



AZIENDA SANITARIA LOCALE AL

Sede legale: Viale Giolitti 2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Deliberazione del Direttore Generale n. del

OGGETTO:

**PARERI DELLA S.O. PROPONENTE EX ART. 4, 1° COMMA, L. 7.8.1990 N. 241
S.O.**

il Responsabile del Procedimento
artt. 5 – 6 L. 7.8.90 n. 241

Il Responsabile

Registrazione contabile

Esercizio

Conto

Importo

Il Dirigente Responsabile

Eseguibile dal

Trasmessa alla Giunta Regionale in data

approvata in data

Trasmessa al Collegio Sindacale in data

Pubblicata ai sensi di legge dal

si attesta che il presente atto viene inserito e pubblicato nell'albo pretorio informatico dell'Azienda dalla data indicata per 15 gg. consecutivi (art.32 L. 69/2009)

Il Dirigente Amministrativo Area Programmazione Strategica e AA.GG.

OGGETTO: Coordinamento Distretti – Progetti obiettivo 2015 - 2016 AIR/Accordo aziendale per i pediatri di libera scelta

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D.lgs. 30/12/92 nr.502 e successive modificazioni ed integrazioni;
vista la D.C.R. n. 136-39452 del 22.10.2007 di individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali;
visto il D.P.G.R. n. 85 del 17/12/2007 di costituzione dell’Azienda Sanitaria Locale AL;
vista la DGR n. 40-1368 del 27/04/2015 di nomina del Direttore Generale dell’ASL AL;
richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 516 del 9/7/2015 ad oggetto: “Individuazione degli atti di indirizzo e di governo e degli atti di gestione. Ripartizione delle competenze tra la Direzione Generale e le Strutture Operative dell’ASL AL”;
presa visione della proposta del Coordinatore Distrettuale, qui di seguito riportata:

“Visto l’art. 25 dell’ ACN vigente per i pediatri di libera scelta, e l’Accordo Integrativo Regionale di cui alla D.G.R. 20-5960 del 17/06/2013, come modificato ed integrato con D.G.R. n. 16-7487 del 23/04/2014, sia per quanto riguarda gli aspetti economici che per quanto riguarda gli obiettivi contrattuali;

Visto l’Accordo Aziendale per gli anni 2015 - 2016, raggiunto in sede di Comitato Aziendale nella seduta del 23/07/2015, allegato quale parte integrante alla presente deliberazione;

Considerato che tale Accordo definisce gli aspetti variabili di tipo pattizio, tenuto conto che le quote indicate non dipendono da un finanziamento aziendale, ma rientrano in quanto già previsto dall’AIR attualmente in vigore;

Dato atto che la spesa derivante dal presente provvedimento per il biennio 2015 – 2016 è quantificata preventivamente in € 1.071.184,92, pari ad € 535.592,46 per ciascun anno di validità dell’Accordo,

Dato atto che la sopra riportata spesa, relativamente alla spesa per ciascun anno di vigenza dell’Accordo, è dettagliata come segue:

- art. 15 AIR – prestazioni aggiuntive € 115.051,26 (pari alla corrispondente spesa 2014, da riconoscere in seguito alla presentazione della documentazione attestante ciascuna prestazione effettuata, secondo il tariffario di cui all’allegato B del vigente ACN)
- art. 16 AIR – Governo clinico € 114.471,28 (€ 3,08/paziente/anno, corrisposti mensilmente in dodicesimi)
- art. 17 AIR – Associazioni funzionali territoriali € 222.996 (€ 6,00/paziente/anno) di cui € 37.166,00 (€ 1/paziente/anno), da corrispondere a saldo, a completamento del progetto
- art. 19 AIR – Budget distretto € 37.166,00 (€ 1/paziente/anno, da corrispondere a saldo, a completamento del progetto)
- oneri ENPAM a carico ASL € 45.907,92 (9,375% ex art. 59 ACN)”

considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa del contenuto della deliberazione nonché la legittimità della stessa;

visto il parere obbligatorio espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell’art.3/7 D.lgs 30/12/1992 n.502 e s.m.i.

