



ACCORDO AZIENDALE

**tra l'Agazia per la Tutela della Salute della provincia di Bergamo
e le Organizzazioni Sindacali Mediche per la Medicina Generale**

per il Servizio Continuità Assistenziale

per l'anno 2019

RICHIAMATA la D.G.R. XI/1046 del 17/12/2018 che ha definito le Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario per l'anno 2019;

RICHIAMATA la D.G.R. XI/1591 del 07/05/2019 che ha recepito la Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) per la Medicina Generale per l'anno 2019, siglata in data 23/04/2019 e 02/05/2019;

PRESO ATTO che con la suddetta Preintesa sono state confermate le disposizioni normative relative alla Continuità Assistenziale, contenute nell'A.I.R. 2007 del 15/05/2007 e s.m.i., con particolare riferimento alle prestazioni ambulatoriali e domiciliari non differibili ivi comprese quelle rivolte ai residenti fuori ambito;

PRESO ATTO che con la suddetta preintesa sono state altresì confermate le disposizioni economiche relative alla Continuità Assistenziale, contenute nell'A.I.R. 2007 del 15/05/2007 e s.m.i., con la sola eccezione dell'incremento della retribuzione oraria pari a 1€/ora prevista per i Medici di Continuità Assistenziale che, a far data dall'adozione della D.G.R. XI/1591 del 07/05/2019 non verrà più riconosciuto;

PRESO ATTO che al fine della sicurezza degli operatori le attività ambulatoriali dovranno essere organizzate nelle ore serali esclusivamente nella fascia oraria 20:00 – 23:30, salvaguardando le attività domiciliari nelle restanti ore, oltre che nei diurni prefestivi e festivi in orari concordati con l'A.T.S.;

PRESO ATTO che nella citata Preintesa è reputato fondamentale, nella prospettiva dell'integrazione delle cure primarie, poter fruire di sistemi informativi integrati al fine di migliorare il raccordo tra Medico di Assistenza Primaria e Medico di Continuità Assistenziale anche in relazione alla presa in carico della cronicità ovvero delle situazioni di fragilità; che nelle more dell'implementazione informatica rimangono vigenti le disposizioni previste dall'ACN per la Medicina Generale;

PRESO ATTO che le parti firmatarie della Preintesa intendono attivare un Tavolo di Confronto per meglio strutturare il nuovo ruolo del Medico di Continuità Assistenziale, prevedendo di avviare l'attività nel mese di giugno 2019;

RICHIAMATO quanto previsto nel paragrafo 1) secondo capoverso della parte II - sezione 2 dell'A.I.R. 2007, in materia di estensione dell'attivazione della Continuità Assistenziale dalle ore 8 del sabato in tutte le AA.SS.LL., oggi ATS;

RICHIAMATO l'A.I.R. 2007 che nella sezione 2, altresì, prevede di prevede che il Medico di Continuità Assistenziale abbia una maggior integrazione con il sistema delle cure primarie con particolare riferimento all'assistenza dei pazienti anziani o anche temporaneamente critici;

RITENUTO di prorogare le funzioni del Medico di Continuità Assistenziale (MCA) referente di postazione;

PRESO ATTO del parere favorevole espresso in data 23/05/2019 dal Comitato Aziendale permanente per la Medicina Generale;

si concorda

di garantire per il corrente anno il pagamento delle seguenti attività, prevedendo la quantificazione del limite economico indicato, utilizzando il fondo RAR progetti per l'anno 2019 ed i residui RAR progetti e formazione degli anni precedenti:

A) Articolazione del Servizio

Di confermare l'estensione dell'attivazione della Continuità Assistenziale dalle ore 8.00 alle ore 10.00 del sabato mattina per il periodo dal 01/01/2019 al 31/12/2019 a tariffa oraria vigente maggiorata di € 18,00 /ora + ENPAM.

La corresponsione dell'incentivo è vincolata all'espletamento del turno dalle ore 8,00 alle ore 20,00 da parte dello stesso Medico.

La rendicontazione del numero delle ore effettuate da incentivare e la liquidazione avverranno mensilmente.

Viene per tale riconoscimento impegnata la quota presunta di € 115.000,00 comprensiva di ENPAM, attingendo alle RAR progetti assegnate dalla Regione Lombardia per l'anno 2019.

* * *

B) Integrazione con le attività delegate all'ASST

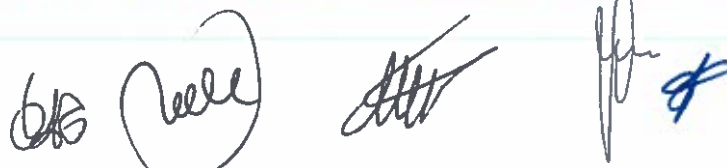
Per sviluppare l'integrazione con le attività dei PreSST è stata promossa la seguente attività aggiuntiva: "Individuazione di un MCA per ogni postazione del Servizio per le funzioni di referente".

Richiamate le funzioni affidate al Medico, per la propria postazione, relative a predisposizione dei turni mensili, collaborazione con il Direttore del PreSST di afferenza per il controllo della regolare tenuta armadio farmaceutico, richieste di approvvigionamento di farmaci e modulistica, corretta gestione del registro delle attività di CA e di quello della "attività ambulatoriale strutturata", supporto ai Colleghi nell'implementazione degli applicativi informatici per la gestione dell'attività, redazione statistica mensile della postazione, rapporti tecnico-organizzativi con il Direttore del PreSST di afferenza anche per la proposta di azioni di miglioramento, rapporti organizzativi con gli altri medici della postazione, trasferimento ai nuovi incaricati delle conoscenze sull'organizzazione del Servizio, sulle linee-guida e sui progetti condivisi con l'ATS.

Le funzioni del Medico referente vengono prorogate dal 01/01/2019 al 31/12/2019.

Stante il diverso carico di lavoro, le funzioni svolte saranno retribuite con un gettone mensile di:

- € 100,00 /mensili + ENPAM fino a 5 medici in organico;
- € 150,00 /mensili + ENPAM tra 6 e 10 medici in organico;
- € 200,00 /mensili + ENPAM oltre 10 medici in organico.



Il pagamento sarà effettuato mensilmente a seguito dell'invio al Dipartimento Cure Primarie della "scheda funzioni" del MCA referente di postazione, nella quale il Direttore del PreSST di afferenza autorizzerà il pagamento del compenso relativo al mese precedente, in caso di valutazione positiva.

L'incarico di referente cesserà qualora il Medico si dimetta da tale funzione, venga trasferito di sede oppure riceva una valutazione negativa da parte del Direttore del PreSST di afferenza.
Viene per tale riconoscimento impegnata la quota presunta di € 51.000,00 comprensiva di ENPAM, attingendo alle RAR progetti assegnate dalla Regione Lombardia per l'anno 2019.

