ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE

PER LA MEDICINA GENERALE

ANNO 2017

Legenda

AAA	Accordo Attuativo Aziendale
ACN	Accordo Collettivo Nazionale 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
AD	Assistenza Domiciliare
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
AIL	Accordo Integrativo Locale
AIR	Accordo Integrativo Regionale reso esecutivo nell'ottobre 2006, integrato e modificato nel luglio 2011
AUSL	Azienda USL di Ferrara
BPCO	Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva
CA	Comitato Aziendale
CAF	Coordinamento degli Animatori di Formazione
CdS	Case della Salute
CDCA	Centrale di Dimissione e Continuità Assistenziale
CMG	Coordinamento della Medicina Generale
ContAss	Continuità Assistenziale
CP	Cure Primarie
CPD	Commissione Professionale per le Cure Domiciliari
CRA	Casa Residenza per Anziani
DCP	Dipartimento di Cure Primarie
EBM	Evidence Based Medicine
ECM	Educazione Continua in Medicina
FIMMG	Federazione Italiana Medici di Famiglia
GI	Gestione Integrata
IP	Infermiere Professionale
IRC	Insufficienza Renale Cronica
MdG	Medicina di Gruppo
MG	Medicina Generale
MiR	Medicina in Rete
MMG	Medico di Medicina Generale in senso stretto o Medico di Famiglia
MMG-CA	Medico di Medicina Generale di Continuità Assistenziale
NAO	Nuovo Anticoagulante Orale
NCP	Nucleo di Cure Primarie
OO SS	Organizzazioni Sindacali
OsCo	Ospedale di Comunità
PAF	Piano Annuale Formativo
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PPIP	Prestazioni di Particolare Impegno Professionale
RCP	Rete delle Cure Palliative
RER	Regione Emilia-Romagna
RLCP	Rete Locale Cure Palliative
ROAD	Responsabile Organizzativo Assistenza Domiciliare
SD	Servizio Diabetologico
SNAMI	Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani
SSI	Scheda Sanitaria Individuale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
TAO	Terapia Anticoagulante Orale
TT	Tavolo Trattante
UO	Unità Operativa
VRQ	Verifica Revisione Qualità Assistenza

PREMESSA ED OBIETTIVI

L'AAA 2017 costituisce la prosecuzione del percorso di collaborazione fra l'Azienda USL di Ferrara 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 l'adozione di progetti assistenziali volti al perseguimento dell'efficacia, dell'efficienza e della verificabilità degli interventi supportati da un'attenta e continua formazione professionale.

L'assistenza territoriale si pone all'interno di un contesto ampio e complesso che richiede una continua ridefinizione alla luce delle evoluzioni e dei mutamenti del quadro sociale, economico ed epidemiologico. Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo.

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

Nell'ambito degli strumenti che la Regione Emilia Romagna ha promosso per favorire l'azione e lo sviluppo delle attività territoriali, sono di rilevanza fondamentale i NCP, che si configurano come perno di un vasto processo di ridefinizione dell'organizzazione.

È comunque prevista per i NCP una evoluzione ad AFT di tipo monoprofessionale, che costituiranno la nuova base di organizzazione territoriale.

Inoltre la programmazione AUSL porterà nei prossimi anni ad ulteriore sviluppo delle Case della Salute e delle strutture territoriali intermedie.

L'Azienda USL di Ferrara è interessata allo sviluppo di modelli integrati in cui medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali ed infermieri collaborano alla programmazione dell'attività per garantire la continuità assistenziale attraverso percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e attraverso accessi diretti degli specialisti nelle sedi delle forme associative della medicina generale per l'erogazione di prestazioni e consulenze.

Il nuovo scenario organizzativo consentirà di garantire una maggiore accoglienza, una maggiore collaborazione ed integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali), che potranno condividere i percorsi assistenziali in un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici.

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
- Legge 189/2012 di conversione, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute.
- Patto per la salute 2014 – 2016 Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014 – 2016
- DGR n°2128 del 05/12/2016 "Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa"
- Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 15 settembre 2016

LA CRONICITA'

Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, continuità assistenziale per periodi di lunga durata e una forte integrazione tra tutti i servizi coinvolti nella cura attribuendo una effettiva "centralità" della persona e al suo progetto di cura e di vita.

Un'adeguata gestione della cronicità necessita di un sistema di assistenza continuativa, multidisciplinare che possa permettere la realizzazione di progetti di cura a lungo termine, la razionalizzazione dell'uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita.

La definizione del Piano di cura rientra tra i compiti della Medicina Generale che, per il rapporto continuativo con il paziente, garantisce obiettivi "strategici" assistenziali.

Si stanno sperimentando modelli innovativi per una gestione proattiva della cronicità sul territorio e una migliore presa in carico delle persone con patologie croniche.

La gestione integrata è uno strumento fondamentale per perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti nei campi dell'efficacia degli interventi, dell'efficienza delle cure, della salute e della qualità di vita dei pazienti con patologie di lunga durata. Essa prevede il coinvolgimento del medico di medicina generale in stretta connessione con i livelli specialistici multidisciplinari e i team professionali "dedicati".

In tale concezione le Cure Primarie costituiscono un sistema che integra, attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera e , in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità (welfare di comunità).

ORGANIZZAZIONE

NUCLEI DI CURE PRIMARIE/AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI

Il NCP/AFT rappresenta la parte territoriale principale di una rete integrata di servizi ed a sua volta costituisce una rete clinica di professionisti ed è struttura organizzativa di base del DCP.

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

L'organizzazione distrettuale dei NCP/AFT viene confermata come descritto nell'allegato prospetto riassuntivo (ALLEGATO 1), parte integrante del presente atto, nel quale vengono altresì specificati gli incarichi di responsabilità attribuiti ai MMG e relativi compensi per le loro attività.

Gli strumenti di integrazione del NCP/AFT sono le riunioni semestrali, autonomamente gestite e organizzate dai coordinatori di ogni NCP/AFT e tenute in una sede fornita dall'AUSL; la durata è di almeno 2 ore, in fasce orarie preferibilmente coperte dalla Continuità Assistenziale; tali incontri sono finalizzati alla valutazione dei reports di NCP/AFT ed a interventi di formazione, su temi inerenti gli obiettivi regionali e aziendali.