DELIBERA

1. di approvare l'Accordo Aziendale per i Pediatri di Libera Scelta relativo agli anni 2015 - 2016, allegato quale parte integrante del presente provvedimento;
2. di dare mandato ai Direttori di Distretto, o loro delegati, di procedere ai necessari controlli circa l'osservanza di quanto sottoscritto, al fine, qualora il medico venga trovato in difetto, di attivare le procedure previste dall'art. 30 del vigente Accordo Collettivo Nazionale, anche ai fini della non corresponsione degli incentivi economici, previa verifica in Comitato d'azienda;
3. di dare atto che la spesa derivante dal presente provvedimento quantificata in euro 1.071.184,92 oneri fiscali inclusi viene così suddivisa:
 - Euro 535.592,46 Iva inclusa – anno 2015 rientra nella disponibilità assegnata alla struttura competente con deliberazione n. 273 del 12.03.2015 ad oggetto "Bilancio preventivo anno 2015" ed è riconducibile al conto di costo n. 0310000481, Autorizzazione proposta n. 0310000481/7TA/1500310481 /anno 2015;
 - Euro 535.592,46 iva inclusa anno 2016 di cui si terrà conto in sede di predisposizione del rispettivo budget economico attribuito alla struttura competente, salvo diverse indicazioni nazionali e/o regionali tali da richiedere una riformulazione delle previsioni e delle relative spese, al conto economico 0310000481;
4. di dare atto che il presente provvedimento non soggetto al controllo preventivo diviene esecutivo decorsi 10 gg. dalla pubblicazione all'albo dell'Azienda

ACCORDO PEDIATRI 2015-2016

L'azienda ASL AL

- preso atto dell'ACN del maggio 2009 e dell'Accordo Regionale Integrativo per la Pediatria di Libera Scelta 2013 e s.m.i., sia per quanto riguarda le parti economiche, sia per quanto riguarda gli obiettivi indicati nell'ACN e nell'Accordo Integrativo Regionale;
- considerate le proposte in essere da parte pubblica e da parte sindacale sulla stipula del nuovo ACN;
- considerata la necessità procedere nel percorso di omogeneizzazione tra i vari territori;
- considerata la necessità di perseguire l'equilibrio economico-finanziario

propone il seguente accordo complessivo che, in base agli obiettivi nazionali e regionali, comprende le quote relative agli articoli 15, 16, 17 e 19 dell'AIR:

Art. 15 Accordo Integrativo Regionale – Prestazioni aggiuntive – Sono autorizzate le seguenti prestazioni aggiuntive nel contesto dei progetti presentati:

- 1) **scoliometria** nell'ambito dell'individuazione precoce dei soggetti con malformazioni della colonna vertebrale;
- 2) stereotest di Lang ed eventuale esame con l'ottotipo di Pigassou per lo screening dell'**ambliopia** durante il bilancio di salute dei 3 /4 anni
- 3) CHAT per la diagnosi precoce di **autismo** intorno ai 18 mesi

Per i criteri e la modulistica di rendicontazione delle prestazioni, si confermano le procedure già seguite negli anni precedenti (Allegati A, B, C e D)

Art 16 Accordo Integrativo Regionale – Governo Clinico

Per il biennio 2015-2016 si concorda di attuare un progetto di prevenzione focalizzato sulla **vaccinazione anti Papilloma virus**.

La vaccinazione anti Papilloma virus (anti HPV) delle bambine di 11 anni consente di prevenire ca. il 70% delle infezioni da HPV e, pertanto, previene, in prospettiva, il 70% delle anomalie citologiche riscontrabili allo Screening, i casi di tumore del collo dell'utero e i decessi connessi.