* * * * *

C) Progetto "USO RAZIONALE DEGLI ANTIBIOTICI MEDIANTE L'APPLICAZIONE DI UN ALGORITMO DIAGNOSTICO NELL'APPROCCIO ALLA FARINGO-TONSILLITE"

Le modalità di partecipazione e di liquidazione dei compensi per i Medici aderenti sono esplicitate nell'allegato A), parte integrante del presente accordo.

Viene impegnata la quota di € 297.480,00 comprensiva di ENPAM, attingendo alle RAR progetti assegnate dalla Regione Lombardia per l'anno 2019.

D) Attività Ambulatoriale Strutturata

Si ricorda che in questa ATS è attiva da alcuni anni l'attività ambulatoriale strutturata con l'obiettivo di garantire prestazioni ambulatoriali non differibili, ridurre l'accesso inappropriato dei pazienti al Pronto Soccorso, nonché fornire un'adeguata organizzazione all'attività ambulatoriale svolta dai MCA nei confronti dei cittadini, garantendo un'effettiva continuità dell'assistenza con i Medici di Assistenza Primaria e i Pediatri di Famiglia.

Si richiama la Preintesa, di cui alla D.G.R. XI/1591 del 07/05/2019 citata in premessa che prevede, per la sicurezza degli operatori, l'organizzazione dell'attività ambulatoriale nelle ore serali esclusivamente nella fascia oraria 20:00 – 23:30, salvaguardando le attività domiciliari nelle restanti ore, oltre che nei diurni prefestivi e festivi in orari concordati con l'A.T.S..

Pertanto, l'attività ambulatoriale strutturata prevista per tutti i **turni diurni** di sabato, domenica, festivi e prefestivi infrasettimanali viene prorogata dal 01/01/2019 al 31/12/2019, nelle fasce orarie 8:30 - 14:00 e 14:00 -19:30 in tutte le postazioni in cui è già attiva (Alzano Lombardo, Bergamo, Bonate Sotto, Calusco d'Adda, Casazza, Clusone, Dalmine, Grumello del Monte, Lovere, Osio Sotto, Romano di Lombardia, Seriate, S. Omobono Terme, Treviglio, Zogno), con le seguenti modifiche: a partire dal mese di luglio 2019 si aggiungerà l'attività ambulatoriale strutturata presso la postazione di Villa d'Almè (senza modifica del numero di medici per tipologia di turno) e verrà aggiunto un ulteriore turno di attività ambulatoriale strutturata nella postazione di Bergamo (senza modifica del numero di medici per tipologia di turno).

Inoltre, a partire dal mese di luglio 2019 verrà attivata, in via sperimentale, l'attività strutturata ambulatoriale nei **turni notturni** nella fascia oraria dalle ore 20.00 alle ore 23.30, nelle postazioni del Servizio di Continuità Assistenziale di Bergamo, Treviglio e Seriate.

Le prestazioni erogate dai Medici nelle fasce orarie dedicate all'attività "ambulatoriale strutturata" sono quelle indicate nella Carta dei Servizi del Servizio di Continuità Assistenziale.



INCENTIVO:

Si ritiene di riformulare le modalità di incentivazione di tutta l'attività ambulatoriale strutturata a libero accesso nella modalità seguente:

Per il periodo dal 01/01/2019 al 30/06/2019 verrà confermato l'incentivo precedentemente in vigore:

1. incentivo economico per lo svolgimento dell'attività "ambulatoriale strutturata" a tutti i Medici del Servizio nella misura di € 2,50/ora (escluso ENPAM) su tutte le ore svolte dai Medici per tutti i turni diurni di sabato/infrasettimanali, festivi e festività infrasettimanali.
2. ulteriore incentivo per i MCA operanti c/o le postazioni con "ambulatorio strutturato" nella misura di € 2,00/ora (escluso EMPAM) per la stessa tipologia di turni.

Per il periodo dal 01/07/2019 al 31/12/2019 verrà riconosciuto:

Per l'attività ambulatoriale strutturata **diurna** (sabato, prefestivi infrasettimanali, domenica, festivi infrasettimanali) sarà riconosciuto l'incentivo economico di € 6,00/ora (escluso ENPAM) per 12 ore/turno. L'attività verrà organizzata in 2 frazioni di turno di 6 ore (a fronte delle complessive 11,00 di apertura al pubblico previste) che dovranno essere assegnate a medici diversi, ciascuno dei quali riceverà l'incentivo corrispondente a 6 ore di attività.

Pertanto, in fase di programmazione dei turni mensili, per ciascun turno di CA strutturata a libero accesso dovranno essere individuati i due Medici che svolgeranno le due frazioni di turno; per la sola postazione di Bergamo sono previsti due Medici contemporaneamente impegnati in attività ambulatoriale strutturata per ogni frazione di turno diurno.

Per l'attività ambulatoriale strutturata **serale** verrà individuato, in fase di programmazione dei turni mensili, il Medico che svolgerà l'attività ambulatoriale a libero accesso dalle ore 20 alle ore 23.30. Per tale attività è previsto un incentivo di € 6,00/ora + ENPAM per 4 ore di attività (a fronte delle 3,5 di apertura al pubblico previste), considerando che l'attività ambulatoriale debba proseguire oltre le 23.30 per terminare le visite dei pazienti già presenti in sala d'attesa.

Nelle restanti ore, sia per i turni diurni che per quelli notturni, i medici in servizio che hanno già svolto o che dovranno svolgere frazioni di turno di attività ambulatoriale strutturata a libero accesso, affiancheranno i Medici della postazione del Servizio di Continuità Assistenziale ordinaria nella gestione delle telefonate e delle visite domiciliari, svolgendo l'ordinaria attività di continuità assistenziale, per la quale non è prevista specifica incentivazione.

I Direttori dei PreSST e i "MCA referenti di postazione" dovranno vigilare affinché vi sia una omogenea distribuzione delle frazioni di turno di attività ambulatoriale strutturata, garantendo ai Medici un equo accesso all'attività incentivata.

In funzione dei carichi di lavoro registrati, ci si riserva di apportare modifiche al numero di medici contemporaneamente in turno per svolgere l'attività ambulatoriale strutturata a libero accesso nella stessa postazione.

Per l'attività ambulatoriale strutturata, viene impegnata la quota presunta pari ad € 272.000,00 comprensiva di ENPAM, attingendo per € 43.141,25 alle RAR progetti 2019 residui e per € 228.077,75 alle RAR progetti e formazione degli anni precedenti.

