

**ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE
PER LA MEDICINA GENERALE
TRIENNIO 2018-2020**

Indice

Legenda

Premessa ed Obiettivi

Riferimenti normativi

Organizzazione

- Nuclei di Cure Primarie – Aggregazioni Funzionali Territoriali
- Referenti di Distretto e DCP, Coordinatori di NCP/AFT
- Accordo Quadro per le Medicine di Gruppo
- Sviluppo dell'Associazionismo e dei NCP/AFT
- Ambulatori Infermieristici
- Hospice, Case della Salute, Ospedali di Comunità

Governo

- Comitato Aziendale
- Coordinamento della Medicina Generale
- Elaborazione, Attuazione e Verifica dei PDTA

Formazione

- Animatori di Formazione
- Coordinamento degli Animatori di Formazione
- Formazione Continua

Prevenzione

- Prevenzione delle Malattie Infettive
- Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari
- Prevenzione delle Malattie Oncologiche

Cronicità

- Diabete
- BPCO
- Scompenso Cardiaco

Domiciliarità

Coinvolgimento del paziente

Appropriatezza

Finanziamento

Norme Finali

Norme Transitorie

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 | Casa 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 |
| I | Infermiere |
| 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 | Struttura Diabetologica |
| 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
- Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in GU il 18 febbraio 2017.
- Definizione e aggiornamento dei livelli di assistenza, di cui all'articolo1, comma 7, del DL 30 dicembre 1992, n. 502: DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato in GU n. 65 del 18 marzo 2017
- Linee di indirizzo nazionale sui PDTA per le Demenze, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 26 ottobre 2017

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.

REFERENTI DI DISTRETTO E DCP COORDINATORI DI NCP/AFT COORDINATORI DELLE CASE DELLA SALUTE

Queste figure sono prorogate nei loro incarichi fino alla definizione del nuovo AIR conseguente al nuovo ACN alle stesse condizioni di cui all'AAA 2014-2016, come descritto nell'allegato prospetto riassuntivo (ALLEGATO 1).

Si individuerà il nuovo Coordinatore della CdS di Portomaggiore-Ostellato ed eventualmente verranno sostituiti, così come previsto dagli Accordi vigenti, i Coordinatori degli NCP o i Referenti di Distretto e DCP qualora dimissionati o pensionati.

Saranno altresì individuati i nuovi Coordinatori delle altre CdS istituite (Cittadella S. Rocco, Codigoro, Comacchio, Bondeno) alle stesse condizioni economiche e normative di quelle già istituite.

ACCORDO QUADRO PER LE MEDICINE DI GRUPPO

L' Accordo Quadro per le MdG vigente, così come definito nel relativo ALLEGATO 2 e ALLEGATO 2a, rappresenta il punto di partenza per la disciplina dei rapporti tra le forme associative e l'AUSL, 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 settimana 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.

AMBULATORI INFERMIERISTICI

Per l’espletamento dei compiti relativi al ruolo del MMG, in particolare nell’ambito della Prevenzione delle Malattie Infettive e delle Malattie Cardiovascolari nonché nell’ambito della Cronicità, oggetto di questo AAA 2018-2020, si ritiene fondamentale l’integrazione col ruolo dell’Infermiere.

Ciò non solo per l’alta prevalenza di alcuni fra i più importanti Fattori di rischio cardiovascolare, quale l’Ipertensione arteriosa, e di alcune Cronicità, quale il Diabete, ma anche per la necessità di sottoporre i pazienti

che ne sono affetti a regolari e frequenti controlli, non solo clinici ma anche funzionali e strumentali, previsti dagli specifici PDTA.

E' pertanto indispensabile assicurare l'integrazione con le figure infermieristiche, che contribuisca al raggiungimento degli obiettivi di questo AAA 2018-2020, attraverso l'attivazione o il potenziamento dell'attività infermieristica delle MdG, l'attivazione di Ambulatori Infermieristici nell'ambito degli NCP di riferimento delle MiR "avanzate" e, la cui messa a regime dovrà procedere parallelamente all'attivazione degli Ambulatori Infermieristici nell'ambito delle CdS.

Gli Infermieri potranno essere assunti direttamente dalle MdG, utilizzando a copertura finanziaria la quota prevista dall' ACN e da quanto concordato nell'AAA, oppure potranno essere forniti dall'AUSL per gli Ambulatori di NCP di riferimento delle MiR "avanzate".