La vaccinazione di massa delle undicenni, attiva dal 2008, pur confermando un profilo di elevata sicurezza e tollerabilità, non ha raggiunto gli obiettivi previsti a livello nazionale per diverse cause, tra cui una non corretta informazione sulle indicazioni e sul rapporto rischio-beneficio del vaccino veicolata, tra gli altri, da operatori medici e paramedici non operanti nella Pediatria di Libera Scelta e nei Servizi Vaccinali.

La vaccinazione viene eseguita dagli ambulatori vaccinali della ASL AL nelle utenti che compiono 11 anni nel corso dell'anno di attività su chiamata attiva con successivo sollecito per coloro che non si sono presentate alla 1° convocazione.

L'attuale copertura vaccinale per HPV (vaccinate con almeno 1 dose) nella ASL AL è la seguente:
coorte 2001 : 78,93% - coorte 2002 : 74,41% - coorte 2003 : 72,28%

nettamente inferiore al 95% , obiettivi di copertura della strategia nazionale (documento della conferenza Stato Regioni del 18/12/2007).

Per gli anni 2015 e 2016 si concorda un percorso che consenta un progressivo incremento della copertura vaccinale.

Il progetto, valutato separatamente per l'anno 2015 e 2016, si intende raggiunto se il PLS rispetta i seguenti indicatori:

- **per l'anno 2015**
al 31/12/2015 incremento della copertura vaccinale per 1° dose nelle nate 2004 rispetto alle nate nel 2003:
 - del 3% per coloro che hanno una copertura 2013 < 70%
 - dell' 1% per coloro che hanno una copertura 2013 > 70%

- **per l'anno 2016**
al 31/12/2016: copertura dell'80% nelle nate 2005

L'adesione al progetto da parte del Pediatra è documentata mediante la sottoscrizione della scheda allegata (Allegato E) e la rilevazione delle percentuali di copertura vaccinale raggiunta è effettuata dal Servizio Vaccinazioni ASL AL.

Per la partecipazione attiva a tale progetto il Pediatra riceverà, in forma capitaria annuale corrisposta in un dodicesimo ogni mese, € 3,08.

Art 17 Accordo Integrativo Regionale – Associazioni funzionali territoriali/Equipe - punti b) c) d)

Per il biennio 2015-2016 si concorda di attuare un progetto di prevenzione focalizzato sulla **vaccinazione anti Morbillo Rosolia Parotite** .

L'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita sono obiettivi di Sanità Pubblica condivisi da tutte le istituzioni Sanitarie nazionali ed internazionali (OMS , Ministero della Salute , Regione Piemonte) .

Tra le varie azioni rivolte realizzare i suddetti obiettivi , di importanza strategica è la vaccinazione con la prima dose di vaccino anti Morbillo Rosolia Parotite (anti MPR) di almeno il 95% dei bambini tra i 12 e 15 mesi di vita (massimo entro 24 mesi) .

La attuale copertura per MPR a 24 mesi nella ASL AL è la seguente :

coorte 2010 : 90,85% - coorte 2011 : 91,78% - coorte 2012 : 89,63%

Tale copertura, notevolmente incrementata nel corso a partire dal 2000, a seguito dei programmi della Regione Piemonte e Nazionale di promozione della vaccinazione, ha subito , negli ultimissimi anni , una flessione a seguito del diffondersi nella opinione pubblica di dubbi e sospetti su effetti nocivi della vaccinazione totalmente destituiti di qualunque attendibilità scientifica , ancorché veicolati da vere e proprie campagne di disinformazione.