La partecipazione ai due incontri di NCP/AFT previsti rappresenta anche il completamento dell'adesione obbligatoria al NCP/AFT da parte del MMG e costituisce titolo al riconoscimento della quota di € 1,30/assistito/anno; eventuali assenze dovranno essere giustificate e valutate in CA.

REFERENTE DI DISTRETTO E DCP
COORDINATORE DI NCP/AFT
COORDINATORE DELLA CASA DELLA SALUTE
(PORTOMAGGIORE-OSTELLATO E COPPARO)

Queste figure sono prorogate nei loro incarichi per tutto l'anno 2017 alle stesse condizioni di cui all'AAA 2014-2016, come descritto nell'allegato prospetto riassuntivo (ALLEGATO 1).

L'organizzazione, gli incarichi e gli aspetti economici del coordinamento delle altre CdS istituite (Cittadella S. Rocco, Codigoro, Comacchio, Bondeno) verranno prese in considerazione e definiti con il prossimo AAA di durata triennale 2018-2020.

ACCORDO QUADRO PER LE MEDICINE DI GRUPPO

Il nuovo Accordo Quadro per le MdG, così come definito nel relativo ALLEGATO 2 e ALLEGATO 2a, rappresenta il punto di partenza per la disciplina dei rapporti tra le forma associative e l'Azienda USL, cui si rimanda per gli aspetti operativi.

SVILUPPO DELL'ASSOCIAZIONISMO E DEI NCP/AFT

Lo sviluppo organizzativo delle CURE PRIMARIE prevede la sperimentazione ed il consolidamento delle Sedi di riferimento di NCP/AFT per i MMG di quel NCP/AFT e per i MMG-CA, potendo anche essere punto di continuità assistenziale per ambiti territoriali sufficientemente ampi.

Le forme associative, previste dall'art 54 ACN, rappresentano le organizzazioni della MG, che meglio rispondono ai bisogni di salute dei cittadini, attraverso una maggiore continuità di cura ed una migliore accessibilità ai servizi.

In particolare le MdG e le MiR "avanzate", inserite nei NCP/AFT, favoriscono la gestione delle patologie croniche e la continuità assistenziale.

Sono da intendersi "avanzate" le MiR, per le quali è prevista l'estensione della fascia oraria oltre la settima ora, con attività in parte svolta nelle Sedi di NCP/AFT, finalizzata alla presa in carico dei pazienti cronici da parte del MMG e dei Medici di Continuità Assistenziale.

Lo sviluppo dell'Associazionismo e dei NCP/AFT presuppone:

- lo sviluppo graduale delle MdG e delle MiR "avanzate" nell'ambito dei NCP/AFT con relativa Sede di riferimento, principale e/o secondaria;
- l'omogeneizzazione in ambito provinciale della struttura organizzativa ed oraria nei NCP/AFT dell'AUSL con relative MdG e MiR "avanzate" ed Ambulatori di NCP/AFT di riferimento, in particolare per quanto riguarda l'istituto dell'estensione della fascia oraria, tenuto conto delle particolarità di ogni singolo NCP/AFT;
- l'espletamento del ruolo del Coordinatore di NCP/AFT secondo quanto stabilito dall'AIR;
- la condivisione dei sistemi informativi per la diffusione delle informazioni, sia orizzontale che verticale, nell'ambito dei NCP/AFT, in attesa di una armonizzazione degli applicativi in uso;
- l'informatizzazione dei PDTA;
- un percorso formativo comune per uniformare le modalità di registrazione dei dati a vantaggio della continuità delle cure dei pazienti in carico e cronici.

Da questi presupposti si evince il ruolo fondamentale della informatizzazione del sistema, che non può prescindere da:

- adozione di applicativi gestionali compatibili nell'ambito del NCP/AFT;
- messa in rete orizzontale di tutte le postazioni del NCP/AFT, comprese quelle della Continuità Assistenziale;

- miglioramento della rete verticale SOLE;
- adozione di applicativi gestionali che consentano la registrazione dei parametri fondamentali per la corretta gestione delle patologie croniche, secondo i relativi PDTA;
- adozione di applicativi per la raccolta di indicatori finalizzati a processi di self audit e più in generale di VRQ, al fine di una gestione pro-attiva dei pazienti affetti da patologie croniche, realizzando nella sostanza l'auspicato cambio di paradigma dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa.

GOVERNO

COMITATO AZIENDALE

E' composto dai rappresentanti dell'AUSL e delle OO SS firmatarie dell'ACN , dell'AIR e dell'AAA.

Il CA è presieduto dal Direttore Generale (o suo Delegato) e rappresenta un organismo che, oltre a svolgere i compiti previsti dall'ACN, assume le funzioni di Tavolo Trattante per la produzione del presente AAA, sovrintendendone e presidiandone poi la corretta applicazione.

Le parti stabiliscono che tale organismo ha anche la possibilità di promuovere iniziative correttive od aggiuntive rispetto a quanto previsto nel presente AAA e provvede inoltre alla validazione dei risultati raggiunti rilevati dal monitoraggio dell'AAA.

Il CA si riunirà con una periodicità almeno bimestrale, per verificare lo stato di attuazione del presente AAA.

Per il trattamento economico dei componenti di parte MMG del CA si rimanda a quanto previsto dall'allegato 5 dell'AIR.

Il CA si avvale anche della consulenza delle Commissioni istituite ai sensi della normativa vigente:

1. Coordinamento della Medicina Generale (CMG)
2. Commissione Professionale per le cure Domiciliari;
3. Commissione del Farmaco di Area Vasta Emilia Centrale;
4. Commissione per il controllo della prescrizione Farmaceutica

COORDINAMENTO DELLA MEDICINA GENERALE

Con il presente AAA è istituito il CMG quale organismo consultivo del CA, che opera in stretto rapporto con i Direttori dei Distretti e del Direttore del DCP col compito di:

1. esaminare le problematiche tecniche che coinvolgono la MG;
2. concorrere alla definizione ed all' aggiornamento dei Progetti che coinvolgono la MG;
3. monitorare gli stessi Progetti;
4. produrre il PAF per la MG, volto anche all'attuazione, monitoraggio e miglioramento degli stessi Progetti.

