

AZIENDA USL FERRARA

ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE

PER LA MEDICINA GENERALE

TRIENNIO NORMATIVO 2014- 2016

BILANCIO ECONOMICO 2014

PREMESSA ED OBIETTIVI

L' AAA 2014-2016, costituisce la prosecuzione del percorso di collaborazione fra l'Azienda USL e la Medicina Generale definita nell'ambito delle Cure Primarie e si propone di favorire un uso più razionale delle risorse economiche e strumentali messe a disposizione attraverso un'attenta e continua formazione professionale e l'adozione di progetti assistenziali volti al perseguimento dell'efficacia, dell'efficienza e della verificabilità degli interventi.

Nel corso dell'anno 2013, in relazione all'approssimarsi della scadenza dell'Accordo Attuativo Aziendale 2011-2013, l'Azienda USL ha attivato con le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale un gruppo di lavoro volto a definire i contenuti dell'Intesa per la Medicina Generale 2014-2016. Detto gruppo continuerà il proprio lavoro nel corso del 2014 per dettagliare i contenuti.

Il presente AAA significa , pur nel cambiamento determinato dal recente contesto normativo-economico nazionale e nella conclusione di un importante fase di riorganizzazione della medicina generale provinciale, l'inizio di un nuovo ciclo di collaborazione per la realizzazione di progetti finalizzati al consolidamento e allo sviluppo della rete integrata dei servizi territoriali.

Il presente Accordo si contestualizza nelle linee del Piano strategico poliennale dell'Az.USL Fe 2013-2016 approvato dalla Conferenza Territoriale Socio Sanitaria nel giugno 2013 e che prevede:

- RICONVERSIONE POSTI LETTO OSPEDALIERI IN POSTI LETTO DISTRETTUALI (OSPEDALI DI COMUNITÀ, STRUTTURE INTERMEDIE) NELLE TRE STRUTTURE SANITARIE;
- POTENZIAMENTO DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE CON SVILUPPO DELLE CASE DELLA SALUTE ;
- RICONVERSIONE E TRASFERIMENTO DI RISORSE DALL' ATTIVITÀ DI DEGENZA OSPEDALIERA ALLE ATTIVITÀ SANITARIE TERRITORIALI

Il contesto normativo di riferimento e la consapevolezza che i sistemi sanitari dovranno affrontare nei prossimi anni scenari sempre più caratterizzati da una razionalizzazione delle risorse disponibili rende necessario garantire una costante evoluzione dei modelli organizzativi che presiedono ai meccanismi di accesso del cittadino al sistema dei servizi sanitari in coerenza con l'assetto istituzionale Aziendale e in sintonia con i programmi di sviluppo del Dipartimento di Cure Primarie .

Nell'ambito degli strumenti che la regione ha promosso per favorire l'azione e lo sviluppo delle attività territoriali, sono di rilevanza fondamentale i Nuclei delle Cure Primarie che si configurano come perno di un vasto processo di ridefinizione dell'organizzazione, destinati a produrre una graduale evoluzione dei tradizionali modelli assistenziali che l'Azienda intende porre alla base del proprio processo di riconversione.

L'Azienda USL, coerentemente con la propria pianificazione triennale di riorganizzazione sanitaria e

riequilibrio economico si impegna ad azioni, nell'arco del triennio, che si sostanziano nella riconversione e trasferimento di risorse dall'attività di degenza ospedaliera alle attività sanitarie territoriali come lo sviluppo dei Nuclei Di Cure Primarie, delle Case della Salute e le Strutture intermedie.

La strategia aziendale triennale 2014-2016 assumerà una declinazione economica annuale, seppure nella consapevolezza che tale accordo necessita, per le sue peculiarità professionali, di certezze di investimenti.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, integrato e modificato in data 29 luglio 2009 e 8 luglio 2010;
- AIR attuativo dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG, reso esecutivo nell'ottobre 2006, integrato e modificato nel luglio 2011

CONTESTO ECONOMICO DI RIFERIMENTO

Il contesto finanziario nazionale e regionale (DGR 732/2011), con la recente integrazione dell'AIR che indica le strategie regionali, definisce i contenuti organizzativi e ne fissa alcuni parametri economici, pur nella sua validità giuridica triennale, impone di valutarne la sostenibilità economica annuale secondo la programmazione aziendale e la verifica dei risultati.

