dovranno essere liquidati dopo verifica delle autocertificazioni da parte del Comitato art 23, entro 60 giorni dalla data di consegna.

Tale quota copre i maggiori costi organizzativi sostenuti dal MMG per l'ambulatorio dedicato e per il supporto informatico indispensabile per la rilevazione, trasmissione e condivisione dei dati epidemiologici e per la misurazione degli indicatori di processo e di esito relativi al percorso clinico-assistenziale del paziente diabetico come da allegato D.

L'Azienda provvederà all'applicazione di misure tali da garantire la privacy delle informazioni trasmesse ed alla verifica della trasmissione.

Per il monitoraggio delle attività e la valutazione degli indicatori verrà istituito un apposito gruppo di lavoro regionale, costituito dal Comitato 24 ed integrato dagli esperti dell'ARSAN che hanno partecipato alla stesura del presente accordo, quali componenti di parte pubblica, per consentire l'audit del processo di GI e la valutazione dei risultati della applicazione del modello assistenziale della gestione integrata del diabete secondo indicatori di processo e di esito.

Dalla entrata in vigore del presente accordo **decadono** tutti gli accordi aziendali in essere relativi alla gestione del paziente diabetico ed i relativi effetti economici.

Gli emolumenti maturati da precedenti accordi aziendali e le attività ad essi connesse terminano entro la fine del semestre in corso. Le AASSLL dove erano in vigore precedenti accordi sulla patologia diabetica, completando il semestre già iniziato, sono tenute ad attuare il modello assistenziale di cui al presente accordo nel semestre successivo, con le stesse modalità delle altre ASL.

#### **Appropriatezza del Piano Terapeutico Informatizzato per i presidi per il Diabete.**

Premesso che il PT rappresenta lo strumento attraverso il quale si definisce il fabbisogno annuale dei presidi per il monitoraggio e la cura del diabete mellito, che il PT, viene attualmente redatto dallo specialista diabetologo ai fini delle erogazioni suddette, che tale PT è correlato alle condizioni cliniche del paziente stesso; laddove le condizioni dello stesso risultino stabili, tale piano verrà redatto direttamente dal MMG, che si atterrà per la prescrizione dei presidi alle indicazioni delle recenti linee guida scientifiche nazionali in materia. Tale modalità, eviterà il ricorso a visite specialistiche richieste ai soli fini prescrittivi, che rappresentano un mero atto burocratico senza finalità terapeutiche, che pertanto risulterebbero inappropriate, determinando un inutile allungamento delle liste di attesa, creando svantaggio per i pazienti che necessitano dei controlli specialistici idonei. Inoltre, in tale procedura, verrà assicurata al paziente la corretta continuità assistenziale.

In caso di modifica delle condizioni cliniche del paziente, tali da richiedere una modifica del fabbisogno dei presidi, sarà cura dello stesso MMG, inviare il paziente allo specialista diabetologo per il rilascio del nuovo piano. Allo stabilizzarsi delle condizioni cliniche del paziente il PT ritornerà ad essere rinnovato dal MMG.

La procedura del rinnovo del PT è da ritenersi parte integrante del percorso assistenziale di GI del paziente con diabete, deve essere formulato su formato elettronico ed inviato sul Portale Regionale, come da procedura attualmente in vigore.