Fra i Progetti assumono una rilevanza particolare i PDTA, formulati da specifici Gruppi di Lavoro, seguendo una metodologia tale da condurre alla produzione dei relativi Protocolli, o Raccomandazioni, Cliniche ed Operative, nonché dei relativi Indicatori di verifica.

Per quanto riguarda la Formazione il CMG, su mandato del CA, si pone come momento di sintesi programmatica tra le esigenze e le indicazioni dell'AUSL e quelle formative raccolte dal CAF.

Il CMG è composto dai 3 Referenti di Distretto e DCP della MG, dai Direttori dei Distretti e dal Direttore del DCP. Saranno chiamati a collaborare con CMG il Coordinatore degli animatori di formazione, Coordinatori di NCP/AFT e Consulenti delle Società Scientifiche, in rapporto alle problematiche emergenti.

Il CMG sarà attivato con la firma del presente AAA e si riunirà con una periodicità utile per verificare anche lo stato di attuazione del presente AAA.

Per i componenti di parte MMG chiamati a collaborare col CMG nelle commissioni o gruppi di lavoro si rimanda a quanto previsto dall'Allegato 5 dell'AIR per l'impegno orario e per il relativo compenso economico; per quel che riguarda le spese di sostituzione si assumono le stesse tariffe forfettarie previste per i Referenti di Distretto e DCP (ALLEGATO 1).

L'impegno orario dei Referenti di Distretto e DCP è assorbito da quanto previsto dal loro incarico aziendale.

FORMAZIONE

ANIMATORI DI FORMAZIONE

Viene riconfermato il valore del prezioso contributo degli Animatori di Formazione, che avranno le seguenti funzioni:

- Raccolta dei bisogni formativi da sottoporre alla valutazione del CMG;
- Predisposizione dei programmi dei singoli eventi;
- Scelta e predisposizione del materiale didattico informativo per il pacchetto di autoapprendimento;
- Individuazione e coinvolgimento dei Docenti;
- Organizzazione del Corso Master aziendale per Animatori di formazione e Coordinatori di NCP/AFT;
- Predisposizione dei relativi test necessari per l' ECM;
- Organizzazione degli incontri formativi secondo le tipologie successivamente esposte;
- Conduzione dei momenti assembleari degli incontri;
- Analisi e valutazione dei test ECM con relazione finale dell'incontro.

E' possibile in via eccezionale ricoprire sia il ruolo di Coordinatore NCP/AFT che quello di Animatore di formazione con diritto ai relativi riconoscimenti economici, in attesa di nuovi Medici Animatori in via di definizione.

Per quanto riguarda la retribuzione degli Animatori di formazione si rimanda allo specifico Accordo integrativo, di cui all'ALLEGATO 3.

COORDINAMENTO DEGLI ANIMATORI DI FORMAZIONE

In relazione al ruolo fondamentale riconosciuto alla formazione nell'ambito della MG, si ritiene importante la costituzione di un CAF, costituito dagli Animatori attivi della provincia di Ferrara e dal Coordinatore degli Animatori.

Al CAF spetta l'organizzazione e la realizzazione del PAF, formulato dal CMG ed approvato dal CA, ai sensi di quanto disposto dall'articolato dell' ACN e dalla normativa per l'ECM, di cui l' AUSL è "Provider".

Il CAF individua il numero dei medici Animatori necessari alla formazione Aziendale, favorendo le iniziative necessarie alla formazione di nuovi Animatori.

FORMAZIONE CONTINUA

Gli incontri formativi dovranno sostenere la Clinical Governance e promuovere il Disease Management, volti al miglioramento della qualità assistenziale e della sua valutazione, anche attraverso lo sviluppo dell'integrazione tra i MMG e gli altri Operatori coinvolti.

Tali incontri formativi prevedono annualmente:

- 2 Convegni provinciali, di 4 ore ciascuno, da realizzarsi nella giornata del sabato, condotti dall'Animatore di Formazione;

- 4 Seminari integrati, di Distretto od Area distrettuale, di 4 ore ciascuno, da realizzarsi nella giornata del giovedì dalle 14.30 alle 18.30, condotti dall'Animatore di Formazione in collaborazione con i Coordinatori di NCP/AFT, che condurranno i Lavori a piccoli gruppi;

- 4 Mini-audit di NCP/AFT, della durata di almeno 2 ore ciascuno, condotti dal Coordinatore di NCP/AFT, (anche di seguito ai Seminari Integrati).

Al fine di garantire la presenza di tutti i MMG agli incontri di formazione si prevede:
- di attivare la Continuità Assistenziale nelle giornate dei Seminari integrati dalle 14.00 alle 20.00

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

All' AUSL spettano i compiti di organizzazione logistica degli incontri, in particolare mettendo a disposizione aule didattiche attrezzate.

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI

Il CA è deputato ad indicare i PDTA necessari ed a validarli, dopo che i Gruppi di Lavoro li avranno prodotti, perseguendo l'obiettivo fondamentale dell'appropriatezza delle cure e della loro verificabilità, col concorso del CMG.