In questa ottica il ruolo del PLS , già più volte riconosciuto come centrale nella promozione delle vaccinazioni , risulta fondamentale nel realizzare una corretta informazione dei genitori riguardo :

- indicazioni e controindicazioni (vere e false) alla vaccinazione
- effetti collaterali veri e falsi della vaccinazione

Il progetto, valutato separatamente per l'anno 2015 e 2016, si intende raggiunto se il PLS rispetta i seguenti indicatori:

- **per l'anno 2015**
 - incremento della copertura del 3% nei nati 2013 per chi ha una copertura 2012 < 85%;
 - incremento della copertura del 1% nei nati 2013 per chi ha una copertura 2012 tra 85% e 90%;
 - incremento della copertura di qualunque entità nei nati 2013 per chi ha una copertura 2012 > 90%;
 - mantenimento della copertura nei nati 2013 per chi ha una copertura 2012 al 95% o > 95%;

- **per l'anno 2016**
 - copertura per i nati 2014 > 90% per chi aveva una copertura 2013 < 90%;
 - incremento della copertura di qualunque entità per i nati 2014 per chi aveva una copertura 2013 tra 90 e 95%;
 - mantenimento per chi aveva una copertura 2013 al 95% o > 95%;

L'adesione al progetto da parte del Pediatra è documentata mediante la sottoscrizione della scheda allegata (Allegato F) e la rilevazione delle percentuali di copertura vaccinale raggiunta è effettuata dal Servizio Vaccinazioni ASL AL.

Per la realizzazione del progetto a ciascun Pediatra viene riconosciuta una quota pari a € 1/assistito/anno corrisposto a saldo, previa verifica dell'effettiva realizzazione del progetto.

Come previsto dall'art. 17 AIR, l'ASL provvederà ad erogare mensilmente come acconto 1/12 di € 3,00/assistito/anno.

Parimenti l'ASL provvederà ad erogare mensilmente 1/12 di € 2,00/assistito/anno, spettanti per le restanti attività di Equipe previste dall'art. 17 AIR, previa verifica dell'effettiva presenza.

Art 19 Accordo Integrativo Regionale- Budget di distretto

Nell'ottica di promozione ed integrazione dei sopraelencati progetti di prevenzione focalizzati sulle campagne vaccinali, si ritiene opportuno proseguire per il biennio 2015-2016 il progetto di **segnalazioni avverse** predisposto dalla regione Piemonte.

L'adesione al progetto da parte del Pediatra è documentata mediante la sottoscrizione della scheda allegata (Allegato G).

Si intende raggiunto l'obiettivo se il singolo pediatra effettua almeno una segnalazione avversa, se verificatasi.

La segnalazione potrà essere effettuata tramite la nuova scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa definita “Scheda Elettronica” per l’operatore sanitario (Allegato H), che potrà anche essere scaricata dal sito ASL AL nella sezione “Dipartimento del farmaco” (<http://www.aslal.it/Sezione.jsp?idSezione=470>) – “Segnalazioni per farmaci e dispositivi”- oppure dal sito AIFA (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/modalit%C3%A0-di-segnalazione-delle-sospette-reazioni-avverse-ai-medicinali>)

A seguito della verifica della realizzazione del progetto, sarà corrisposta al Pediatra la quota di € 1,00/assistito/anno.

PER LA PARTE SINDACALE

Dott. Giorgio Comazzi

PER L’ASL ALESSANDRIA

Dott. Roberto Stura

Alessandria, 8/7/2015

**Prestazioni professionali aggiuntive concordate
nell' ambito di progetti
obiettivo (art. 17 accordo regionale 2005)**

SCOLIOMETRIA

Nell' ambito dell'attività dei pediatri di libera scelta ASL 20 - 21 - 22:

- **Obiettivi del progetto**: individuare precocemente tutti i soggetti con scoliosi idiopatica e/o altre malformazioni della colonna vertebrale, patologie che si presentano prevalentemente nel periodo preadolescenziale. I controlli periodici dovrebbero limitare gli accessi spontanei, per la gran parte inappropriati, allo specialista ortopedico da parte dei genitori dei bambini. Il filtro effettuato dai pediatri permette di inviare al 2° livello (visita specialistica ortopedica pediatrica) solo i casi sospetti.
- **Criteri di reclutamento**: il pediatra di libera scelta durante i bilanci di salute dei propri assistiti a 5/6 anni, 8/9 anni e 11/12 anni associa un controllo della colonna vertebrale.
- **Modalità di esecuzione**: esame obiettivo della colonna vertebrale utilizzando lo scoliometro, strumento presente in ogni ambulatorio pediatrico della provincia di Alessandria
- **Reportistica**: ogni pediatra dopo aver eseguito la visita al bambino reclutato, invia un referto (allegato al bilancio di salute) dove viene riportato l' esito della visita: se il risultato è negativo, il medico riporta nel referto l' assenza di patologie del rachide, se il risultato del controllo è positivo, il medico dovrà riportare gli elementi sospetti di patologia (con il relativo grado di scostamento utilizzando lo scoliometro) con il conseguente invio a visita specialistica ortopedica. La presenza del referto (negativo o positivo) consente ai servizi proposti dalle ASL il pagamento della prestazione.

PRESTAZIONI PROFESSIONALI AGGIUNTIVE CONCORDATE NELL'AMBITO DI
PROGETTI OBIETTIVO (ART 17 accordo regionale 2005)

SCREENING AMBLIOPIA (anno 2009)

Nell'ambito dell'attività dei pediatri di libera scelta asl AL:

Obiettivi del progetto: individuare precocemente tutti i soggetti affetti da ambliopia

Descrizione: si chiama ambliopia la ridotta acuità visiva, per cui un occhio presenta uno sfocamento permanente delle immagini, non migliorabile con lenti, che spesso si sviluppa in un occhio sano. Se non si interviene precocemente lo sfocamento delle immagini nei primi anni di vita rende impossibile lo sviluppo del sistema visivo, costringendo l'adulto ad una visione monoculare. L'"occhio pigro" è un difetto funzionale che provoca un deficit visivo permanente se non si riesce a correggere nei primi sei anni di vita. L'ambliopia può essere causata da difetti di refrazione (anisotropia, ipermetropia, astigmatismo ipermetropico), da strabismo manifesto, da deprivazione (es cataratta congenita, opacità corneali, ecc).

Programma per il pediatra: il pediatra in concomitanza con il bilancio di salute dei tre/quattro anni effettua lo stereotest di Lang ; la mancata percezione del bambino porrà il sospetto di alterata visione binoculare (dovuta a probabile strabismo e anisometropia); il sospetto diagnostico potrebbe essere confermato dall'esame dell'acuità visiva con ottotipo di Pigassou. Il pediatra in presenza di un sospetto di alterazione della visione binoculare invia a visita oculistica / ortottica per ambliopia.

Programma per l'asl AL: i Direttori di Distretto verificheranno nell'ambito del proprio distretto se sono in corso interventi di screening sui disturbi visivi effettuati dalle ortottiste; in caso affermativo relazioneranno precisando a quali fasce di età si indirizza lo screening, quale strumentazione viene utilizzata, quanti bambini sono sottoposti a visita, quali patologie oltre l'ambliopia vengono ricercate. Fin da subito possono essere date due indicazioni ai distretti in cui lo screening è già in corso: esaminare bambini al di sotto dei sei anni e scegliere per prime le comunità in cui è assente il pediatra di libera scelta.

Reportistica: ogni pediatra dopo aver eseguito la visita al bambino reclutato, invia un referto (allegato al bilancio di salute) dove viene riportato l'esito della visita; se il risultato è negativo, il medico riporta nel referto la presenza di visione binoculare, se il risultato del controllo è positivo, il pediatra dovrà riportare l'alterata visione binoculare con il conseguente invio a visita specialistica oculistica. La presenza del referto (negativo o positivo) consente ai servizi preposti il pagamento della prestazione.