Più recentemente il contesto economico è stato integrato da diverse disposizioni normative che impongono limiti e vincoli alla programmazione della spesa:

- Art. 9, commi 16 - 17 e 24 della Legge 122/2010, legge di conversione del D.L. n. 78 del 31 maggio 2010, (manovra finanziaria recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica) che ha introdotto, senza possibilità di recupero, sia per il personale dipendente sia per il personale medico convenzionato, il "blocco" delle procedure contrattuali e negoziali relative al triennio 2010 – 2012;
- Art. 16, commi 1 e 2, lett. B) del D.L. n. 98 del 06/07/2011 convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011 n. 111 recante "disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" che ha disposto la proroga fino al 31 dicembre 2014 delle vigenti disposizioni che limitano la crescita dei trattamenti economici anche accessori del personale delle pubbliche amministrazioni;
- Art. 15 comma 25 D.L. n. 95 del 06/06/2012, convertito con modificazioni dalla Legge n. 135 del 07.08.2012 recante " Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con

invarianza dei servizi ai cittadini, nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario” che ha specificato che l'articolo 16, comma 2, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 (sopra richiamato) si interpreta nel senso che le disposizioni ivi richiamate di limitazione della crescita dei trattamenti economici anche accessori del personale delle pubbliche amministrazioni si applicano, in quanto compatibili, anche al personale convenzionato con il servizio sanitario nazionale fin dalla loro entrata in vigore.

ORGANIZZAZIONE

NUCLEI DI CURE PRIMARIE

Il NCP rappresenta la parte territoriale principale di una rete integrata di servizi ed a sua volta costituisce un rete clinica di professionisti ed è struttura organizzativa di base del Dipartimento delle Cure Primarie.

Nell'ambito del Distretto i NCP sono articolazioni organizzative multiprofessionali del DCP volte a perseguire il miglioramento dell'appropriatezza nell'assistenza territoriale per l'intero arco delle 24 ore, sette giorni su sette.

Lo sviluppo organizzativo delle Cure Primarie prevede la sperimentazione ed il consolidamento delle sedi di riferimento per i NCP; la sede è il punto di riferimento dei MMG di quel NCP, dei PLS e dei MMG-CA, e può essere punto di guardia medica su ambiti territoriali sufficientemente ampi.

L'organizzazione Distrettuale dei NCP viene ridefinita come descritto nell' allegato prospetto riassuntivo (allegato 1), parte integrante del presente atto, nel quale vengono altresì specificati gli incarichi di responsabilità attribuiti ai Medici di Assistenza Primaria.

Gli strumenti di integrazione del NCP sono le riunioni semestrali, autonomamente gestite e organizzate dai coordinatori di ogni NCP e tenute in una sede fornita dall'AUSL; tali incontri, finalizzati alla valutazione dei reports di NCP ed a interventi di formazione/aggiornamento, su temi inerenti gli obiettivi regionali e aziendali. La partecipazione, ai due incontri previsti, costituisce titolo al riconoscimento della quota di € 1,30/assistito/anno. Eventuali assenze dovranno essere giustificate e valutate in Comitato Aziendale.

COORDINATORE di NCP

Per la nomina e le funzioni del Coordinatore di NCP si rimanda all'Allegato 3 dell'AIR .

Non è prevista incompatibilità con il ruolo di animatore della formazione.

Il Coordinatore di NCP è retribuito forfettariamente con € 60,00 /ora per 3 ore settimanali, per 52 settimane ed erogate mensilmente.

REFERENTE DI DISTRETTO E DI DCP

Per le funzioni del Referente di Distretto e di DCP si rimanda all'Allegato 2 dell'AIR .

Si conferma l'uso del badge marcatempo per la rilevazione degli orari di attività.

L'attività del Referente è retribuita forfettariamente, per n. 52 settimane/anno erogate mensilmente, con € 60,00/ora per 5 ore settimanali., per i Distretto Ovest e Sud-Est e per 10 ore settimanali per il Distretto Centro-Nord .

E' inoltre previsto un rimborso delle spese sostenute per sostituzioni di € 60 nell'arco della mezza giornata o di € 120 per l'intera giornata comprovate da documenti di spesa attestanti le ore di impegno e le date di sostituzione.

Quota forfait oneri di trasferimento:

- Viaggio per raggiungere la sede Regionale (andata e ritorno) € 30,00
- Viaggi interni al territorio Aziendale
 - Fino a 50 Km (andata e ritorno) € 10,00
 - Oltre 50 Km (andata e ritorno) € 20,00

I rimborsi per le sostituzioni e il chilometraggio sono previsti anche per il coordinatore di NCP e il coordinatore della Casa della Salute per la partecipazione ad attività richieste dall'AUSL.