Nella formulazione di ogni PDTA si dovrà perseguire l'efficacia, l'efficienza con relativa economicità, e la verificabilità degli interventi, in risposta alla domanda di salute dei cittadini, attraverso la produzione di:

- Protocolli Clinici, che consentano di declinare nella realtà locale le Linee Guida internazionalmente riconosciute e suffragate dalla EBM, al fine di migliorare l'efficacia;

- Protocolli Operativi, che contribuiscano a garantire la continuità e l'integrazione degli interventi, in particolare con i medici consulenti, gli infermieri, gli altri operatori sanitari ed i rappresentanti dei pazienti nel contesto dello sviluppo dei NCP/AFT, attraverso l'uso razionale delle risorse disponibili, in particolare della farmaceutica e della diagnostica, nel rispetto dei principi di economia sanitaria, al fine di migliorare l'efficienza;

- Protocolli di Valutazione, che conducano all'applicazione di un percorso di VRQ dell'assistenza, basato su un sistema informatico di raccolta dati ed elaborazione di indicatori utili alla produzione di reports da discutere fra operatori per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

I PDTA devono prevedere:

- la definizione dei criteri di inclusione/esclusione nel percorso;
- la strategia diagnostica utile alla definizione del caso clinico, identificando i criteri per la presa in carico da parte dei MMG e/o degli specialisti;
- la definizione precisa dei ruoli dei singoli operatori dei diversi setting assistenziali (MMG, IP ed eventuali altri operatori nell'ambito delle MiR "avanzate", MdG ed Ambulatori di NCP/AFT; Specialisti, IP ed eventuali altri operatori nelle CdS; ecc.);
- i criteri per l' invio alle strutture specialistiche in caso di scompenso/aggravamento;
- la definizione degli indicatori (di struttura, di processo, e di esito) per il monitoraggio dell'andamento del processo di cura e per la definizione del raggiungimento degli obiettivi;
- la periodicità della loro revisione;
- la completa informatizzazione, che consenta:
  - l'istituzione di registri per patologia,
  - la raccolta di indicatori e loro analisi in tempo reale,
  - l'individuazione delle criticità gestionali ed inserimento di avvisi in SSI che permettano una medicina di iniziativa,
  - la restituzione degli indicatori riferito al livello aziendale, di NCP/AFT, MiR o MdG ed individuale per la loro discussione nei mini-audit.

SVILUPPO DELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI NELL'AMBITO DELLE MdG E DELLE MiR "AVANZATE" DEI NUCLEI di CURE PRIMARIE

L'aumento della sopravvivenza, nei paesi industrializzati come il nostro, ed il conseguente invecchiamento della popolazione hanno comportato nel tempo un'espansione epidemiologica delle malattie croniche. Spesso tali patologie sono sotto diagnosticate e/o sotto trattate favorendo così le loro complicanze, il conseguente incremento dei costi sanitari e il peggioramento della qualità di vita dei cittadini.

Per tale motivo le parti concordano di sviluppare ulteriormente la presa in carico dei pazienti cronici, attraverso l'adozione di specifici PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale), con relativi Protocolli clinici, operativi e valutativi.

Per quanto attiene la gestione delle patologie croniche, si conferma di individuare, nei NCP/AFT, con relative MdG e MiR "avanzate", e nelle CdS i luoghi di cura naturali per la loro presa in carico, in relazione al loro grado di complessità, secondo quanto concordato negli AIR e negli AAA.

Per l'anno 2017 le parti ritengono di rivedere o individuare specifici PDTA, dando avvio ai relativi processi formativi, per la gestione delle seguenti patologie croniche di particolare pertinenza e rilevanza per la MG:

- Diabete Mellito
- BPCO
- Scompenso Cardiaco

Per quanto riguarda la BPCO e lo Scompenso Cardiaco, un primo importante passaggio sarà la quantificazione e la stadiazione dei pazienti appartenenti ad ognuna di queste categorie (registri per patologia), anche per poter rilevare quanti presentino un grado di complessità tale da non poter essere seguiti dalle MdG e dalle MiR "avanzate", sia pur col supporto degli Ambulatori di NCP/AFT, e richiedano invece una presa in carico integrata da parte degli ambulatori specialistici della CdS.

Il CA, avvalendosi del CMG, darà avvio ad una verifica e revisione continua dei PDTA, funzionali al modificarsi delle strategie diagnostico-terapeutiche. La verifica e revisione dei processi di cura dei PDTA dovrà essere fatta periodicamente anche sulla base della valutazione di indicatori, che costituiranno il polso vitale degli stessi processi.

Nel 2017 col seguente AAA le parti si impegnano a:

- proseguire l'applicazione del PDTA "Diabete", secondo le modalità successivamente esposte;
- attivare l'applicazione del PDTA "BPCO" e del PDTA "Scompenso Cardiaco" a partire dal secondo semestre;
- condividere che il quadro economico di riferimento è il Progetto Diabete che prevede, solo per il 2017, anche la presa in carico del 15% di pazienti delle altre patologie croniche;
- concordare il nuovo quadro economico di riferimento per la gestione della cronicità del prossimo AAA triennale 2018-2020 e ridefinire l'incremento di percentuale di presa in carico dei pazienti cronici;
- sviluppare l'ADI secondo quanto previsto nell'AAA.

PDTA DIABETE

Gli Accordi Aziendali, siglati tra OO SS ed AUSL dal 1996 ad oggi, si sono posti, fra l'altro, l'obiettivo di sviluppare una politica sanitaria volta all'assistenza dei pazienti con Diabete.

L'applicazione del PDTA Diabete ha portato ad un progressivo aumento del numero di pazienti diagnosticati, ad un progressivo incremento della percentuale di presa in carico dei pazienti da parte dei MMG e ad un progressivo miglioramento degli indicatori di qualità, tanto da portare la nostra AUSL a distinguersi nel panorama delle realtà regionali.

La stessa applicazione del PDTA Diabete, prima attraverso l'uso della scheda B, poi attraverso l'uso degli archivi informatici, ha condotto alla raccolta di dati epidemiologici prima inesistenti, per cui l'AUSL si impegna ad informatizzare tutte Sedi del SD ed a creare un unico centro di raccolta dati informatizzato, avvalendosi anche del Progetto SOLE, finalizzato ad una vera gestione integrata dei pazienti diabetici e ad una valutazione degli Indicatori di qualità.

Sulla base dei risultati raggiunti le parti concordano di continuare l'esperienza avviata nei precedenti AIL ed AAA.