E) Compilazione degli Allegati M in formato elettronico

Preso atto che l'AIR 2019 per la Medicina Generale prevede un compenso di € 77,47/mese qualora vengano prodotti almeno il 70% degli allegati M in formato elettronico e che il valore dell'apporto individuale deve essere calcolato "al netto di documentate impossibilità di utilizzo del sistema indipendenti dalla volontà del medico";

Preso atto che nelle sedi di Continuità Assistenziali della Provincia di Bergamo non è attualmente disponibile idoneo applicativo informatico;



L'ATS di Bergamo si impegna ad avviare nel più breve tempo possibile il processo che dovrà mettere in condizione i MCA di compilare in formato elettronico e stampare i Modulo M in tutte le postazioni di CA del territorio. Nel frattempo, fino al momento in cui questa possibilità sarà effettiva, verrà corrisposto ai Medici il compenso di € 77,47/mese previsto in caso di documentate impossibilità di utilizzo del sistema indipendenti dalla volontà del medico e i MCA dovranno continuare a compilare i Moduli M nella modalità precedente.

Per il pagamento di tale compenso si farà riferimento al Fondo Regionale previsto nell'AIR 2019 di cui alla D.G.R. XI/1591 del 07/05/2019.

Si prende atto che il fondo RAR progetti per l'anno 2019 viene completamente usato con il presente Accordo.

* * *

Dichiarazione finale

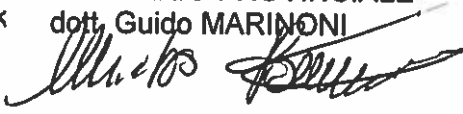
- a) Quanto previsto dal presente Accordo sarà oggetto di revisione o di annullamento in relazione ad eventuali successive disposizioni da parte di Regione Lombardia o derivanti dal "Tavolo di confronto", previsto dalla Preintesa (D.G.R. XI/1591 del 07/05/2019).
- b) Le parti convengono che eventuali quote residue derivanti dal mancato raggiungimento degli obiettivi delle attività e dal progetto "USO RAZIONALE DEGLI ANTIBIOTICI MEDIANTE L'APPLICAZIONE DI UN ALGORITMO DIAGNOSTICO NELL'APPROCCIO ALLA FARINGO/TONSILLITE", previste dal presente Accordo verranno reinvestite - così come previsto dall'AIR 2007 - in progetti per il Servizio di Continuità Assistenziale, da concordare con le OO.SS. in sede di Comitato Aziendale permanente per la Medicina Generale.
- c) Si dà atto che nel calcolo dei costi derivanti dalle attività del presente Accordo non sono compresi eventuali medici aggiuntivi per ampliamento delle postazioni con attività ambulatoriale strutturata e/o per il potenziamento degli organici.

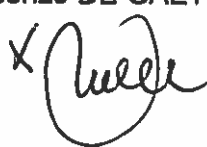
Letto, confermato e sottoscritto

Bergamo, 23/05/2019

PARERE FAVOREVOLE: il Direttore Sanitario – dott. Carlo Alberto TERSALVI 

Per l'ATS Bergamo
IL DIRETTORE GENERALE
dott. Massimo Giupponi 

Per F.I.M.M.G. – Sez. di Bergamo
IL SEGRETARIO PROVINCIALE
X dott. Guido MARINONI 

Per SMI
IL SEGRETARIO PROVINCIALE
dott. Vincenzo DE GAETANO 

Per INTESA Sindacale
IL SEGRETARIO PROVINCIALE SIMET
dott. Giancarlo TESTAQUATRA 

Per S.N.A.M.I. – Sez. di Bergamo
IL PRESIDENTE
dott. Marco GAZZI 

PROGETTO

USO RAZIONALE DEGLI ANTIBIOTICI MEDIANTE L'APPLICAZIONE DI UN ALGORITMO DIAGNOSTICO NELL'APPROCCIO ALLA FARINGO-TONSILLITE"

(di cui all'Accordo Aziendale per il Servizio di Continuità Assistenziale per l'anno 2019)

Parole chiave

Appropriatezza, Antibiotico-resistenza, Fragilità, Evidence based medicine, Faringo-tonsillite streptococcica, Score di McIsaac, Test antigenico rapido

Premesse

Gli effetti più drammatici della diffusione della resistenza agli antibiotici si manifestano prevalentemente nei pazienti anziani e fragili, con la comparsa di batteriemie spesso ad esito fatale; tuttavia la prevenzione di questi eventi va effettuata intervenendo su tutta la popolazione e lungo tutto il percorso della vita, razionalizzando il più possibile il ricorso alle terapie antibiotiche a partire dalle situazioni in cui è maggiore il rischio di un trattamento inappropriato.

- L'antibiotico-resistenza è considerata uno dei principali problemi di sanità pubblica a livello mondiale ed è una causa importante di morte (33mila morti all'anno in Europa, più di influenza, tubercolosi e AIDS insieme¹)
- L'Italia è il primo paese per numero mediano di infezioni e di morti attribuibili ad antibiotico-resistenza in Europa¹)
- La maggior parte delle batteriemie da ceppi resistenti agli antibiotici e delle morti legate ad antibiotico-resistenza si verifica in soggetti anziani e fragili
- L'uso razionale di antibiotici lungo tutto l'arco della vita rappresenta un'importante strategia di prevenzione dell'antibiotico resistenza
- Non è disponibile una casistica sull'attività di CA che permetta di individuare con precisione le condizioni maggiormente associate a trattamenti antibiotici e con maggior rischio di trattamenti non appropriati
- Una delle condizioni maggiormente associate a trattamento antibiotico nell'attività di CA sono le faringo/tonsilliti acute infettive
- Sono disponibili strumenti semplici, economici ed efficaci per ridurre il ricorso non appropriato ad antibiotici nella gestione della faringo/tonsillite

¹ Cassini A. Lancet Infect Dis. 2019 Jan;19(1):56-66.



Introduzione

Una delle più importanti strategie per prevenire la selezione e la trasmissione di ceppi batterici resistenti agli antibiotici è costituita dal ricorso razionale, appropriato e il più possibile basato sulle evidenze ai trattamenti antibiotici.

Non è disponibile una casistica dettagliata sull'attività di Continuità Assistenziale (CA) che permetta di individuare le condizioni maggiormente associate a prescrizione di antibiotici o con maggior rischio di trattamenti non appropriati.

Tuttavia non vi è dubbio che tra queste situazioni vi siano le faringo-tonsilliti, spesso associate a trattamenti antibiotici a causa del timore di infezione da Streptococco Beta emolitico di gruppo A (SBEA).