COORDINATORE DELLA CASA DELLA SALUTE

Nell'ambito del profilo delineato dall'Accordo Integrativo Regionale e integrato dall'Accordo Attuativo Locale per la figura del Coordinatore di NCP, tenuto conto della esigenza di promuovere una piena integrazione degli interventi assistenziali della Casa della Salute con le progettualità assistenziali espresse nei NCP, si individua il **Coordinatore della Casa della Salute**.

L'incarico, conferito dal Direttore Generale, è affidato ad un MMG individuato fra i medici di scelta preferibilmente con esperienza di incarichi nell'organizzazione aziendale, sentite le OO SS.

Il Coordinatore della Casa della Salute svolge attività di consulenza tecnica a favore del Direttore del Dipartimento Cure Primarie per tutte le problematiche attinenti le attività della Casa della Salute, che coinvolgono i MMG.

Opera a stretto contatto con il Coordinatore di Nucleo e, al fine di ampliare e qualificare l'assistenza sul territorio e garantisce l'integrazione delle progettualità con le attività del NCP di riferimento.

La funzione di coordinamento deve intendersi come ricerca di integrazione fra le attività della Casa della Salute e gli appartenenti al Nucleo e di interfaccia con il Direttore di Dipartimento.

L'incarico, attribuito al Coordinatore della Casa della Salute si concretizza nelle seguenti attribuzioni:

- Collaborazione all'attivazione ed al completamento dei percorsi diagnostico-terapeutici che non necessitano di ricovero in Ospedale
- Collaborazione alla definizione di percorsi facilitati per accedere a visite ed esami specialistici ambulatoriali per particolari patologie
- Coordinamento delle relazioni proprie dei Medici convenzionati con gli operatori della Casa della Salute (CdS)
- Integrazione delle attività del Coordinatore di NCP con le attività della Casa della Salute
- Partecipazione alle riunioni della Casa della Salute
- Promozione di incontri periodici con la Direzione Infermieristica di concerto con il Dipartimento Cure Primarie
- Collaborazione alla definizione/progettazione di ambulatori infermieristici per la gestione integrata delle patologie croniche.
- Supporto al Dipartimento di Cure Primarie nella definizione degli obiettivi con la condivisione del Nucleo di Cure Primarie;
- Promozione di incontri periodici con gli specialisti operanti nella Casa della Salute di concerto con il Dipartimento Cure Primarie

Il Coordinatore della Casa della Salute esplica le funzioni assegnategli con gli indispensabili supporti organizzativi, scientifici e di risorse umane messe a disposizione dall'Azienda.

L'impegno orario richiesto per lo svolgimento delle attività di cui sopra è definito, di norma, fino alle 5 ore settimanali, con un impegno orario minimo valutato forfetariamente in tre ore settimanali. L'eventuale estensione oraria sarà valutata con riferimento alle esigenze aziendali e all'effettivo carico di lavoro. Tale funzione verrà retribuita in modo forfettario per tre ore settimanali, calcolate su base annuale e corrisposta in quote mensili a far data dal 1 gennaio 2014 per le Case della Salute di Copparo e Portomaggiore per le successive Case della Salute sulla base degli accordi con le OO. SS.

L'incarico è compatibile con lo svolgimento di eventuale attività libero professionale occasionale e non comporta alcuna limitazione del massimale.

L'attività del Coordinatore della Casa della Salute è retribuita forfettariamente, per n. 52 settimane/anno erogate mensilmente, con € 60,00/ora per 3 ore settimanali.

APPROPRIATEZZA

Le parti concordano di vincolare la corresponsione delle seguenti percentuali della quota di € 3,08 di cui all'art. 59, lettera B, comma 15, dell'ACN al raggiungimento degli obiettivi seguenti:

- 1) 20% della quota per l'adesione al progetto diabete;
- 2) 40% della quota per l'attività di educazione permanente individuale, finalizzata agli stili di vita;
- 3) 40% della quota per la partecipazione annuale ad almeno tre dei quattro mini-audit finalizzati al raggiungimento degli obiettivi regionali e aziendali per l'appropriatezza prescrittiva in ambito farmaceutico e specialistico. Eventuali assenze dovranno essere giustificate e valutate in Comitato Aziendale.