L'AUSL si impegna affinché venga:

- erogata la quota prevista dall'ACN per l'assunzione degli Infermieri da parte delle MdG non ancora dotate;
- fornita adeguata copertura infermieristica presso gli Ambulatori di NCP di riferimento delle MiR "avanzate";
- assicurata la necessaria formazione a tutti gli Infermieri nell'ambito di corsi comuni.

HOSPICE TERRITORIALI CASE DELLA SALUTE OSPEDALI DI COMUNITA'

Tenuto conto delle sperimentazioni fin qui sviluppate, che vede coinvolti i MMG all'interno dell'Hospice Territoriale, delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità, si ritiene opportuno rivedere i relativi Accordi al fine di rendere omogenee le esperienze su tutto il territorio AUSL.

Verranno pertanto siglati, per ogni singola tipologia strutturale, degli Accordi Quadro, che saranno allegati al presente AAA entro il primo trimestre del 2018.

In particolare, per quanto riguarda le CdS, si ripropone una diversa organizzazione dei percorsi assistenziali, che devono essere coerenti con i PDTA concordati, una nuova organizzazione dell'Ambulatorio di NCP/AFT .

Per l'Os.Co. si ripropone di ricondurne la progettualità ai principi ispiratori del modello organizzativo, precedentemente concordato in fase sperimentale.

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 (CPD);
3. Commissione del Farmaco di Area Vasta Emilia Centrale (CFAVEC);
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 notevole rilevanza i PDTA relativi a particolari condizioni cliniche, formulati da specifici Gruppi di Lavoro, seguendo una metodologia tale da condurre alla produzione dei relativi Protocolli Clinici ed Operativi, nonché dei relativi Indicatori di verifica (es. PDTA Diabete, PDTA BPCO, PDTA Scompenso Cardiaco, ecc.) Così pure assumono notevole rilevanza le Raccomandazioni Cliniche ed Operative, relative a più generali aspetti diagnostici o terapeutici (es. Raccomandazioni..., ecc.)

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.

ELABORAZIONE, ATTUAZIONE E VERIFICA DEI PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

Elaborazione

La richiesta per la elaborazione di un nuovo PDTA, relativo ad una particolare condizione clinica, deve pervenire alle Direzioni Aziendali, che in caso affermativo istituiscono uno specifico Gruppo di Lavoro per l'elaborazione dello stesso PDTA.

Se il PDTA prevede il coinvolgimento della MG, la Direzione AUSL coinvolge il CA per una sua valutazione e per la designazione di MMG esperti in seno al Gruppo di Lavoro, sentito il parere del CMG.

L'elaborazione e l'aggiornamento periodico dei PDTA è a cura dei Gruppi di Lavoro e devono essere ratificati dal CA per quanto riguarda gli aspetti relativi al coinvolgimento della MG.

I PDTA devono perseguire l'Appropriatezza degli interventi, in termini di efficacia, efficienza ed economicità, nonché la Verificabilità degli stessi, attraverso la valutazione di indicatori specificatamente predisposti, per cui devono comprendere:

- 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 e del sociale, nonché le associazioni dei pazienti, nel contesto dello sviluppo dei NCP/AFT; ciò attraverso l'uso razionale delle risorse disponibili, in particolare della diagnostica e della farmaceutica, nel rispetto dei principi di economia sanitaria; il tutto 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 inoltre 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, Infermiere, Specialista);
- i criteri per l'invio alle strutture specialistiche in caso di scompenso/aggravamento;

- coinvolgimento del Servizio Sociale;
- coinvolgimento delle Farmacie;
- coinvolgimento delle Associazioni dei Pazienti e di Volontariato;
- 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 riferiti al livello aziendale, di NCP/AFT, MiR o MdG ed individuale per la loro discussione nei mini-audit o incontri di NCP.

Attuazione

L'attuazione di ogni PDTA, per quanto riguarda i compiti di competenza della MG, è a cura del DCP, che deve farsi carico anche della fase formativa ed organizzativa propedeutiche.

La formazione, oltre che propedeutica all'attuazione dei PDTA, è anche finalizzata alla divulgazione degli aggiornamenti dei Protocolli Clinici ed Operativi ed alla discussione dei Reports di attività necessari alla Verifica.

Verifica

La Verifica di ogni PDTA, per quanto riguarda i compiti di competenza della MG, è a cura del CA, coadiuvato dal CMG.

La verifica dei PDTA si avvale di un sistema informativo, che consente la raccolta di dati utili al calcolo di indicatori di qualità e la produzione di Reports da discutere fra gli Operatori coinvolti.

Il sistema informativo è garantito dal DCP, su indicazione del CA, coadiuvato dal CMG, così come allo stesso CA, coadiuvato dal CMG spetta la ratifica dei Reports.