La faringo-tonsillite sostenuta da SBEA rappresenta in realtà una quota modesta del totale delle faringo-tonsilliti ma clinicamente non è distinguibile dalle forme a diversa eziologia. Questo fa sì che circa un terzo² dei trattamenti antibiotici per faringiti diagnosticate su base clinica siano inappropriati e contribuiscano involontariamente allo sviluppo di resistenze agli antibiotici.

Diverse metanalisi hanno stimato sensibilità, specificità e valori predittivi dei principali segni e sintomi clinici di infezione streptococcica ed è possibile applicare sistemi a punteggio (score) basati sulla valutazione di set di predittori. Uno degli esempi più noti è il Centor Score³ nella versione modificata da McIsaac⁴ (tabella 1) validata sia nella popolazione adulta che in quella pediatrica.

Score di McIsaac (0 -5)	Punteggio
Temperatura > 38°C	1
Linfonodi laterocervicali anteriori dolenti	1
Tumefazione/essudato tonsillare	1
Assenza di tosse	1
Età tra 3 e 14 anni	1
Età ≥ 45 anni	-1
Totale (score)	_____

Tabella 1. Calcolo dello Score di Mc Isaac

Spesso questi score sono associati ad un basso VPP quando il punteggio è elevato ma presentano un elevato VPN a punteggio basso. Ma soprattutto presentano un ampio range di incertezza nella zona centrale della scala.

Questi problemi sono tuttavia superabili prevedendo, nei casi in cui lo score cade nella zona centrale-elevata della scala, la ricerca dello SBEA nelle secrezioni faringee (ad esempio mediante un test antigenico rapido). Nel contesto del Servizio di Continuità Assistenziale l'utilizzo di un test rapido presenta innegabili vantaggi pratici poiché consente al Medico, che generalmente non ha la possibilità di rivedere il paziente, di prendere la decisione sul trattamento contestualmente al momento della valutazione diagnostica.

² Merril B. J Fam Pract 2004;53:13-23

³ Centor RM. Med Decis Making 1981;1(3):239-46.

⁴ Centor RR. J Gen Intern Med 2007; 22: 127-130



Uno score basso (zero o 1) del sistema a punteggio di Mclsaac può essere considerato valido, in situazioni normali di bassa prevalenza, per escludere un'infezione streptococcica senza ulteriori indagini né terapie antibiotiche.

Score di 2 o superiori si associano a un rischio crescente (dal 10% a oltre il 65%) di faringite streptococcica e richiedono pertanto l'esecuzione di un test di conferma.

Con uno score di 5 può essere intrapresa una terapia antibiotica empirica anche senza esecuzione del test.

Può pertanto essere proposto un algoritmo decisionale come quello riportato in tabella 2.

Score di Mc Isaac	Test Antigenico rapido	Trattamento antibiotico
0	No	No
1	No	No
2	Sì	Se test positivo
3	Sì	Se test positivo
4	Facoltativo	Sì oppure Se test positivo
5	No	Sì

Tabella 2. Algoritmo decisionale Score Mclsaac + Test Antigenico Rapido

Obiettivi generali

1. Contribuire a ridurre la mortalità per malattie infettive sostenute da batteri resistenti agli antibiotici nella popolazione generale e in particolare nei pazienti fragili, prevenendo la comparsa di ceppi batterici resistenti attraverso il miglioramento dell'appropriatezza nella gestione diagnostica e terapeutica delle faringo-tonsilliti.
2. Aumentare la conoscenza riguardo all'uso di antibiotici nel Servizio di CA per individuare altri possibili ambiti di intervento e stabilirne la priorità.

Obiettivi specifici

1. Utilizzare per tutti i destinatari del progetto (vedi paragrafo seguente) un algoritmo decisionale che includa il calcolo dello score di Mclsaac e, nei casi indicati, l'esecuzione del test antigenico rapido per la ricerca dello SBEA, prima di decidere se avviare o meno un trattamento antibiotico.
2. Raccogliere informazioni riguardo alla casistica delle malattie respiratorie gestite nel Servizio di CA che sono maggiormente associate a trattamenti antibiotici e che possono essere oggetto di progetti futuri.

Destinatari

I destinatari del progetto sono i pazienti di tutte le età che si rivolgono ambulatorialmente (o eventualmente anche mediante visita domiciliare) al Servizio di Continuità Assistenziale per faringodinia o altri sintomi o segni riconducibili a faringite/tonsillite infettiva.

Tempi

Il presente progetto prenderà avvio il 1° luglio 2019 e si concluderà il 31/12/2019

Modalità e Attività previste dal progetto

Adesione

Tutti i MCA titolari e provvisori, incaricati dall'ATS di Bergamo, possono aderire al progetto mediante adesione formale (allegato n. 1) **entro il 20/06/2019**.

La scheda di adesione, compilata in tutte le sue parti, deve essere consegnata entro e non oltre il suddetto termine al PreSST cui afferisce la postazione di CA.

In caso di inserimento di un MCA dopo il termine previsto di adesione al progetto, il neo inserito sarà informato circa la possibilità di aderire al progetto dal Direttore del PreSST cui afferisce la sua postazione.

L'adesione potrà essere effettuata **entro un mese dal suo inserimento**, tramite l'apposito modulo. Sarà cura del PreSST darne comunicazione al Dipartimento Cure Primarie dell'ATS di Bergamo (DCP).

Incontro esplicativo

I Medici di Continuità Assistenziale che hanno aderito al progetto dovranno partecipare ad una delle due edizioni dell'incontro esplicativo (organizzato dall'ATS entro il 15/07/2019) che prevederà anche l'illustrazione della tecnica di esecuzione del test antigenico rapido

Compiti del Medico

Il Medico di CA:

- 1 **Aderirà formalmente** al progetto con le modalità indicate nello specifico paragrafo
- 2 Parteciperà ad un **incontro esplicativo** organizzato dall'ATS entro il 15/07/2019
- 3 Per tutta la durata del progetto:
 - **Selezionerà i pazienti** in base ai sintomi riferiti e al sospetto clinico
 - Compilerà per ciascuno di essi il modulo cartaceo in Allegato 2 per il calcolo dello **score di Mclsaac**, riportando il numero progressivo del registro della postazione a cui corrisponde la valutazione; eseguirà, quando indicato, il **test antigenico rapido** per la ricerca dello SBEA e ne riporterà l'esito sullo stesso modulo; deciderà circa l'opportunità di prescrivere una **terapia antibiotica** e annoterà la decisione sempre sul modulo Allegato 2
 - Inserirà nel *database online CASISTICA* (<https://it.surveymonkey.com/r/CASISTICA>) tutti gli interventi da lui effettuati per sospetto di Malattie dell'Apparato Respiratorio (ICD10: 460-519), indicando i casi in cui è stato prescritto un trattamento antibiotico.
Per facilitare la compilazione del database online il Medico potrà anche raccogliere inizialmente i dati sul modulo cartaceo (Allegato 3 - modulo registrazione casistica). I dati andranno comunque inseriti successivamente nel *database online CASISTICA*.
- 4 **Renditionerà l'attività svolta** con le modalità indicate nello specifico paragrafo