Indicatori ed Obiettivi

Allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza al paziente diabetico si assumono come indicatori ed obiettivi:

- **Indicatore di struttura**: % dei pazienti diabetici presi in carico rispetto al totale dei diabetici con esenzione ticket specifica 013; **Obiettivo** 55%;

- **Indicatore di processo n. 1**: % dei pazienti diabetici presi in carico da almeno 12 mesi con almeno 1 LDL registrata nell'anno di riferimento; **Obiettivo** 55%;

- **Indicatore di processo n. 2**: % dei pazienti diabetici presi in carico da almeno 12 mesi con almeno due emoglobine glicate registrate nell'anno di riferimento; **Obiettivo** 55%;

- **Indicatore di esito**: % dei pazienti diabetici $\leq$ 65 aa presi in carico da almeno 12 mesi con ultima emoglobina glicata $\leq$ 53 mmol/mol;

Incentivi

- A completamento della proroga siglata in data 30.12.2016, anche i pazienti diabetici in carico al MMG al 31.12.2016 e notulati con la dicitura "DIABETE controllo" nel secondo semestre del 2017, saranno liquidati con € 85 in unica soluzione.
- A partire dal 01.07.2017 i nuovi pazienti diabetici presi in carico e segnalati attraverso le PPIP con la dicitura "DIABETE attivato" saranno liquidati con € 85/paziente diabetico su base annua, suddivisi in dodicesimi, secondo il meccanismo della scelta /revoca.

I pazienti in GI che vengano affidati al SD in maniera definitiva dovranno essere dimessi dalla GI con la comunicazione tramite modulo PPIP con la dicitura "DIABETE dimesso" che sarà resa efficace secondo il meccanismo della scelta/revoca.

Sulla base degli indicatori precedentemente espressi, e dovendoli omogeneizzare sull'intero anno 2017, potranno essere riconosciuti i seguenti 3 incentivi, se il MMG ha raggiunto l'Obiettivo relativo all'indicatore di struttura (55%)

- **€ 10 / paziente diabetico, in carico al MMG da almeno 12 mesi, con almeno 1 LDL registrata nell'anno di riferimento,** se raggiunto l'Obiettivo relativo all' Indicatore di processo n.1 (55 % dei pazienti diabetici presi in carico da almeno 12 mesi con almeno 1 LDL registrata nell'anno di riferimento), una tantum annuale.
  (incentivo: € 10 x il n. pazienti che hanno eseguito nell'anno di riferimento almeno 1 LDL)

- **€ 10 / paziente diabetico, in carico al MMG da almeno 12 mesi, con almeno due emoglobine glicate registrate nell'anno di riferimento,** se raggiunto l'Obiettivo relativo all' Indicatore di processo n. 2 (55% dei pazienti diabetici presi in carico da almeno 12 mesi con almeno due emoglobine glicate registrate nell'anno di riferimento), una tantum annuale.
  (incentivo: € 10 x il n. pazienti che hanno eseguito nell'anno di riferimento 2 o più emoglobine glicate)

Se raggiunto l'Obiettivo relativo all'Indicatore di processo n. 2, al MMG potrà essere riconosciuto il seguente ulteriore incentivo:

- **€ 25 / paziente diabetico ≤ 65 aa, in carico al MMG da almeno 12 mesi, con almeno 2 emoglobine glicate di cui l'ultima ≤ 53 mmol/mol.**
  (incentivo: € 25 x il n. pazienti che hanno eseguito nell'anno di riferimento 2 o più emoglobine glicate di cui l'ultima ≤ 53 mmol/mol)

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

I pazienti inviati a controllo presso il SD secondo quanto previsto dal PDTA, si intendono mantenuti in carico al MMG.

Ai fini della corresponsione degli incentivi di qualità le parti concordano che il CMG verificherà i risultati raggiunti dai MMG entro il primo trimestre del 2018 e l'AUSL provvederà alla liquidazione con le competenze del mese di giugno 2018, pagate a luglio.

Il PDTA Diabete è parte integrante del presente AAA (ALLEGATO 4), a cui si rimanda per gli aspetti di presa in carico, monitoraggio e valutazione.

PDTA BPCO

Il PDTA BPCO è parte integrante del presente AAA (ALLEGATO 5) integrato dalla sintesi operativa (ALLEGATO 5/a)

Dal 01 luglio 2017 le parti concordano una presa in carico entro il 31 dicembre 2017 dei pazienti con BPCO in STADIO A, preferibilmente già diagnosticata, per una percentuale pari al 15% su base numerica degli elenchi trasmessi dall'AUSL, verificati dal MMG, depurati dei pazienti asmatici e dei pazienti deceduti.

L' AUSL si impegna ad inviare gli elenchi ai MMG entro il 31 luglio 2017 ed i MMG a depurare gli stessi elenchi entro il 30 settembre 2017, sulla cui base numerica verrà calcolato il 15%, con arrotondamento all'unità per difetto, per la presa in carico.

I MMG comunicheranno tramite e-mail al DCP (con modalità che verranno comunicate) l'elenco depurato entro il 30 settembre 2017 ed i nominativi dei Pazienti, via via presi in carico in GI, secondo quanto stabilito dal PDTA precedentemente sintetizzato entro il 31 dicembre 2017 (ALLEGATO 5/a).

L'AUSL si riserva di verificare l'effettiva presa in carico dei Pazienti, riferendolo al Comitato Aziendale per valutare ricadute.

La diagnosi dovrà essere documentata attraverso la registrazione nella Scheda Sanitaria Individuale del paziente dell'esito della SPIROMETRIA GLOBALE CON BRONCODILATAZIONE diagnostica di BPCO, eseguita dall'Ambulatorio Pneumologico.

In seguito a tale verifica il paziente sarà classificato sulla base dei criteri anamnestici e spirometrici previsti dal PDTA e rilevati nell'Ambulatorio Infermieristico della MdG o della MiR "avanzata", cui il MMG appartiene, o della CdS.

La quota incentivante per l'anno 2017 è ricompresa in quella prevista per il PDTA diabete.