SCREENING AUTISMO

Obbiettivi:

- Utilizzo della CHAT come strumento di screening per la formulazione di un sospetto diagnostico dell'autismo da parte del Pediatra al 18° mese di vita.
- Riduzione dell'età media di diagnosi del disturbo autistico che attualmente si colloca intorno ai 3 aa.
- Attivazione rapida di un piano di trattamento educativo e riabilitativo

Attori:

Pediatri di Libera Scelta (PLS), Neuropsichiatria Infantile, Psicologo, Terapista della neuropsicomotricità

Mezzi:

- Utilizzo da parte del PLS della CHAT durante il bilancio del 18° mese mediante la somministrazione ai genitori del questionario e osservazione diretta del bambino così come previsto dalla scheda allegata.
- Segnalazione e invio attraverso un canale preferenziale alla SOC di NPI
- Prima visita da parte dei servizi di NPI entro 15 gg dalla segnalazione e conseguente attivazione del percorso diagnostico-terapeutico
- Scambio comunicativo bidirezionale tra PLS e Gruppo Autismo della SOC di NPI sullo stato di salute del bambino

Criteria di screening per la valutazione del rischio di autismo in relazione alle risposte alla CHAT:

Alto rischio per Autismo: caduta negli item A5, A7, B2, B3 e B4.

Lieve rischio per Autismo: caduta negli item A7 e B4, ma superamento di almeno uno degli altri tre (A5, B2 o B3)

Rischio per altri problemi di sviluppo: caduta in più di 3 item

Nella norma: caduta in un numero inferiore ai 3 item

Parte A (da compilare facendo riferimento alle risposte fornite dai genitori):

RISPOSTA: SI / NO

- 1 ritenete che il vostro bambino provi piacere ad essere coinvolto in giochi del tipo “dondolarlo”, “farlo saltare sulle ginocchia”, “far finta di farlo cadere”, etc.?**
- 2 ritenete che il vostro bambino sia interessato agli altri bambini?**
- 3 ritenete che il vostro bambino provi piacere ad esplorare lo spazio, tipo “scalare le scale”?**
- 4 ritenete che il vostro bambino provi piacere a partecipare a giochi tipo nascondere, “cucù – teté”, “Dov’è - Non c’è più- Eccola qua!”?**
- 5 ritenete che il vostro bambino cominci già a giocare a giochi di finzione, tipo far finta di bere da una tazzina giocattolo o altro?**
- 6 il vostro bambino ha già iniziato ad indicare con il dito indice per richiedere qualcosa?**
- 7 il vostro bambino ha già iniziato ad indicare con il dito indice per richiamare la vostra attenzione su qualcosa?**
- 8 il vostro bambino ha già iniziato ad utilizzare in maniera appropriata dei piccoli giochi, come, ad esempio, le macchinine o dei cubi, senza limitarsi semplicemente a portarli alla bocca o a manipolarli o farli cadere?**
- 9 il vostro bambino ha già iniziato a porgervi degli oggetti per mostrarveli?**

Parte B (da compilare sulla base dell’osservazione diretta da parte del medico compilatore):

RISPOSTA: SI / NO

- 1 nel corso dell’incontro il bambino è riuscito a stabilire un contatto oculare con voi?**
- 2 cercate di attirare l’attenzione del bambino, quindi indicate un qualsiasi oggetto interessante collocato in un altro punto della stanza, dicendo: “Uh! Guarda! Guarda che cosa c’è là!”. Osservate la risposta del bambino. Il bambino riesce a rivolgere lo sguardo nella direzione che avete indicato? (NB. Per siglare “SI” c’è bisogno che il bambino non si limiti a guardare la vostra mano che indica, ma l’oggetto che state indicando)**
- 3 cercate di attirare l’attenzione del bambino, quindi invitatelo a fare un gioco di finzione (per esempio, mettere a letto una bambola o versare del caffè in una tazza). Ritenete che il bambino sia in grado di farlo?**
- 4 cercate di attirare l’attenzione del bambino, quindi dite al bambino: “Dov’è la luce? Fammi vedere dov’è la luce!”. Il bambino è in grado di indicare con il dito la luce?**

(NB. Invece della “luce” potete invitare il bambino ad rivolgere lo sguardo su qualsiasi altro oggetto che ritenete utile allo scopo)

5 Il bambino è capace di costruire una torre di cubi ? (in caso affermativo, indicare il numero di cubi: _____)

Se la risposta è NO in almeno 7 domande, allora è ipotizzabile che il bimbo sia da considerare nello spettro autistico.