[Handwritten signatures and initials]

PRECISAZIONI IMPORTANTI:

1. L'applicazione dell'algoritmo è da considerarsi uno strumento di supporto e non solleva il Medico dalla valutazione di altri dati epidemiologici e clinici che possono modificare la probabilità di un'infezione streptococcica o aggravarne le conseguenze, rendendo opportuno il trattamento antibiotico anche con bassi score o addirittura con test rapido negativo (rischio di falsi negativi). Si riportano a titolo di esempio un'epidemia in corso, il contatto nei giorni precedenti con una persona con infezione da SBEA, una storia di RAA, valvulopatie cardiache, infezioni concomitanti da varicella o HIV, deficit immunologici, diabete...
2. La selezione di una diagnosi presunta (sospetto diagnostico) nel database online (casistica) avrà soltanto un valore statistico/epidemiologico e il dato verrà utilizzato solo per tali fini. Non avrà ad esso attribuito alcun valore diagnostico, medico-legale, né potrà essere fornito o utilizzato per finalità diverse dalla produzione di una casistica per analisi statistico/epidemiologica.

Rendicontazione

L'attività svolta verrà rendicontata:

1. Mediante la consegna **mensile**, da parte del MCA aderente al progetto, dei moduli Allegato 2 al PreSST cui afferisce la postazione di CA entro il giorno 10 del mese successivo. Il personale del PRESST provvederà a raccogliere tutti i moduli consegnati per l'inoltro al DCP;
2. Compilando **mensilmente** entro il giorno 10 del mese successivo, (anche in caso di n. di casi gestiti nel mese precedente uguale a zero), il report mensile online di RENDICONTAZIONE:
<https://it.surveymonkey.com/r/strepto5>
3. Alimentando, durante tutto il periodo di attività del progetto, il *database online CASISTICA* con i dati dei casi di sospette malattie dell'apparato respiratorio via via gestiti, come indicato precedentemente. Entro il giorno 10 del mese successivo dovranno essere inseriti tutti i casi di sospette malattie dell'apparato respiratorio gestiti dal MCA nel mese precedente.



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature in the center and several smaller ones to the left and right.

Monitoraggio e valutazione

Per il monitoraggio del progetto saranno raccolti i seguenti dati:

	Dato	Fonte	Respons. della raccolta
A	numero di pazienti gestiti per sospetta faringo/tonsillite infettiva da ogni singolo Medico*	database online CASISTICA e report mensile online di RENDICONTAZIONE	MCA
B	numero di casi in cui è stato applicato l'algoritmo diagnostico (calcolo dello score, al di là della decisione terapeutica) da ogni singolo Medico	database online CASISTICA	MCA
C	numero di casi in cui il test rapido è stato eseguito secondo quanto previsto dall'algoritmo diagnostico, per ogni singolo Medico	database online CASISTICA	MCA
D	numero di casi in cui il trattamento antibiotico è stato deciso in accordo con quanto previsto dall'algoritmo (Tabella 2) per ogni singolo Medico	database online CASISTICA	MCA

* **IMPORTANTE:** Sul registro di CA dovrà essere evidente che, nei pazienti selezionati, è presente una sintomatologia di origine faringea. Non potranno essere considerati i casi associati a diagnosi generiche o patologie virali (virosi, influenza, s.influenzale, etc...)

Per la **valutazione** del progetto saranno calcolati i seguenti indicatori, vincolanti ai fini del trattamento economico:

	Indicatore	Calcolo	Base temporale	Standard
1	% applicazione dell'algoritmo	$(B/A)*100$	mensile	>80%
2	% applicazione corretta dell'algoritmo diagnostico	$(C/A)*100$	mensile	>70%
3	% trattamenti antibiotici in coerenza con l'algoritmo	$(D/B)*100$	mensile	> 70%

Controlli

Potranno essere effettuati, da parte del personale dei PreSST, controlli a campione (ad esempio sull'attività di un mese) su quanto rendicontato online dai medici, confrontando i moduli allegato 2 e i registri di CA.

I dati presenti nei due database on line verranno confrontati e analizzati sistematicamente dal DCP dell'ATS.

Nel caso i controlli verifichino un dato A (per singolo Medico e per il mese esaminato) superiore di oltre 10% rispetto al dichiarato nel *report mensile online di RENDICONTAZIONE*

il rifiuto è riportato sul modulo Allegato 2 e sottoscritto dal paziente stesso o dal suo genitore, tutore o care giver.

Per il calcolo del dato "C" (Indicatore 3) nel riepilogo mensile devono essere considerati i casi in cui i moduli Allegato 2 compilati riportano il calcolo dello score di Mclsaac e il test rapido è stato effettuato secondo quanto previsto dall'algoritmo, al di là della scelta finale del trattamento.

Per i mesi in cui non risulta compilato il *report mensile online di RENDICONTAZIONE* non verrà percepita la quota B) mensile corrispondente.

Per i mesi in cui nel database *online CASISTICA* risulta rendicontato meno del 90% dei casi di sospetta faringite gestiti dal MCA nel mese non verrà percepita la quota B) mensile corrispondente.

Per i mesi in cui l'indicatore 1 e/o l'indicatore 3 non superino la soglia del 70%, rimanendo comunque superiori al 30%, l'importo della relativa componente mensile dell'incentivo sarà pari al 50% dell'importo intero (quota B) previsto per chi ha raggiunto l'obiettivo pieno.

Per i mesi in cui l'indicatore 1 e/o l'indicatore 3 non superino la soglia del 30% non verrà versata questa componente dell'incentivo per il mese corrispondente.

La quota B dell'incentivo sarà retribuita con le competenze di aprile 2020.

C) € 120,00 mensili comprensivi di ENPAM quale quota incentivante per la compilazione regolare della casistica delle infezioni delle vie respiratorie, se verranno riscontrati inserimenti regolari nel database online CASISTICA per i casi di sospette malattie dell'apparato respiratorio (superiore e inferiore) gestiti dal Medico, con un esito positivo al controllo incrociato con il database RENDICONTAZIONE mensile e al controllo a campione rispetto al numero di casi presenti sul registro della postazione.

Per i mesi in cui i record inseriti entro i termini e nelle modalità previste, completi delle informazioni richieste e correttamente codificati, siano inferiori all'80% rispetto ai casi gestiti dal medico non verrà percepita la quota B) mensile corrispondente.

La quota C dell'incentivo sarà retribuita con le competenze di aprile 2020.