PDTA SCOMPENSO CARDIACO

Il PDTA SCOMPENSO CARDIACO è parte integrante del presente AAA (ALLEGATO 6) integrato dalla sintesi operativa (ALLEGATO 6/a)

Dal 1 luglio 2017 le parti concordano una presa in carico entro il 31 dicembre 2017 dei pazienti con SC, in STADIO C o in STADIO D in Assistenza Domiciliare, preferibilmente già diagnosticati, per una percentuale pari al 15% su base numerica degli elenchi trasmessi dall'AUSL, verificati dal MMG, depurati dei Pazienti deceduti.

L'AUSL si impegna ad inviare gli elenchi ai MMG entro il 31 luglio 2017 ed i MMG a depurare gli stessi elenchi entro il 30 settembre 2017, sulla cui base numerica verrà calcolato il 15%, con arrotondamento all'unità per difetto.

I MMG comunicheranno tramite e-mail al DCP (con modalità che verranno comunicate) l'elenco depurato entro il 30 settembre 2017 ed i nominativi dei Pazienti, via via presi in carico in GI, secondo quanto stabilito dal PDTA precedentemente sintetizzato entro il 31 dicembre 2017 (ALLEGATO 6/a).

La diagnosi dei Pazienti già diagnosticati dovrà essere documentata attraverso la registrazione nella Scheda Sanitaria Individuale del paziente dell'esito dell' ECOCOLORDOPPLER CARDIACO diagnostico eseguito presso il Centro/Ambulatorio dello SC, specificando i parametri diagnostici.

L'AUSL si riserva di verificare l'effettiva presa in carico dei Pazienti, riferendolo al Comitato Aziendale per valutare ricadute.

La quota incentivante per l'anno 2017 è ricompresa in quella prevista per il PDTA diabete.

QUADRO DI RIFERIMENTO ECONOMICO PER LA GESTIONE DELLA CRONICITA' DEL PROSSIMO AAA TRIENNALE 2018-2020

A partire dal 2018 come parte integrante dell' AAA triennale 2018-2020 i PDTA per la GI del paziente con BPCO e con SCOMPENSO CARDIACO avranno un sistema incentivante in analogia a quanto previsto dal PDTA Diabete.

Nello specifico ogni PDTA dal 2018 avrà una quota incentivante per l'arruolamento e una quota per la presa in carico integrata da concordare nell'AAA 2018-2020.

Nei pazienti cronici con comorbidità (diabete, scompenso cardiaco, BPCO), la quota incentivante di base sarà quella del paziente diabetico a cui si aggiungerà il 50% della somma delle altre 2 quote base definite all'interno AAA 2018-2020.

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE NELL'AMBITO DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO

Con il presente AAA le parti concordano di dare continuità al progetto, avente 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.

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

1. l' AUSL si impegna a:

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

2. i MMG si impegnano a:

- prestare la loro collaborazione, anche per quanto riguarda la campagna informativa, in favore degli assistititi;
- chiedere le dosi di vaccino entro il 15 agosto di ogni anno;
- ritirare presso le sedi comunicate dal DCP i vaccini richiesti;
- restituirli, se non utilizzati, in corso di campagna vaccinale per favorirne l'uso agli altri MMG e a campagna completata;
- aggiornare il proprio applicativo (scheda sanitaria informatizzata) per consentire l'invio telematico delle avvenute vaccinazioni mediante il Progetto SOLE;
- 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 per la campagna vaccinale antinfluenzale 2017-2018

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 65% o il 70% della propria popolazione assistita età uguale o superiore a 65 anni, sarà corrisposto, al netto della quota ENPAM, un incentivo come riportato nella seguente tabella:

Obiettivo individuale raggiunto	Quota aggiuntiva per assistito vaccinato di età ≥ 65 anni
Vaccinazione dal 65% a < 70% degli assistiti di età ≥ 65 anni	€ 5,00
Vaccinazione dal 70% al 100% degli assistiti di età ≥ 65 anni	€ 5,50

a condizione che la copertura vaccinale aziendale della popolazione target sia incrementata di almeno 3 punti in percentuale rispetto alla campagna vaccinale antinfluenzale precedente.

Nel caso l'obiettivo di incremento di 3 punti in percentuale non venga raggiunto si utilizzano i valori incentivanti della tabella sottostante:

Obiettivo individuale raggiunto	Quota aggiuntiva per assistito vaccinato di età ≥ 65 anni
Vaccinazione dal 65% a < 70% degli assistiti di età ≥ 65 anni	€ 2,50
Vaccinazione dal 70% al 100% degli assistiti di età ≥ 65 anni	€ 3,50

Le vaccinazioni effettuate in favore della popolazione non target, i cui vaccini vengano acquistati direttamente dagli assistiti, saranno remunerate direttamente dal paziente, ma dovranno essere comunque registrate nell'apposito campo dedicato del proprio applicativo, per consentire l'invio telematico mediante il Progetto SOLE.

La verifica dei risultati raggiunti dai MMG sarà effettuata entro il primo trimestre dell'anno successivo al termine della campagna vaccinale antinfluenzale.

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

Visto il buon andamento e l'impegno profuso dai MMG nella campagna vaccinale 2016/2017, per il raggiungimento dell'obiettivo regionale di 75% dei pazienti di età ≥ 65 anni, si concorda di ripristinare l'incentivo secondo la seguente tabella:

Obiettivo individuale raggiunto	Quota aggiuntiva per assistito vaccinato di età ≥ 65 anni
Vaccinazione dal 65% a < 70% degli assistiti di età ≥ 65 anni	€ 2,50
Vaccinazione dal 70% al 100% degli assistiti di età ≥ 65 anni	€ 3,50

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

ALTRE VACCINAZIONI

Ai MMG è riconosciuta la somministrazione delle vaccinazioni antipneumococciche e antimeningococciche come previsto dalla RER DGR 427/2017, secondo le seguenti modalità:

- vaccinazioni antipneumococciche le dosi sono fornite dall'Azienda
- vaccinazioni antimeningococciche le dosi vengano acquistate direttamente dagli assistiti

Verrà liquidata ai MMG la quota prevista nell'allegato n. 4 dell'AIR per ogni paziente vaccinato, pari a € 7,50 previa notulazione PPIP.