La discussione dei Reports al fine di rilevare le criticità distrettuali, di NCP, di singola Forma Associativa o di singolo MMG ed individuarne le soluzioni spetta al CMG.

La discussione delle criticità al fine di attuarne le soluzioni individuate spetta ad ogni singolo Distretto attraverso i Referenti di Distretto e di DCP per la MG, i Direttori di UO dei NCP e i Coordinatori di NCP nel contesto dei Miniaudit, degli Incontri di NCP e, se necessario, di incontri con singoli MMG.

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.

PREVENZIONE

PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

-

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 assistiti;
- 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

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 \geq 65 anni |
|--|--|
| Vaccinazione dal 65% al 70% degli assistiti di età \geq 65 anni | € 5,00 |
| Vaccinazione dal 70% al 100% degli assistiti di età \geq 65 anni | € 5,50 |

Ciò visto il buon andamento della copertura vaccinale AUSL della popolazione target verificatosi nella campagna vaccinale in corso.

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.

ALTRE VACCINAZIONI

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

- Vaccinazione antipneumococcica: si rimanda all'Intesa OO SS MG – RER firmata...per gli aspetti normativi ed economici.

Poiché la RER si aspetta la vaccinazione antipneumococcica per la coorte dei nati nel 1952 durante l'attuale campagna vaccinale e a seguire negli anni successivi delle coorti dei nati nel 1953 ecc., nella misura del 40% degli aventi diritto, si concorda un incentivo economico con incremento sovrapponibile a quanto concordato per la vaccinazione antiinfluenzale nel caso il MMG abbia raggiunto le stesse percentuali.

Quota base economica per assistito vaccinato della popolazione target fino al 40% € 7,5.

Quota aggiuntiva per assistito vaccinato della popolazione target fino al 65% € 5.

Quota aggiuntiva per assistito vaccinato della popolazione target dal 65% in su € 5,5.

Il MMG si impegna all'invio telematico mediante il Progetto SOLE dell'avvenuta vaccinazione di ogni singolo paziente, così come previsto dall'Intesa OO SS – RER sopra citata.

- vaccinazione antimeningococcica: 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 con la dicitura...

I MMG dovranno anche comunicare al Dipartimento di Sanità Pubblica l'avvenuta vaccinazione secondo le seguenti modalità....

PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Le malattie cardiovascolari rappresentano la più frequente causa di morte ed invalidità permanente nelle società industrializzate; esse riconoscono come cause favorevoli l'ipertensione arteriosa, le Dislipidemie, il Diabete, l'Obesità, il Tabagismo e la Sedentarietà; cause favorevoli che costituiscono i cosiddetti fattori di rischio cardiovascolare maggiore.

Data l'importanza di questi fattori di rischio, nei precedenti AIL ed AAA sono state sviluppate progettualità per favorirne la diagnosi ed il trattamento; progettualità che riteniamo opportuno riprendere nel corso del presente AAA, entro l'anno 2018.

Partendo dai Protocolli Clinici, Operativi e di Verifica, già esistenti per alcuni fattori di rischio, sarà opportuno completare il lavoro, al fine di elaborare un PDTA unico per tutti i fattori di rischio, più agevolmente applicabile dal MMG nella sua attività quotidiana.

L'elaborazione di questo PDTA dovrà tener conto dell'alta prevalenza di molti fattori di rischio cardiovascolare, che impone l'integrazione del ruolo del MMG con quello dell'Infermiere e rende fondamentale l'empowerment del paziente, anche attraverso il coinvolgimento delle loro Associazioni e di quelle di Volontariato.

PREVENZIONE DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE

Si ritiene opportuno migliorare l'adesione dei cittadini agli Screening dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colonretto, coinvolgendo il MMG.

A tal fine entro il 2018 verrà istituito un Gruppo di Lavoro, che definisca le modalità di integrazione fra MMG e Dipartimento di Sanità Pubblica.

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.

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).

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 nelle MdG e MiR "avanzate" dei NCP/AFT nonché negli Ambulatori Specialistici delle 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 il triennio 2018-2020 le parti ritengono di continuare e sviluppare i PDTA relativi a:

- Diabete Mellito
- BPCO
- Scopenso Cardiaco

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.

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

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 le 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 ≤ 65 aa presi in carico da almeno 12 mesi con ultima emoglobina glicata ≤ 53 mmol/mol;

Incentivi

Dal 01 gennaio 2018 per Paziente Diabetico in carico al MMG in GI è previsto un incentivo di Euro 85,00 corrisposto mensilmente in dodicesimi.