FORMAZIONE

COMMISSIONE PARITETICA PER LA FORMAZIONE

In relazione al ruolo fondamentale riconosciuto alla formazione nell'ambito della Medicina Generale sia per quanto riguarda la formazione di base, la formazione specifica e la formazione continua, si ritiene importante la costituzione di una Commissione Paritetica per la Formazione. La Commissione, è composta da 4 Medici di organizzazione afferenti al DCP, da 4 MMG individuati dal Comitato aziendale.

La funzione di coordinatore della Commissione sarà svolta dal Coordinatore degli animatori.

Compito della Commissione è formulare e presentare per la validazione, il Piano Annuale Formativo ed eventuali ulteriori iniziative integrative.

Alla Commissione spetta l'organizzazione e la realizzazione annuale dei progetti formativi ai sensi di quanto disposto dall'articolato dell'ACN e dalla normativa per l'ECM, di cui l'AUSL è "Provider".

La Commissione si farà carico dell'aggiornamento e della formazione permanente degli Animatori.

La Commissione individua il numero dei medici Animatori necessari alla formazione Aziendale.

E' possibile ricoprire sia il ruolo di Coordinatore NCP che quello di Animatore di formazione con diritto ai relativi riconoscimenti economici.

La Direzione del DCP si fa carico di assicurare alla Commissione una sede adeguata, le necessarie attrezzature, il personale di segreteria.

Tutte le funzioni inerenti il monitoraggio dell'Accordo Attuativo Aziendale e di coordinamento dei Gruppi di Lavoro per la produzione e l'aggiornamento dei Progetti Assistenziali sono svolte dal Comitato Aziendale per la Medicina Generale.

FORMAZIONE CONTINUA

Gli incontri formativi dovranno sostenere la Clinical Governance e promuovere il Disease Management, essere volti al miglioramento della qualità assistenziale, anche attraverso lo sviluppo dell'integrazione tra MMG e Specialisti e la condivisione di progetti assistenziali, in riferimento anche dei "Profili di Nucleo".

Tali incontri si svolgeranno:

- 2 convegni provinciali di 4 ore da realizzarsi nella giornata del sabato (8 ore);
- 4 seminari integrati di 4 ore da realizzarsi nella giornata del giovedì dalle 14.30 alle 18.30 (16 ore);
- 4 mini-audit della durata di 2 ore in fasce orarie e secondo modalità organizzative curate dal Coordinatore di NCP, fatte salve le esigenze di continuità dell'assistenza; nel corso di questi incontri verrà discussa e valutata le modalità di raggiungimento degli obiettivi regionali ed aziendali di cui al capitolo "appropriatezza "

Al fine di garantire la presenza di tutti i Medici agli incontri di formazione si prevede:

- di attivare il Servizio di CA nella giornata del sabato dalle ore 8.00 alle ore 20.00.
- di attivare il Servizio di CA nelle giornate di giovedì interessate dalla formazione dalle ore 14.00 alle ore 20.00.

In queste giornate i MMG che svolgono attività ambulatoriale esclusivamente nella fascia oraria pomeridiana dovranno garantirla in quella mattutina.

PROGETTO POLITICA DEL FARMACO OBIETTIVI 2014

Tenendo conto della sostenibilità economica programmata annualmente e degli obiettivi dell'intesa straordinaria regionale per la medicina generale del 2013, il progetto si prefigge di perseguire il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva mediante la promozione dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto e la continuazione del progetto ipertensione, così come di seguito illustrato .

L'AUSL finanzia il raggiungimento degli obiettivi sotto indicati ai punti 1, 2, 4 e 5 da parte dei singoli MMG con uno stanziamento di € 200.000.

Gli obiettivi dovranno essere raggiunti simultaneamente alla fine dell'anno 2014 e saranno riconosciuti con un incentivo di € 1,5 di incremento della quota capitaria.

Le quote incentivanti di cui al punto precedente dovranno essere corrisposte con le competenze del mese di febbraio dell'anno solare successivo a quello di riferimento.

1) FARMACI A BREVETTO SCADUTO

Obiettivo

Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di tutti i farmaci, tramite spostamento della prescrizione verso farmaci a brevetto scaduto.

Indicatore

Percentuale di prescrizione (espressa in DDD) di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte: $\geq 80\%$.

2) SARTANI

Obiettivo

Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva della classe omogenea di farmaci "Sartani", tramite spostamento della prescrizione verso farmaci a brevetto scaduto.