I MMG dovranno anche comunicare al Dipartimento di Sanità Pubblica l'avvenuta vaccinazione secondo la modalità che verrà successivamente trasmessa.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
ADI 2 e ADI 3

Gli Accordi Aziendali, siglati tra OOSS ed AUSL fino al 2013, si sono posti anche l'obiettivo di sviluppare una politica sanitaria volta a migliorare l'assistenza domiciliare ai pazienti affetti da patologie invalidanti o terminali, per cui si ritiene di riproporre l'ADI quale capitolo qualificante del presente AAA.

Ciò anche nell'ottica di una piena attuazione di quanto previsto dalle direttive dell'ACN e dell'AIR, nonché della DGR n. 124/99 relativa a "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari" e della DGR 560/2015 relativa a "Riorganizzazione della Rete Locale delle Cure Palliative".

Nell'ambito della formazione obbligatoria dei MMG è stata fatta un'analisi delle attività dell'ADI, che ne ha evidenziato alcune criticità, per il cui superamento le parti concordano le azioni di miglioramento di seguito elencate:

- coinvolgere la Continuità Assistenziale nello sviluppo dei NCP/AFT (informatizzazione, minore rotazione dei Medici, ecc.);
- coinvolgere maggiormente il Servizio Infermieristico Territoriale nello sviluppo dei NCP/AFT, in particolare per quanto riguarda la presa in carico del paziente, la somministrazione di farmaci ed i prelievi urgenti;
- sviluppare il supporto all'ADI da parte del Volontariato;
- sviluppare il supporto dell'ADI da parte del RLCP;
- sviluppare le consulenze specialistiche domiciliari;
- sviluppare l'attività di fisioterapia domiciliare;
- sviluppare l'attività di nutrizione artificiale domiciliare;
- sviluppare l'integrazione dell'ADI con gli altri servizi territoriali in rete, in particolare con le Case della Salute, l'Hospice, l'OsCo, le altre strutture residenziali e l'Ospedale per quanto riguarda le dimissioni protette;
- sviluppare i rapporti col Servizio Sociale, anche per quanto riguarda la figura dell'amministratore di sostegno;
- garantire la fornitura di farmaci al domicilio, compresi quelli in fascia H;
- garantire il trasporto gratuito in ambulanza per ricoveri in Hospice e OsCo;
- garantire un'omogenea erogazione dei servizi domiciliari su tutto il territorio provinciale, anche attraverso un coordinamento delle attività dei ROAD.

Ciò in attesa che venga completato l'aggiornamento del Protocollo Operativo dell'Assistenza Domiciliare e venga istituita la Centrale Unica per le Dimissioni Protette.

Incentivi

L'obiettivo aziendale è migliorare la qualità dell'assistenza prestata ai pazienti in ADI 2 e ADI 3, in particolare garantendo la reperibilità del Responsabile Terapeutico ed il supporto della Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP).

Le parti concordano di incentivare:

1. **con Euro 150 per l'ADI 2 ed Euro 250 per l'ADI 3**, tutti i nuovi casi attivati di ADI 2 e di ADI 3, compresi i passaggi ad ADI 2 ad ADI 3, con:
   - garanzia di reperibilità telefonica del Responsabile Terapeutico o un suo sostituto, negli orari previsti a norma di ACN, nei confronti del paziente e del Servizio Infermieristico Territoriale;
   - accesso congiunto al domicilio del paziente del MMG, dell'Infermiere, per la stesura di un Piano Assistenziale Individuale all'attivazione dell'ADI;
   - attivazione della Rete Locale delle Cure Palliative per le ADI 2 oncologiche e ADI 3;

2. con una **indennità onnicomprensiva di Euro 50,00** per ogni visita effettuata dal MMG al letto del malato in Ospedale, nel contesto della Dimissione Protetta effettuata dalle èquipe preposta, indipendentemente dalla successiva attivazione o meno dell'ADI.

Gli incentivi relativi al punto 1 e al punto 2 verranno liquidati con il meccanismo delle PPIP, previa notulazione attraverso una delle seguenti voci: **ADI 2 attivata, ADI 3 attivata, DIMISSIONE PROTETTA.**

In seguito alla verifica annuale dei casi conclusi, se il PAI non sarà rispettato si procederà al recupero delle somme erogate di cui al punto 1.

ALTRI PROGETTI

Nel corso dello stesso anno 2017 il CA, nella sua qualità di TT per gli AAA, dovrà affrontare la possibilità di ridefinire o reintrodurre progettualità relative a:

- CdS, per le quali si ripropone una diversa organizzazione dei percorsi assistenziali, che devono essere coerenti con i PDTA concordati una diversa organizzazione dell'Ambulatorio di NCP/AFT con conseguente rimodulazione dell'estensione della fascia oraria di attività del MMG da riprendere con il prossimo AAA 2018-2020;
- Os.Co., per il quale si ripropone di ricondurne la progettualità ai principi ispiratori del modello organizzativo, precedentemente concordato in fase sperimentale da riprendere con il prossimo AAA 2018-2020;
- Appropriatezza prescrittiva diagnostica: mantenere l'attuale livello di riduzione delle TC osteoarticolari e Risonanze muscoloscheletriche, potenzialmente inappropriate;
- Appropriatezza prescrittiva farmaceutica: mantenere all'82% le prescrizioni dei farmaci a brevetto scaduto;
- CRA secondo quanto concordato nell'allegato n. 6 dell'AIR e come definito dal CA del 09/05/2017;

Tutto ciò precisando, che sarà comunque possibile una ridefinizione delle varie materie in relazione ai contenuti del nuovo ACN e relativo AIR.

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 CA.

Le quote relative ai punti 1) e 3) verranno recuperate al mancato raggiungimento dell'obiettivo, a seguito delle valutazioni complessive del CA.

Il recupero relativamente al punto 1) per l'anno 2016 verrà effettuato con le competenze di Settembre pagate a Ottobre.

Per il punto 3) relativamente all'anno 2016, il recupero economico è già stato effettuato.

Per l'anno 2017 i recuperi economici dopo le opportune verifiche e valutazioni complessive del CA, verranno effettuate congiuntamente con le competenze di Giugno pagate a Luglio.