- Alto rischio per Autismo: caduta negli item A5, A7, B2, B3 e B4**
- Lieve rischio per Autismo: caduta negli item A7 e B4, ma superamento di almeno uno degli altri tre (A5, B2 o B3)**
- Rischio per altri problemi di sviluppo: caduta in più di 3 item**
- Nella norma: caduta in un numero inferiore ai 3 item**



ALLEGATO E

**ACCORDO AZIENDALE 2015 - 2016
ADESIONE AL PROGETTO VACCINAZIONE ANTI - HPV**

AI DIRETTORE DEL DISTRETTO

DI _____

Io sottoscritto _____ aderisco al progetto di prevenzione sulla **vaccinazione anti Papilloma virus**, come individuato nell'Accordo Aziendale 2015 – 2016 in relazione agli obiettivi di cui all' art. 16 Accordo Integrativo Regionale – Governo Clinico.

Distinti saluti.

Data _____

Timbro e firma



ALLEGATO F

**ACCORDO AZIENDALE 2015 - 2016
ADESIONE AL PROGETTO VACCINAZIONE
ANTI MORBILLO – PAROTITE - ROSOLIA**

AI DIRETTORE DEL DISTRETTO

DI _____

Io sottoscritto _____ aderisco al progetto di prevenzione sulla **vaccinazione anti morbillo – parotite - rosolia**, come individuato nell'Accordo Aziendale 2015 – 2016 in relazione agli obiettivi di cui all' art. 17 Accordo Integrativo Regionale – Equipe.

Distinti saluti.

Data _____

Timbro e firma



ALLEGATO G

**ACCORDO AZIENDALE 2015 - 2016
ADESIONE AL PROGETTO FARMACOVIGILANZA**

AI DIRETTORE DEL DISTRETTO

DI _____

Io sottoscritto _____ aderisco alle iniziative di farmacovigilanza dell'ASL AL, e a fronte di sospette reazioni avverse ai farmaci le segnalerò con la modulistica appropriata.

Distinti saluti.

Data _____

Timbro e firma



1. INIZIALI PAZIENTE <i>Nome - Cognome</i>	2. DATA di NASCITA o ETÀ	3. SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE
1.a. PESO (kg)	1.b. ALTEZZA (cm)	1.c. DATA ULTIMA MESTRUAZIONE		1.d. GRAVIDANZA <input type="checkbox"/> sconosciuta <input type="checkbox"/> 1° trimestre <input type="checkbox"/> 2° trimestre <input type="checkbox"/> 3° trimestre	1.e. ALLATTAMENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI (*se il segnalatore è un medico)					
7. INDICARE SE LA REAZIONE OSSERVATA DERIVA DA: <input type="checkbox"/> INTERAZIONE <input type="checkbox"/> ERRORE TERAPEUTICO <input type="checkbox"/> ABUSO <input type="checkbox"/> MISUSO <input type="checkbox"/> OFF LABEL <input type="checkbox"/> OVERDOSE <input type="checkbox"/> ESPOSIZIONE PROFESSIONALE			8. GRAVITA' DELLA REAZIONE: GRAVE <input type="checkbox"/> DECESSO <input type="checkbox"/> OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO <input type="checkbox"/> INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> HA MESSO IN PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/> ANOMALIE CONGENITE/DEFICIT NEL NEONATO <input type="checkbox"/> ALTRA CONDIZIONE CLINICAMENTE RILEVANTE <input type="checkbox"/> NON GRAVE		
9. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR (riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti):				10. ESITO DATA: <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE COMPLETA ADR <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO <input type="checkbox"/> REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA <input type="checkbox"/> DECESSO <input type="checkbox"/> dovuto alla reazione avversa <input type="checkbox"/> il farmaco può avere contribuito <input type="checkbox"/> non dovuto al farmaco <input type="checkbox"/> causa sconosciuta <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE	
11. AZIONI INTRAPRESE (specificare): <i>In caso di sospensione compilare i campi da 17 a 20</i>					