Indicatore

Percentuale di prescrizione (espressa in DDD) di "Sartani" a brevetto scaduto sul totale delle DDD di "Sartani" prescritti: $\geq 85\%$.

3) STATINE

Obiettivo

Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva della classe di farmaci "Statine", tramite spostamento della prescrizione verso farmaci a brevetto scaduto.

Indicatore

Percentuale di prescrizione (espressa in DDD) di "Statine" a brevetto scaduto sul totale delle DDD di "Statine" prescritte : $\geq 85\%$.

4) RAPPORTO ACE-INIBITORI/SARTANI

Obiettivo

Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva della classe omogenea di farmaci "ACE-Inibitori" e della classe omogenea di farmaci "Sartani", tenendo presente che gli "ACE-Inibitori" sono farmaci di prima scelta rispetto ai "Sartani".

Indicatore

Percentuale di prescrizione (espressa in DDD) di "ACE-Inibitori" e "Sartani" sul totale delle DDD di "ACE-Inibitori" + "Sartani": ACE-inibitori $\geq 73\%$ Sartani $\leq 27\%$

5) FARMACI PER L'IPERTENSIONE

Obiettivo

Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei Farmaci per l'ipertensione tramite spostamento della prescrizione verso i farmaci a minor costo nell'ambito di ogni singola classe omogenea.

Indicatore

Costo Medio DDD Farmaci per l'ipertensione (CM-DDD), calcolato alla fine dell'anno 2014 come spesa totale lorda dei Farmaci per l'ipertensione diviso il n° DDD totali dei Farmaci per l'ipertensione prescritti nell'anno 2014: CM-DDD MMG < CM-DDD AUSL ANNO 2014.

Quest'ultimo valore dovrà comunque essere validato dal Comitato Aziendale, nel rispetto dei principi di etica e deontologia professionale.

L'appropriatezza prescrittiva è l'unico strumento che noi abbiamo per razionalizzare il consumo dei farmaci e questa passa attraverso l'osservanza della Scheda Tecnica, delle Note AIFA e dei principi di Farmacoeconomia.

Concretamente una maggior appropriatezza prescrittiva è raggiungibile attraverso la produzione, la condivisione e l'applicazione di protocolli terapeutici, che tanto più saranno rivolti a patologie ad alta prevalenza nell'ambito della MG, tanto più potranno incidere sulla razionalizzazione del consumo dei farmaci, così come in passato si è positivamente sperimentato con il Progetto Ipertensione.

Quest'ultimo rimane certamente un patrimonio culturale della MG e conserva la sua validità come modello di governo del consumo dei farmaci, anche sotto il profilo etico, per cui si auspica, che nel corso del 2014 esso possa ispirare altre progettualità nell'ambito della politica del farmaco.

PROGETTI ASSISTENZIALI

L'Appropriatezza nelle cure e la sua Verificabilità sono l'obiettivo fondamentale di ogni PA.

Nella formulazione di ogni PA si dovrà perseguire l'efficacia, l'efficienza con relativa economicità, e la verificabilità degli interventi, relativi alla domanda di salute che proviene dai cittadini, attraverso la Clinical Governance e il Disease Management ed in particolare:

- la produzione di Protocolli Clinici che consentano di applicare nella realtà locale le Linee Guida internazionalmente riconosciute e suffragate dalla EBM, al fine di migliorare l'efficacia;
- la produzione di Protocolli Operativi, che contribuiscano a garantire la continuità e l'integrazione degli interventi, nel contesto dello sviluppo dei NCP, nonché l'applicazione dei principi di Economia Sanitaria al fine di migliorare l'efficienza attraverso l'uso razionale delle risorse disponibili, in particolare della farmaceutica e della diagnostica;
- l'individuazione e redazione di nuovi PA sarà obiettivo da perseguire fin dal 2014 attraverso strategie da concordare con le OO SS ed in particolare si ritengono urgenti un Progetto sulla BPCO, lo Scopenso Cardiaco, l'insufficienza renale cronica e l'ADI da sperimentare in realtà territoriali ove già esista una situazione favorevole alla necessaria integrazione delle diverse figure professionali coinvolte.

PROGETTO ASSISTENZIALE DIABETE

Il PA Diabete si articola tenuto conto del Protocollo Clinico, Operativo e di Verifica, parte integrante del presente AAA ALLEGATO 2, a cui si rimanda per gli aspetti di presa in carico, monitoraggio e valutazione.