Il numero di Pazienti Diabetici effettivamente in carico al MMG in GI verrà definito sulla base dell'elenco inviato dall'AUSL al MMG, successivamente aggiornato dallo stesso e reinviato all'AUSL entro il 15 gennaio dell'anno successivo.

I nuovi pazienti diabetici, dimessi in GI al MMG dalla SD, dovranno essere notulati, al momento della presa in carico, nel riepilogo delle PPIP con la dicitura "DIABETE Attivato".

I pazienti in GI che vengano affidati alla 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, 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 dell'anno successivo e l'AUSL provvederà alla liquidazione con le competenze del mese di giugno, 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), con la sua sintesi operativa (ALLEGATO 5/a) e prevede la presa in carico da parte del MMG in GI dei pazienti in Stadio A GOLD 2016 oppure in Assistenza

Domiciliare in qualsiasi stadio, sia già diagnosticati che neodiagnosticati, compresi quelli eventualmente già presi in carico in GI nel 2017.

La diagnosi dei pazienti presi in carico in GI dal 01 gennaio 2018 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.

La Stadiazione GOLD 2016 (A,B,C,D) sarà a cura del MMG per i pazienti già diagnosticati (nell'elenco ricevuto) ed a cura dello Pneumologo per i pazienti neodiagnosticati.

La presa in carico del paziente dovrà essere registrata sul modulo delle PIP con la dicitura "BPCO Attivato" e la dimissione con la dicitura "BPCO dimessa" per affidarlo allo pneumologo in caso di aggravamento.

Incentivi di presa in carico pazienti già diagnosticati (compresi quelli di cui si è già inviato l'elenco nel 2017)

Fra le parti si concorda di incentivare il MMG nel modo seguente:

€ 40 su base annua, corrisposti in dodicesimi, per la GI del Paziente con BPCO in STADIO A oppure in Assistenza Domiciliare in qualsiasi stadio (per i quali si aggiungerà la quota per l'ADI) a partire dal momento della notulazione sul riepilogo delle PPIP, utilizzando la voce "BPCO-Attivata".

Incentivi di diagnosi e presa in carico dei pazienti con BPCO neodiagnosticata

Fra le parti si concorda di incentivare il MMG nel modo seguente:

€ 20 una tantum per la diagnosi di BPCO in STADIO A, confermata dalla Visita Pneumologica, registrata sulla Scheda Sanitaria Individuale del Paziente unitamente ai parametri diagnostici, notulata e corrisposta col sistema delle PPIP, utilizzando la voce "BPCO-Diagnosticata";

€ 40 su base annua, corrisposti in dodicesimi, per la GI del paziente con BPCO in STADIO A oppure in Assistenza Domiciliare in qualsiasi stadio (per i quali si aggiungerà la quota per l'ADI), a partire dal momento della notulazione sul riepilogo delle PPIP, utilizzando la voce "BPCO-Attivata".

Incentivi per Spirometria semplice senza broncodilatazione per pazienti a rischio di BPCO

La spirometria eseguita negli ambulatori delle MdG ai pazienti a rischio di BPCO, così come previsto dal PDTA, sarà riconosciuta come PPIP e così notulata €...

Incentivi di presa in carico pazienti con comorbilità

L'incentivo di presa in carico di € 40 è ridotto del 40% in caso di comorbilità col diabete.

Nel caso in cui i pazienti presentassero comorbilità di Diabete, SC e BPCO, la quota incentivante da corrispondere in dodicesimi su base annua sarà così calcolata: alla quota base del Diabete sarà aggiunto il 60% della somma delle altre due quote base per la GI del paziente con SC e BPCO.

PDTA SCOMPENSO CARDIACO

Il PDTA SCOMPENSO CARDIACO è parte integrante del presente AAA (ALLEGATO 6), con la sua sintesi operativa (ALLEGATO 6/a) e prevede la presa in carico da parte del MMG in GI dei pazienti in Stadio C oppure in Assistenza Domiciliare negli Stadi C o D (per i quali si aggiungerà la quota per l'ADI), compresi quelli già presi in carico in GI nel 2017.

La diagnosi e la stadiazione dovranno essere documentate attraverso la registrazione nella Scheda Sanitaria Individuale del paziente dell'esito della VISITA CARDIOLOGICA CON ECOCOLORDOPPLER diagnostica di SC, eseguita presso un Centro/Ambulatorio dello SC.

La presa in carico del paziente dovrà essere registrata sul modulo delle PIP con la dicitura "SC Attivato" e la dimissione con la dicitura "SC dimesso" in caso di aggravamento delle condizioni che hanno determinato l'inquadramento nello Stadio C.