INFORMAZIONI SUI FARMACI

12. FARMACO/I SOSPETTO/I (indicare il nome della specialità medicinale o del generico*). Riportare il numero di lotto per vaccini e medicinali biologici

A) **13. LOTTO** **14. DOSAGGIO/FREQUENZA** (specificare)

15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE **16. DURATA DELL'USO:** DAL _____ AL _____

17. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? SI NO **18. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?** SI NO

19. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? SI NO **20. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?** SI NO

B) **13. LOTTO** **14. DOSAGGIO/FREQUENZA** (specificare)

15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE **16. DURATA DELL'USO:** DAL _____ AL _____

17. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? SI NO **18. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?** SI NO

19. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? SI NO **20. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?** SI NO

C) **13. LOTTO** **14. DOSAGGIO/FREQUENZA** (specificare)

15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE **16. DURATA DELL'USO:** DAL _____ AL _____

17. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? SI NO **18. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?** SI NO

19. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? SI NO **20. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?** SI NO

* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo, l'ora e il sito della somministrazione

21. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO (le lettere fanno riferimento ai farmaci indicati precedentemente):

A:

B:

C:

22. FARMACO/I CONCOMITANTE/I (indicare il nome della specialità medicinale o del generico*). Riportare il numero di lotto per vaccini e medicinali biologici

A) 23. LOTTO 24. DOSAGGIO/FREQUENZA (specificare)

25. VIA DI SOMMINISTRAZIONE 26. DURATA DELL'USO: DAL AL

27. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? SI NO 28. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? SI NO

29. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? SI NO 30. SONO RICOMPARI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? SI NO

B) 23. LOTTO 24. DOSAGGIO/FREQUENZA (specificare)

25. VIA DI SOMMINISTRAZIONE 26. DURATA DELL'USO: DAL AL

27. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? SI NO 28. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? SI NO

29. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? SI NO 30. SONO RICOMPARI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? SI NO

* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo, l'ora e il sito della somministrazione

31. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO (le lettere fanno riferimento ai farmaci indicati qui sopra):

A:

B:

32. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE UFFICINALI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ecc. (specificare):

33. CONDIZIONI PREDISponentI e/o CONCOMITANTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)

34. ALTRE INFORMAZIONI

INFORMAZIONI SULLA SEGNALAZIONE E SUL SEGNALATORE

35. INDICARE SE LA REAZIONE E' STATA OSSERVATA NELL'AMBITO DI: Progetto di Farmacovigilanza Attiva Registro Farmaci

Studio Osservazionale, specificare: titolo studio

tipologia

numero

36. QUALIFICA DEL SEGNALATORE

MEDICO OSPEDALIERO

MEDICO MEDICINA GENERALE

PEDIATRA LIBERA SCELTA

SPECIALISTA

MEDICO DISTRETTO

FARMACISTA

INFERMIERE

CAV ALTRO (specificare):

37. DATI DEL SEGNALATORE (i dati del segnalatore sono trattati in modo confidenziale)

NOME E COGNOME:

INDIRIZZO:

TEL E FAX:

E-MAIL:

38. ASL DI APPARTENENZA:

39. REGIONE:

40. DATA DI COMPILAZIONE:

41. FIRMA DEL SEGNALATORE

Deliberazione del Direttore Generale

n. _____

Letto, approvato e sottoscritto.

Parere favorevole del DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Parere favorevole del DIRETTORE SANITARIO

IL DIRETTORE GENERALE