Per i pazienti già in carico, l'applicazione di quanto previsto dall'elenco di cui all'ALLEGATO 3, tratto dallo stesso Protocollo, viene compensata con una quota incentivante pari a € 85,00 / anno solare di riferimento.

La quota è erogata in un'unica soluzione, secondo il meccanismo previsto per le PPIP, con riferimento alla data dell'avvenuta notulazione del primo controllo con emoglobina glicata, utilizzando la dicitura "DIABETE - controllo".

Per i pazienti neo dimessi dalle SD o comunque neo presi in carico dal MMG, il meccanismo incentivante è identico a quello precedentemente descritto, tenuto conto però della data dell'avvenuta notulazione del primo controllo con emoglobina glicata e considerando che quest'ultima può essere quella eseguita dalla SD prima della dimissione.

Se l'avvenuta notulazione del primo controllo con emoglobina glicata cade nel primo semestre dell'anno solare di riferimento, viene erogata l'intera quota, se cade nel secondo semestre, viene erogato il 50% della quota.

Sarà cura della Direzione del DCP verificare la congruità degli interventi previsti dal Protocollo Clinico ed Operativo secondo l'elenco dell'ALLEGATO 3

Il mancato rispetto di quanto previsto da questo elenco comporta il recupero dell'intera quota corrisposta di € 85,00.

Gli eventuali recuperi saranno effettuati in una unica soluzione entro i limiti di 1/5 della retribuzione complessiva dovuta.

Si prevede altresì:

1. la corresponsione di € 10,00 per tutti i pazienti in carico da almeno 12 mesi qualora il 60% degli stessi pazienti abbia una LDL registrata nell'anno solare di riferimento;
2. la corresponsione di € 10,00 per tutti i pazienti in carico da almeno 12 mesi qualora il 60 % degli stessi pazienti abbia due emoglobine glicate registrate nell'anno solare di riferimento;
3. la corresponsione di € 25,00 per tutti i pazienti in carico da almeno 12 mesi qualora il 60% degli stessi pazienti di età inferiore o uguale a 65 anni abbiano l'ultima emoglobina glicata minore o

uguale a 7%, se raggiunto l'obiettivo precedente al punto 2.

Le quote incentivanti di cui ai punti precedenti dovranno essere corrisposte con le competenze del mese di febbraio dell'anno solare successivo a quello di riferimento.

Le dimissioni dalle SD dovranno essere comunicate tempestivamente per e mail ai MMG.

Per i pazienti diabetici non ambulabili, seguiti a domicilio in ADI, verrà corrisposta come aggiuntiva la quota relativa all'accesso domiciliare come da AIR.

PROGETTO VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Con il presente Accordo Aziendale le parti concordano di dare continuità ai progetti, aventi l'obiettivo di sviluppare una politica sanitaria volta alla prevenzione dell'influenza nell'ambito della popolazione a rischio, così come previsto dalla regione Emilia-Romagna, che pone come obiettivo una copertura vaccinale pari al 75% della popolazione ultra sessantacinquenne.

Rilevando i buoni risultati raggiunti negli ultimi anni, si conferma il ruolo determinante dei MMG specie per l'individuazione e l'offerta del vaccino agli assistiti a rischio e per la possibilità di raggiungere gli anziani.

Nell'intento di favorire un risultato apprezzabile per la campagna vaccinale anti-influenzale che tenda all'obiettivo regionale, le parti concordano quanto segue:

1. l'AUSL si impegna a:

- a) facilitare l'approvvigionamento e la consegna delle dosi di vaccino;
- b) produrre gli elenchi dei soggetti aventi diritto;

2. i MMG si impegnano a:

- a) prestare la loro collaborazione, anche per quanto riguarda la campagna informativa, in favore degli assistiti,
- b) chiedere le dosi di vaccino entro il 15 agosto di ogni anno;
- c) ritirare presso le sedi comunicate dal DCP i vaccini richiesti;

d) restituirli, se non utilizzati, in corso di campagna vaccinale per favorirne l'uso agli altri MMG e a campagna completata;

e) aggiornare il proprio applicativo (scheda sanitaria informatizzata) per consentire l'invio telematico delle avvenute vaccinazioni mediante il Progetto SOLE,

f) registrare correttamente l'avvenuta vaccinazione di ogni singolo paziente nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, per consentire l'invio telematico mediante il Progetto SOLE, anche ai fini del pagamento in tempo reale.