In caso di cessazione dal Servizio prima del termine della durata del progetto o di inserimento successivo alla data di avvio del progetto, la quota B sarà calcolate in proporzione al periodo di Servizio effettuato, alle stesse condizioni dettate dal raggiungimento dell'obiettivo.

Per il finanziamento del progetto si fa riferimento alle RAR assegnate dalla Regione per il 2019, finalizzate a sostenere il Progetto, in base agli Accordi Integrativi Regionali 2007.

Qualora la Regione assumesse determinazioni in contrasto od integrative, rispetto a quanto previsto dal presente progetto, si procederà all'adeguamento dello stesso per un allineamento a quanto previsto dalla Regione.

Conseguentemente si effettuerà il conguaglio positivo o negativo degli oneri.



Handwritten signatures and a number 8.

e/o un dato C inferiore di oltre 10% rispetto a quanto dichiarato nello stesso *report online*, la quota B del trattamento economico previsto (vedi oltre) non verrà liquidata.

Nel caso i controlli verifichino la presenza nel *database online CASISTICA* di un numero di casi inferiore al 80% dei casi di sospetta malattia infettiva dell'apparato respiratorio presenti sul registro di CA (gestiti dal Medico nel periodo in esame), o nel *report mensile online di RENDICONTAZIONE*, la quota C del trattamento economico previsto (vedi oltre) non verrà liquidata.

Trattamento economico

Il trattamento economico dei MCA aderenti al progetto sarà costituito da:

A) € 100,00 comprensivi di ENPAM, quale quota di acconto per l'adesione e la partecipazione al progetto. La partecipazione al Progetto sarà documentata dalla presenza all'incontro di illustrazione del Progetto organizzato dall'ATS di Bergamo entro il 15/07/2019. La quota sarà retribuita ai MCA partecipanti all'incontro con le competenze del mese di agosto 2019. Eventuali assenze giustificate saranno valutate dal Comitato Aziendale per la Medicina Generale.

Tale quota non spetterà ai MCA che si inseriranno dopo la data di adesione e la data di svolgimento della riunione esplicativa.

B) € 110,00 mensili comprensivi di ENPAM quale quota incentivante per la gestione dei casi di sospetta faringo/tonsillite secondo l'algoritmo concordato, se verranno riscontrate da parte del medico:

a. La compilazione del *report mensile online di RENDICONTAZIONE* e l'inserimento nel *database online CASISTICA* di tutti i casi di sospetta faringite gestiti dal MCA nel mese nelle modalità e entro i termini descritti.

b. Il raggiungimento degli standard previsti in tutti i 3 gli indicatori sulla corretta applicazione dell'algoritmo:

I. L'applicazione dell'algoritmo diagnostico per un numero di casi pari o superiore al 80% rispetto al n° di pazienti gestiti dal MCA che si sono rivolti ambulatorialmente al Servizio di CA per sospetta faringite e/o tonsillite nel periodo di durata del progetto.

[indicatore 1 "% applicazione dell'algoritmo" = $(B/A)*100$]

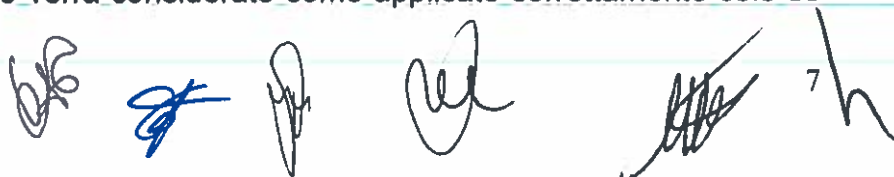
II. L'applicazione corretta da parte del MCA dell'algoritmo diagnostico in almeno il 70% dei casi.

[indicatore 2 "% applicazione corretta dell'algoritmo" = $(C/A)*100$]

III. La scelta del trattamento antibiotico in coerenza con quanto previsto dall'algoritmo in almeno il 70% dei casi.

[indicatore 3 "% trattamenti antibiotici secondo algoritmo" = $(D/B)*100$]

Per il calcolo del dato "B" (indicatore 1) in caso di rifiuto di sottoporsi al test da parte dell'assistito, l'algoritmo verrà considerato come applicato correttamente solo se



Appendice

Lo score di Centor/Mclsaac

Il primo lavoro originale con la definizione dei criteri diagnostici per la faringite streptococcica fu prodotto da Centor e coll. nel 1981 e studiato su pazienti adulti.

Il modello originario prevedeva 4 criteri: essudato tonsillare, ingrossamento dei linfonodi cervicali anteriori, assenza di tosse, storia di febbre. I pazienti con tutti e quattro i criteri avevano una probabilità del 56% di avere una coltura positiva per Streptococco di gruppo A; con 3 criteri la probabilità era del 32%; con 2 criteri del 15%; con un solo criterio del 6.5%; senza nessun criterio del 2.5%.

Il Centor Score fu poi modificato da Mclsaac nel 1998 per includere l'età nel calcolo del punteggio e fu successivamente validato dallo stesso autore nel 2004 sia per uso pediatrico che per la popolazione adulta.

Nel lavoro del 1998 Mclsaac stabilì che l'uso dello score di Centor può arrivare a ridurre il numero dei trattamenti antibiotici non necessari del 48%.

Fine et coll. nel 2012 realizzarono una validazione dello score su vasta scala, arruolando 140.000 pazienti e prolungando lo studio per 12 mesi per controllare gli effetti della stagionalità. I risultati confermarono che l'applicazione dello score presenta buona sensibilità e specificità e produce una significativa riduzione dei trattamenti antibiotici non necessari rispetto ad altre strategie.

Il test antigenico rapido

Al di là dello specifico modello di test, un aspetto molto importante è la corretta raccolta del tampone: toccando energicamente le due tonsille e la parete posteriore del faringe cercando di escludere la lingua durante il passaggio.

Il bambino molto piccolo deve essere immobilizzato in braccio a un genitore che con una mano gli ferma le braccia e con l'altra la fronte.

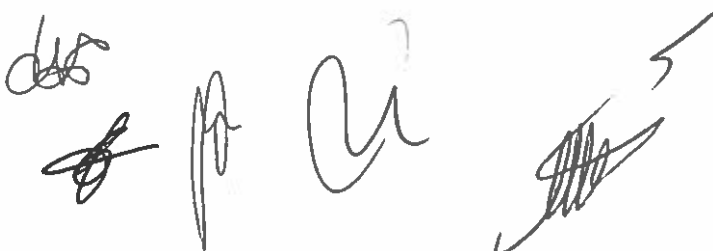
Per facilitare le operazioni è molto utile fissare con del cerotto l'abbassalingua alla lampada per ispezione faringea o dotarsi di una lampada con supporto per abbassalingua. Questa verrà tenuta con una mano, mentre l'altra terrà il tampone. In alternativa ci si può far assistere da un collega per l'illuminazione del faringe.