FINANZIAMENTO

La base di partenza comprende il consuntivo di spesa per l'AAA relativamente all'anno 2016 con una eventuale implementazione per il finanziamento relativo al progetto della campagna vaccinale 2016/2017 e alla reintroduzione del Progetto ADI.

Le parti convengono che il sostegno economico di sviluppo concordato col presente accordo ha la seguente declinazione di massima:

SVILUPPO AAA	Sviluppo AAA 2017	NOTE 2017
GESTIONE CRONICITA' ; PRESA IN CARICO PROGETTI DETTAGLIATI Diabete, BPCO, scompenso cardiaco (gli ultimi due novembre-dicembre dopo la validazione dei tavoli tecnici)	€ 1.300.000	
PA Assistenza Domiciliare	€ 50.000	
Gestione PA Vaccinazioni	€ 50.000	Campagna vaccinale 2016-2017
Assistenza medica in Hospice	€ 12.500	
Progetto cardiologia (prenotazione ECG, esecuzione ECG, audit)	€ 89.415	
Prenotazioni CUP (Spesa Storica 2015)	€ 70.255	Sviluppo 2016 Annualizzato e S. Storica 2015
Programmazione sviluppo prenotazioni Cup 2016	€ 55.000	Sviluppo 2017 (M. Grupp Argenta e Giardino € 41.665 e trascinamenti 2016 per Ro, Ostellato e S. Anna = € 13.335)
Assistenza medica Carceri	0	
Coordinamento medico Case Protette	€ 10.036	
Coordinamento medico Case della Salute	€ 20.662	
Assistenza medica posti letto territoriali (Os.Co)	€ 112.395	
Coordinamento della Medicina Generale e dei Distretti/DCP		allegato 5 AIR solo per i componenti esterni
Incentivazioni aziendali varie (progetto distribuzione diretta farmaci, compenso funzioni amministrative e infermieristiche)	€ 242.711	
Totale sviluppo AAA	**€ 2.012.974**	

SVILUPPO AIR	Sviluppo AAA 2017	NOTE 2017
SVILUPPO ASSOCIAZIONISMO MEDICINE IN RETE CON RICONOSCIMENTO DELLA 7^ ORA DI ESTENSIONE DELLA FASCIA ORARIA		
Distretto Ovest	€ 186.614	Annualizzazione Reti Cento +7 ora (€ 120.436); Rete Poggio + 9 ora (€ 66.178)
Distretto Sud Est (NCP Codigoro - Mesola e Codigoro)	€ 37.590	Rete Mesola x 11 mesi (2000 Assistiti) € 20.008 + M.Gruppo Fiscaglia 6 mesi 5.000 Ass) € 17.582
Distretto Sud-Est NCP Argenta Trasformazione M.Rete in Gruppo	€ 31.914	Costo per 10 mesi + 8° ora
Distretto Centro Nord (NCP Ferrara Sud -Voghiera-, Ferrara Anello S.Anna) riferito a 10 mesi dell'anno	€ 42.723	Reti Fe. Anello S. Anna PER 10 MESI € 18.769 e Ferrara Sud -Voghiera- x 3 mesi € 23.954-
Distretto Centro Nord (NCP Ferrara Nord e Ferrara via Bologna) riferito a 10 mesi dell'anno	€ 40.446	Superamento Associazioni Semplici Ermes (€ 10.062) e Ferrara 5 Costituzione M. Rete (€ 30.384) - 6 mesi -
ESTENSIONE FASCIA ORARIA PER AMBULATORIO DI NCP E CASA DELLA SALUTE		
Ambulatorio NCP Casa della Salute di Copparo (5ore)	€ 211.000	
Ambulatorio NCP Casa della Salute di Portomaggiore e Ostellato (4ore)	€ 84.182	
Ambulatorio NCP Casa della Salute di Comacchio (4ore)	€ 80.707	
Ambulatorio NCP Migliarino (2 ore)	€ 22.678	
Ambulatorio NCP Mesola (3 ore)	€ 29.034	
Referenti DCP	€ 88.092	
Totale sviluppo AIR	**€ 854.980**	
Totale complessivo	**€ 2.867.954**	

NORME FINALI

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

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

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

Nelle giornate prefestive di festività consecutive i MMG si impegnano a garantire l'attività ambulatoriale per almeno 2 ore giornaliere e comunque rispettando un orario di apertura congruo alla popolazione di riferimento, da comunicare al Coordinatore NCP/AFT.

All'inizio dell'anno il CA comunicherà le giornate prefestive interessate.

DICHIARAZIONE A VERBALE

INFORMATIZZAZIONE

Le parti recepiscono il "Verbale d'Intesa fra la Regione Emilia Romagna – Assessorato Politiche per la Salute e le OO.SS. dei Medici di Medicina Generale per la proposta ai MMG del nuovo software di Scheda Sanitaria Individuale (cartella SOLE)".
In particolare per quanto riguarda i tempi di implementazione della Cartella SOLE si concorda quanto segue:

1. i MMG verranno convolti in relazione alla data di adesione
2. a parità di data di adesione sarà data la precedenza al MMG singolo, quindi ai MMG in MiR avanzate e poi alle MdG
3. le operazioni di implementazione NON verranno effettuate nel periodo della campagna vaccinale 2017-2018 e nel periodo di epidemia influenzale (salvo esplicita richiesta del MMG o forma associativa)
4. per i MMG del NCP di Comacchio le operazioni di implementazione NON verranno effettuate nel periodo di luglio e agosto (salvo esplicita richiesta del MMG o forma associativa).

Le parti concordano, come espressamente definito nel suddetto verbale, che sia garantita la interconnessione con SOLE anche per il MMG che mantiene in uso il proprio software, non dando l'adesione alla Cartella SOLE.

Ferrara,_____

Letto, approvato e sottoscritto

Per l'Azienda Usl Ferrara
il Direttore Generale _____

Per la FIMMG
Il Segretario Provinciale _____

Per lo SNAMI
Il Presidente Provinciale _____