Incentivi di diagnosi e presa in carico pazienti già diagnosticati

(compresi quelli di cui si è già inviato l'elenco nel 2017)

Fra le parti si concorda di incentivare il MMG nel modo seguente:

€ 70 su base annua, corrisposti in dodicesimi per la Gestione Integrata del paziente con scompenso cardiaco in stadio C o stadio D in Assistenza Domiciliare (per i quali si aggiungerà la quota per l'ADI), già seguiti dal Centro dello scompenso.

Incentivi di diagnosi e presa in carico dei pazienti con SC neodiagnosticato

Fra le parti si concorda di incentivare il MMG nel modo seguente:

- **€ 20 una tantum** per la diagnosi di SC confermata dalla SCHEDA B prevista dal PDTA, notulata e corrisposta col sistema delle PPIP, al momento della notulazione, utilizzando la voce "SCOMPENSO-DIAGNOSI";
- **€ 70 su base annua, corrisposta in dodicesimi** per la GI del paziente con SC, in STADIO C o STADIO D in Assistenza Domiciliare (per i quali si aggiungerà la quota per l'ADI), a partire dal momento della notulazione sul riepilogo delle PPIP, utilizzando la voce "SCOMPENSO-GI (Gestione Integrata)".

L'incentivo di presa in carico di € 70 è ridotto del 40% in caso di comorbilità col diabete.

DOMICILIARITA'

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

ADI 2 e ADI 3

Gli AIL siglati tra OOSS ed AUSL fino al 2013 e l'AAA 2017, 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 che l'ADI debba continuare ad essere capitolo qualificante del presente AAA.

Ciò ancora 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".

Come sottolineato nell'AAA 2017, 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 di continuare 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 divengano pienamente operative le Centrali Uniche 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 équipe 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 2018 il CA, nella sua qualità di TT per gli AAA, dovrà affrontare la possibilità di ridefinire o reintrodurre oltre alle CdS e degli Os.Co., di cui abbiamo già parlato, progettualità relative a:

- Appropriately prescrittiva diagnostica: si ribadisce la necessità di mantenere l'attuale livello di riduzione delle TC osteoarticolari e Risonanze muscoloscheletriche, potenzialmente inappropriate;
- Appropriately prescrittiva farmaceutica: si ribadisce la necessità di mantenere all'82% le prescrizioni dei farmaci a brevetto scaduto;
- CRA: si ribadisce la necessità di mantenere quanto concordato nell'allegato n. 6 dell'AIR e come definito dal CA del 09/05/2017;
- Demenze: nuova progettualità, di cui si dovrà discutere nel TT.

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

COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

Nei moderni modelli di gestione delle cronicità, per massimizzarne l'efficacia e l'efficienza, il paziente deve essere coinvolto nel suo Piano di Cura mediante un vero e proprio Patto di Cura, dove egli e la sua famiglia acquisiscono le abilità necessarie ad autogestire la propria malattia cronica.

L'informazione e la consapevolezza, anche attraverso azioni di Educazione Terapeutica Strutturata, sono condizioni essenziali perché il paziente sia effettivamente attivo, responsabilizzato e capace di esercitare un controllo efficace della patologia da cui è affetto sentendosi al centro del suo Piano di Cura.

Pertanto si ritiene fondamentale che i Gruppi di Lavoro rivedono in futuro i PDTA considerando anche il 'Patto di Cura' come un prodotto da standardizzare sia sotto il profilo metodologico che contenutistico, che va periodicamente rinforzato e deve essere valutabile.

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 relativo agli stessi punti per l'anno 2017 verrà effettuato con le competenze di Settembre pagate a Ottobre e conseguentemente nello stesso periodo per gli anni a venire oggetto dell'AAA.

FINANZIAMENTO

La base di partenza comprende il consuntivo di spesa per l'AAA relativamente all'anno 2017 con una implementazione per il finanziamento relativo ai progetti della cronicità, a quelli nuovi ed alle forme organizzative.

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 trascinalenti 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.Grupo 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 Hermes (€ 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.

NORME TRANSITORIE

INFORMATIZZAZIONE

Per quanto riguarda i tempi di implementazione della Cartella SOLE si ribadisce quanto segue:

1. i MMG verranno coinvolti 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 delle campagne vaccinali e nei periodo di epidemia influenzale (salvo esplicita adesione 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 adesione del MMG o forma associativa).

Le parti concordano, 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, come ribadito nel verbale d'intesa RER-OOSS.

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