L'utilizzo dello specifico test in dotazione al servizio di CA (che può essere richiesto normalmente insieme ai farmaci in prontuario) verrà illustrato nel dettaglio nell'incontro esplicativo.

In termini generali il tempo di esecuzione dei test varia dai quattro ai dieci minuti. La maggior parte dei kit si conserva a temperatura ambiente. È fondamentale seguire scrupolosamente le istruzioni e rispettare scrupolosamente i tempi di attesa riportati sulle istruzioni fornite dal produttore.

È bene tenere presente che il limite importante di quasi tutti i test è il valore di sensibilità e quindi il rischio di falsi negativi. Questo è uno dei motivi per cui si propone il trattamento antibiotico senza effettuare il test con score di 5. La specificità è invece buona con basso rischio di falsi positivi.

La lettura dei più diffusi test immunoenzimatici si determina, in caso di positività, con la comparsa di una banda colorata oltre quella che ne assicura la corretta esecuzione del test (controllo). Anche una colorazione modesta della banda reattiva di positività è sufficiente a dimostrare la presenza di antigeni dello SBEA.



Bibliografia

1. Cassini A et Al; Burden of AMR Collaborative Group. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modeling analysis. *Lancet Infect Dis.* 2019Jan;19(1):56-66.
2. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making.* 1981;1(3):239-46.
3. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ.* 1998 Jan13;158(1):75-83.
4. Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. *Arch Intern Med.* 2012 Jun11;172(11):847-52.
5. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, Vanjaka A, Low DE. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. *JAMA.* 2004Apr 7;291(13):1587-95. Erratum in: *JAMA.* 2005 Dec 7;294(21):2700.
6. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, Martin JM, VanBeneden C. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2012 Nov 15;55(10):1279-82.
7. Harris AM, Hicks LA, Qaseem A; High Value Care Task Force of the American College of Physicians and for the Centers for Disease Control and Prevention. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Ann Intern Med.* 2016 Mar15;164(6):425-34.
8. Mitchell MS, Sorrentino A, Centor RM. Adolescent pharyngitis: a review of bacterial causes. *Clin Pediatr (Phila).* 2011 Dec;50(12):1091-5.

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ATS Bergamo

SCHEMA DI ADESIONE per Medici di Continuità Assistenziale

Il/La sottoscritto/a _____ cod.reg. _____

Medico addetto al Servizio di Continuità Assistenziale presso la postazione di

_____ afferente al PreSST di _____

Preso atto del progetto **“Uso razionale degli antibiotici mediante l'applicazione di un algoritmo diagnostico nell'approccio alla faringo-tonsillite”**, di cui all'Accordo Aziendale per il Servizio di Continuità Assistenziale per l'anno 2019, siglato in data

comunica di:

(barrare l'opzione scelta)

Aderire

NON Aderire

.....
In fede

Timbro e firma del medico

N.B. Il presente modello deve essere compilato anche in caso di non adesione al progetto e consegnato al PreSST di afferenza, **inderogabilmente entro il 20/06/2019**

DATA VISITA: ____ / ____ / 2019

ID PAZIENTE: _____
(numero progressivo del registro)

SCORE DI McISAAC

- Temperatura > 38°C
- Linfonodi laterocervicali anteriori ingrossati/dolenti
- Tumefazione/essudato tonsillare
- Assenza di tosse
- Età tra 3 e 14 anni (1 punto) Età ≥ 45 anni (-1 punto)

TEST ANTIGENICO RAPIDO

- Positivo
- Negativo
- Non eseguito per scelta del medico
- Non eseguito per rifiuto o scarsa compliance da parte del paziente

Se test rifiutato o scarsa compliance:

Firma del paziente/tutore _____

TRATTAMENTO ANTIBIOTICO

- SÌ
- NO

1

DATA VISITA: ____ / ____ / 2019

ID PAZIENTE: _____
(numero progressivo del registro)

SCORE DI McISAAC

- Temperatura > 38°C
- Linfonodi laterocervicali anteriori ingrossati/dolenti
- Tumefazione/essudato tonsillare
- Assenza di tosse
- Età tra 3 e 14 anni (1 punto) Età ≥ 45 anni (-1 punto)

TEST ANTIGENICO RAPIDO

- Positivo
- Negativo
- Non eseguito per scelta del medico
- Non eseguito per rifiuto o scarsa compliance da parte del paziente

Se test rifiutato o scarsa compliance:

Firma del paziente/tutore _____

TRATTAMENTO ANTIBIOTICO

- SÌ
- NO

2

Allegato 2



PROGETTO MCA 2019

USO RAZIONALE DEGLI ANTIBIOTICI
MEDIANTE L'APPLICAZIONE DI UN ALGORITMO DIAGNOSTICO
NELL'APPROCCIO ALLA FARINGO-TONSILLITE"

Score di Mic Isaac	Test Antigenico rapido	Trattamento antibiotico
0	No	No
1	No	No
2	Si	Se test positivo
3	Si	Se test positivo
4	Facoltativo	Si oppure Se test positivo
5	No	Si

MEDICO

Nome _____

Cognome _____

Codice Regionale _____

Postazione _____

Per la rendicontazione mensile online:
<https://it.surveymonkey.com/r/strepto5>



[Handwritten signatures and marks]

DATA VISITA: ____ / ____ / 2019

ID PAZIENTE: _____
(numero progressivo del registro)

SCORE DI McISAAC

- Temperatura > 38°C
- Linfonodi laterocervicali anteriori ingrossati/dolenti
- Tumefazione/essudato tonsillare
- Assenza di tosse
- Età tra 3 e 14 anni (1 punto) Età ≥ 45 anni (-1 punto)

TEST ANTIGENICO RAPIDO

- Positivo
- Negativo
- Non eseguito per scelta del medico
- Non eseguito per rifiuto o scarsa compliance da parte del paziente

Se test rifiutato o scarsa compliance

Firma del paziente/tutore _____

TRATTAMENTO ANTIBIOTICO

- SÌ
- NO

DATA VISITA: ____ / ____ / 2019

ID PAZIENTE: _____
(numero progressivo del registro)

SCORE DI McISAAC

- Temperatura > 38°C
- Linfonodi laterocervicali anteriori ingrossati/dolenti
- Tumefazione/essudato tonsillare
- Assenza di tosse
- Età tra 3 e 14 anni (1 punto) Età ≥ 45 anni (-1 punto)