Incentivi

L'AUSL riconoscerà ai MMG la quota prevista negli Allegati n. 4 e 6 (per le strutture protette) dell'AIR per ogni paziente vaccinato, appartenente ad una delle categorie a rischio, che verrà liquidata mensilmente grazie alla rendicontazione SOLE.

Ai MMG che abbiano vaccinato almeno il 75% della propria popolazione assistita dai 65 anni in su, sarà corrisposto, al netto della quota ENPAM aziendale, un incentivo come riportato nella seguente tabella:

Tabella incentivi Vaccinazione Antinfluenzale

Obiettivo individuale raggiunto	Quota aggiuntiva per assistito vaccinato dai 65 anni in su
Vaccinazione dal 75% al 100% degli assistiti dai 65 anni in su	€ 5,50

Le vaccinazioni effettuate in favore della popolazione non target i cui vaccini vengano acquistati direttamente dagli assistiti, saranno remunerate direttamente dal paziente e non più notulate.

Per tale progetto l'Azienda mette a disposizione per la campagna vaccinale 2014-2015 risorse economiche fino ad un tetto massimo di € 140.000.

La verifica dei risultati raggiunti dai MMG sarà effettuata entro il 30 Aprile.

L'AUSL pagherà l'incentivo ai MMG che ne hanno diritto con le competenze di Giugno pagate a Luglio.

ADI E CURE PALLIATIVE

L'AUSL si impegna ad affrontare le criticità non ancora risolte dell'ADI, prendendo come riferimento l'analisi di tali criticità sviluppata nel 2009 dalla Commissione Professionale per le Cure Domiciliari.

L'AUSL favorisce inoltre la sperimentazione di un Progetto di Rete delle Cure Palliative, che veda coinvolta l'ADI, anche al fine di garantire una continuità assistenziale medica H 24 attraverso l'Ambulatorio di NCP col coinvolgimento della Continuità Assistenziale.

Detta sperimentazione potrà svolgersi in ambiti territoriali definiti, dove è presente una rete assistenziale specifica (comprensiva di diversi setting) con un Progetto da concordarsi con le OO SS.

Il Progetto verrà avallato e se ne stabilirà l'adeguato finanziamento nel corso della prima riunione utile del Comitato Aziendale.

ACCORDO QUADRO PER LE MEDICINE DI GRUPPO

In attesa di una revisione dell'Intesa "Accordo Quadro" volta a regolare i rapporti fra l'AUSL e le Medicine di Gruppo si confermano i contenuti dell'Allegato G all'Accordo 2011-2013 fatta salva la durata degli accordi che andranno a scadere il 31 Dicembre 2014 e relativi accordi sui progetti con le MdG.

Eventuali nuove forme associative saranno oggetto di valutazione dell'azienda usl tenuto conto della sostenibilità economica.

NORME FINALI

Tutte le cifre previste dal presente accordo sono soggette alle disposizioni in materia previdenziale dell'ACN vigente.

Al fine di garantire copertura assistenziale per l'intero arco delle 24 ore, sette giorni su sette:

- viene attivato il Servizio di CA nella giornata del sabato dalle ore 8.00, alle ore 20
- viene attivato il Servizio di CA nelle giornate prefestive, a partire dalle ore 8,00 per offrire al Medico la possibilità di svolgere attività programmata o domiciliare

Nelle giornate prefestive che precedono festività consecutive i MMG si impegnano a garantire l'attività ambulatoriale secondo una organizzazione a cura del Coordinatore NCP, comunicata all'Azienda USL Ferrara, nell'ambito delle forme organizzative dei Nuclei di Cure Primarie o aggregazioni funzionali territoriali della Medicina Generale (Medicine di Gruppo-Reti o Case della Salute).

All'inizio dell'anno il Comitato Aziendale comunicherà le giornate oggetto della nuova organizzazione.

Le parti concordano inoltre di definire annualmente la programmazione degli obiettivi e delle risorse per lo sviluppo dell'AAA e dell'applicazione dell'AIR entro il mese di aprile di ogni anno e che nell'attuale AAA vale il principio della sussidiarietà fra i capitoli di spesa.

Ferrara,

Letto e approvato

Per l'AUSL

Il Direttore Generale.....

Per la FIMMG

Il Segretario Provinciale.....

Per lo SNAMI

Il Presidente Provinciale.....