TEST ANTIGENICO RAPIDO

- Positivo
- Negativo
- Non eseguito per scelta del medico
- Non eseguito per rifiuto o scarsa compliance da parte del paziente

Se test rifiutato o scarsa compliance

Firma del paziente/tutore _____

TRATTAMENTO ANTIBIOTICO

- SÌ
- NO

[Handwritten signatures and marks]

DATA VISITA: ____ / ____ / 2019

ID PAZIENTE: _____
(numero progressivo del registro)

SCORE DI McISAAC

- Temperatura > 38°C
- Linfonodi laterocervicali anteriori ingrossati/dolenti
- Tumefazione/essudato tonsillare
- Assenza di tosse
- Età tra 3 e 14 anni (1 punto) Età ≥ 45 anni (- 1 punto)

TEST ANTIGENICO RAPIDO

- Positivo
- Negativo
- Non eseguito per scelta del medico
- Non eseguito per rifiuto o scarsa compliance da parte del paziente

Se test rifiutato o scarsa compliance

Firma del paziente/tutore _____

TRATTAMENTO ANTIBIOTICO

- SÌ
- NO

DATA VISITA: ____ / ____ / 2019

ID PAZIENTE: _____
(numero progressivo del registro)

SCORE DI McISAAC

- Temperatura > 38°C
- Linfonodi laterocervicali anteriori ingrossati/dolenti
- Tumefazione/essudato tonsillare
- Assenza di tosse
- Età tra 3 e 14 anni (1 punto) Età ≥ 45 anni (- 1 punto)

TEST ANTIGENICO RAPIDO

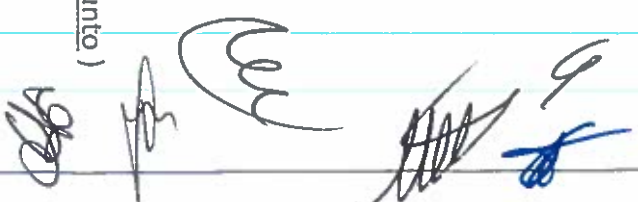
- Positivo
- Negativo
- Non eseguito per scelta del medico
- Non eseguito per rifiuto o scarsa compliance da parte del paziente

Se test rifiutato o scarsa compliance

Firma del paziente/tutore _____

TRATTAMENTO ANTIBIOTICO

- SÌ
- NO



DATA VISITA: ____ / ____ / 2019

ID PAZIENTE: _____
(numero progressivo del registro)

SCORE DI McISAAC

- Temperatura > 38°C
- Linfonodi laterocervicali anteriori ingrossati/dolenti
- Tumefazione/essudato tonsillare
- Assenza di tosse
- Età tra 3 e 14 anni (1 punto) Età ≥ 45 anni (-1 punto)

TEST ANTIGENICO RAPIDO

- Positivo
- Negativo
- Non eseguito per scelta del medico
- Non eseguito per rifiuto o scarsa compliance da parte del paziente

Se test rifiutato o scarsa compliance

Firma del paziente/tutore _____

TRATTAMENTO ANTIBIOTICO

- SÌ
- NO

DATA VISITA: ____ / ____ / 2019

ID PAZIENTE: _____
(numero progressivo del registro)

SCORE DI McISAAC

- Temperatura > 38°C
- Linfonodi laterocervicali anteriori ingrossati/dolenti
- Tumefazione/essudato tonsillare
- Assenza di tosse
- Età tra 3 e 14 anni (1 punto) Età ≥ 45 anni (-1 punto)

TEST ANTIGENICO RAPIDO

- Positivo
- Negativo
- Non eseguito per scelta del medico
- Non eseguito per rifiuto o scarsa compliance da parte del paziente

Se test rifiutato o scarsa compliance

Firma del paziente/tutore _____

TRATTAMENTO ANTIBIOTICO

- SÌ
- NO

DATA VISITA: ____ / ____ / 2019

ID PAZIENTE: _____
(numero progressivo del registro)

SCORE DI McISAAC

- Temperatura > 38°C
- Linfonodi laterocervicali anteriori ingrossati/dolenti
- Tumefazione/essudato tonsillare
- Assenza di tosse
- Età tra 3 e 14 anni (1 punto) Età ≥ 45 anni (- 1 punto)

TEST ANTIGENICO RAPIDO

- Positivo
- Negativo
- Non eseguito per scelta del medico
- Non eseguito per rifiuto o scarsa compliance da parte del paziente

Se test rifiutato o scarsa compliance

Firma del paziente/tutore _____

TRATTAMENTO ANTIBIOTICO

- SÌ
- NO

DATA VISITA: ____ / ____ / 2019

ID PAZIENTE: _____
(numero progressivo del registro)

SCORE DI McISAAC

- Temperatura > 38°C
- Linfonodi laterocervicali anteriori ingrossati/dolenti
- Tumefazione/essudato tonsillare
- Assenza di tosse
- Età tra 3 e 14 anni (1 punto) Età ≥ 45 anni (- 1 punto)

TEST ANTIGENICO RAPIDO

- Positivo
- Negativo
- Non eseguito per scelta del medico
- Non eseguito per rifiuto o scarsa compliance da parte del paziente

Se test rifiutato o scarsa compliance

Firma del paziente/tutore _____

TRATTAMENTO ANTIBIOTICO

- SÌ
- NO

COGNOME MEDICO	CODICE REGIONALE	POSTAZIONE DI CA	MESE DI ATTIVITA'
----------------	------------------	------------------	-------------------

CASISTICA SOSPETTE INFEZIONI DELL'APPARATO RESPIRATORIO

	DATA VISITA (GG/MM)	ID PRESTAZIONE (N. PROGR. REGISTRO)	ETA' DEL PAZIENTE (ANNI)	SESSO (M/F)	SOSPETTO DIAGNOSTICO (CODICE ICD9)	TRATTAMENTO ANTIBIOTICO (SI/NO)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						

	DATA VISITA (GG/MM)	ID PRESTAZIONE (N. PROGR. REGISTRO)	ETA' DEL PAZIENTE (ANNI)	SESSO (M/F)	SOSPETTO DIAGNOSTICO (CODICE ICD9)	TRATTAMENTO ANTIBIOTICO (SI/NO)
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						

460 - Rinofaringite acuta (raffreddore)	465 - Infezioni acute delle vie respiratorie superiori a localizzazioni multiple o non specificate
461 - Sinusite acuta	487 - Influenza
462 - Faringite acuta	490 - Bronchite, non specificata se acuta o cronica
463 - Tonsillite acuta	491 - Bronchite cronica
464 - Laringite e tracheite acuta	511 - Pleurite

CODICI ICD-9 PER ALCUNE DELLE PIU' COMUNI MALATTIE RESPIRATORIE:



[Handwritten signatures and marks]

